





TRAUMA: DEL APOYO PSICOSOCIAL A LA PSICOTERAPIA

GUÍA DE PROCESOS Y
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE
UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA

PAU PÉREZ-SALES

ALBERTO FERNÁNDEZ-LIRIA



IRREDENTOS LIBROS

2015

© Por la edición: Irredientos Libros

© Por los textos: Pau Pérez Sales

Alberto Fernández Liria

www.psicosocial.net

Impreso en Bogotá.

EAN13: 978-84-942329-8-5



Irredientos libros es el proyecto editorial del
Grupo de Acción Comunitaria (GAC)



PARTE I.

MARCO GLOBAL



1. INTRODUCCION.

¿CÓMO ENCAJAN LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS INDIVIDUALES Y LA PSICOTERAPIA EN UN MODELO PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO?

El trabajo comunitario de organización y fortalecimiento en contextos de violencia o catástrofe siempre ha ido de la mano de las intervenciones de apoyo emocional individual. Existen desde principios de los años setenta por toda América Latina maravillosos manuales de educación popular y textos de formación de formadores sobre escucha activa, acompañamiento en crisis, trabajo de duelo, formación de grupos de apoyo mutuo y otros, la mayoría en pequeñas ediciones locales de organizaciones y grupos de base. Han servido para formar a generaciones de profesionales de la salud y promotores comunitarios¹.

Fruto de las experiencias de sistematización de estas metodologías o de la configuración de grupos de trabajo internacionales, en los últimos años han aparecido diversas técnicas terapéuticas para el trabajo en contextos de violencia colectiva o catástrofes que comparten esa misma idea de trabajar a través de la palabra o de la escucha para intentar fortalecer los recursos de respuesta de las personas frente a las pérdidas o adversidades, y que se entrelazan con el conjunto de la intervención psicosocial y comunitaria.

Desde la escucha empática al primer apoyo psicológico, desde los grupos de palabra o el Asesoramiento al *debrief-*

¹ Puede accederse a un nutrido grupo de estos Manuales en el Centro de Documentación del Grupo de Acción Comunitaria (www.psicosocial.net)

*fin*g, se ha ido configurando todo un pequeño bosque de intervenciones, a veces no tan fácil de ordenar. A ello se añade el engranaje de este conjunto de intervenciones con las técnicas más sofisticadas que incluiríamos dentro de lo que comúnmente se llaman psicoterapias. Estas han evolucionado hacia modelos integradores, es decir, que buscan rescatar los elementos terapéuticos comunes que se han mostrado eficaces dentro de las diferentes escuelas) y orientado a problemas, buscando un equilibrio realista entre necesidades y recursos.

Usar unas técnicas u otras depende esencialmente de varios criterios:

1. **NIVEL DE COMPLEJIDAD.** Las intervenciones cada vez más tienden a pensarse desde una visión de salud pública, con una perspectiva que ponga en relación la complejidad de los problemas con el nivel más adecuado de intervención. Existen diferentes modelos de pirámides de servicios que comparten la idea básica de proveer a cada cual lo que requiere. No menos. Pero tampoco más. En las intervenciones se intenta tener pautas de acción escalonadas, basando el grueso de nuestro trabajo en la propia fortaleza de la población y reservando las intervenciones más especializadas para aquellas situaciones en que el nivel más global y comunitario no logra llegar o es insuficiente. Este modelo busca reconocer que para una parte mayoritaria de supervivientes (la base de la pirámide de servicios) bastan a veces intervenciones básicas de tipo preventivo o, en este caso, que permitan que los propios ciudadanos pongan en marcha sus recursos de afrontamiento individuales y colectivos. Pero hay ocasiones en que esto no es suficiente y se requiere de la intervención de profesionales que den un apoyo más especializado. En algunos (pocos casos) esto tampoco será suficiente (o habrá momentos puntuales en que no lo sea) y se requerirá de profesionales muy especializados (la punta de la pirámide de servicios). Estos pueden trabajar con este pequeño grupo de personas y brindar atención de calidad precisamente porque

los niveles anteriores funcionan de manera armónica y coordinada.

2. **QUIEN PUEDE PROVEER LA AYUDA Y QUÉ FORMACIÓN TIENE.** No siempre se dispone de profesionales en número o con la cualificación suficiente. En cada contexto se debe trabajar con las personas que en ese momento pueden prestar el apoyo. Es importante saber las limitaciones personales e intervenir del modo en que uno realmente puede ser de ayuda sin riesgo de provocar daño. Algunas intervenciones, y en especial las de psicoterapia, requieren de una amplia formación previa y un entrenamiento intensivo y no es posible formar en ellas si se carece de esta base previa.

El objetivo de esta guía es poder tener un mapa de las intervenciones terapéuticas que pueden realizarse en contextos de violencia o catástrofe en el sentido que tiene la palabra mapa: una representación resumida y sinóptica de la realidad que permite a quien lo consulta orientarse en un entorno complejo. Y que logre en un solo documento integrar el autoapoyo, el apoyo por pares, las intervenciones psicoterapéuticas comunitarias y las formas de psicoterapia más avanzadas y complejas desde una óptica integradora.

Busca a través de la sencillez y la mirada global poder acompañar en el bolsillo a cualquier profesional del ámbito psicosocial que se plantee qué hacer y cómo trabajar. Con ello queremos significar que no tienen por qué ser necesariamente psicólogos o psiquiatras (aunque algunas de las técnicas de las que hablemos sean sólo para psicólogos o psiquiatras y algunas sólo para psicólogos o psiquiatras con experiencia), sino personas que trabajan desde diferentes perfiles profesionales en el apoyo emocional a personas, grupos o comunidades que están en contextos de violencia colectiva o catástrofes: promotores psicosociales, trabajadores comunitarios, trabajadores sociales, personal de enfermería, antropólogos o sociólogos, terapeutas corporales, arte-terapeutas u otros.

Para un terapeuta experimentado las técnicas más avanzadas le pueden dar ideas para trabajar con pacientes comple-

jos. No pretende sustituir a las fuentes originales (los libros de psicoterapia) pero puede orientar una mirada cuando hay poco tiempo y se busca poder planificar una terapia. Además, disponer de los niveles más básicos de la Guía le puede permitir desarrollar programas de capacitación adaptados a los diferentes niveles de la pirámide de atención en salud. Para un profesional sin formación previa o con formación básica le permitirá disponer de un conjunto de habilidades de diferente complejidad para poder dar apoyo a personas y grupos y entender la base de intervenciones más avanzadas a las que pueda derivar determinadas personas.

Para un gestor, para una comunidad organizada, para un colectivo de trabajo comunitario, puede constituir un marco de referencia para entender cuándo, en qué momento y por quien aplicar cada tipo de técnicas. A esto vamos a dedicar la primera parte de esta guía.

PREGUNTAS PREVIAS FRECUENTES.

- **Concepto de víctima. ¿Hablamos de víctimas o de supervivientes?**

Acorde a la definición clásica de Naciones Unidas de 1986, víctima es «aquella persona que ha sufrido un perjuicio (lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante en sus derechos), como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o del derecho internacional.»

Esta Guía usa los términos víctima y sobreviviente de modo indistinto. El término víctima tiene en ocasiones connotaciones ligadas a la idea de fragilidad o daño, mientras que el de superviviente parece hablar de los recursos resilientes y el crecimiento a partir de la adversidad. Pero a la vez, el término víctima alude a las personas victimizadas como sujetos de derechos y a lo que ello entraña como actores sociales y morales. Hay contextos en que reivindicar identidad de víctima tienen connotaciones positivas (ver fichas 1.4 y 3.2), por lo que ambas se alternan en el texto.

- **¿Es ésta una guía sobre estrés postraumático?**

No, el estrés postraumático es solo una de las maneras posibles de entender el daño que genera en las personas las experiencias extremas. Resulta sorprendente reflexionar so-

bre el distinto modo en que la psiquiatría clínica entiende y trata al duelo y al trauma como formas de respuesta del ser humano ante la adversidad. El duelo es visto por la psicología o la psiquiatría como una reacción de adaptación ante una pérdida que conlleva una serie de tareas de ámbito psicológico descritas en diferentes modelos, todos ellos con lecturas salutógenas. No existe un diagnóstico clínico para el duelo (se codifica en una sección de *estresores* o *acontecimientos vitales*). Ni siquiera el «duelo complicado» es aceptado como categoría diagnóstica, y aquellos que propugnan el concepto lo entienden como los bloqueos o las dificultades graves en la realización de las tareas de duelo que aparecen o se mantienen mínimo a los 6 meses y por lo general a los 1-2 años tras la pérdida.

Este modelo salutógeno no se aplica al trauma, donde hay una cierta visión victimizante que tiende a ver las reacciones de respuesta normal de la persona ante experiencias vitales cuestionadoras, como expresiones de enfermedad. Así, si una persona presenta reacciones postraumáticas importantes (ansiedad, imágenes intrusivas, pesadillas, conductas de alerta o de evitación...) en los quince días siguientes al hecho, es diagnosticada de *Reacción de Estrés Agudo*, y si se mantienen estos síntomas a las 4 semanas se considera que sufre de *Trastorno de Estrés Postraumático*. No se concede margen a la adaptación y a la resiliencia y se medicaliza la respuesta del ser humano de modo casi inmediato.

En la base de esta idea estaría asumir que habría un daño biológico en esa huella del horror y que el ser humano es un receptor pasivo de ese daño. Además usando este tipo de diagnósticos de modo indiscriminado se corre el riesgo de descontextualizar la experiencia de los supervivientes reduciendo el problema a un conjunto de síntomas físicos sin atender a la interpretación que da la persona de los mismos, a las causas que dotan de sentido a estos síntomas (equiparando por ejemplo la tortura a un accidente de tráfico) y minusvalorando el peso del sistema de valores y creencias

respecto a si mismo, los demás y el mundo que el hecho traumático está poniendo en crisis. Además, la afectación de personas tras situaciones traumáticas puede dar lugar a muchas otras situaciones clínicas que no tienen que ver con el estrés postraumático y que son olvidadas tras éste. Y estas además, están fuertemente influidas por el contexto y por la cultura del superviviente.

• **¿De qué depende el que haya personas más o menos afectadas?**

Aunque no puede descartarse que algunos factores somáticos individuales jueguen un papel determinante del tipo de respuesta que presentemos a emociones extremas (como el miedo), el nivel de afectación dependerá sobretodo de la interacción entre el tipo de hecho y las circunstancias. El impacto es mayor cuando:

- El trauma es interpersonal, es decir, cuando lo han provocado perpetrado otros seres humanos
- La persona tuvo o se le provocó una mayor sensación de indefensión y de pérdida de control, de no poder hacer nada
- Cuando por el carácter de los hechos (tipo de violencia, modo de actuar de los perpetradores, víctimas infantiles...) resulta absurdo y difícil poder entenderlo o darle lógica.
- Cuando la persona no ha podido usar las estrategias de afrontamiento que habitualmente le han sido más útiles.
- Cuando la persona tiene tendencia a dar vueltas a las cosas, a pensar mucho y a rumiarlas sin poder aceptar la realidad.
- Cuando hay imágenes, emociones o pensamientos asociados a los hechos que son muy dolorosos y no desaparecen con el tiempo o que han quedado grabados asociados a emociones desbordantes
- Cuando hay un antes y un después y la identidad de la persona o su modo de ver el mundo y el resto de seres humanos cambian de manera irreversible.

• **¿Qué concepto de trauma se usa, entonces, en esta guía?**²

Una visión alternativa es la condensada en los cuatro puntos del cuadro 1. Cada uno de estos cuatro elementos (trauma como experiencia en memoria asociada a emociones extremas, incomunicabilidad del trauma, cuestionamiento de las creencias sobre el mundo e impacto en la visión de sí mismo y la identidad) son los ejes claves sobre los que en estas páginas se irán articulando las diferentes maneras de abordar el apoyo emocional y el trabajo terapéutico con supervivientes.

CUADRO 1. DEFINICIÓN DE EXPERIENCIA TRAUMÁTICA Y ELEMENTOS CLAVE.

1. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona

Asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.

2. Que tiene un carácter:

Inenarrable, incontable.

Incomprensible para los demás que no lo han vivido.

3. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida:

La confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía.

La confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.

4. Que cuestiona los esquemas del yo y del yo frente al mundo.

² Pueden ampliarse estos conceptos en Pérez-Sales, Pau (2007). *Trauma, Culpa y Duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Ed Desclee de Brower. Bilbao.

CAPITULO 2. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

NIVELES DE INTERVENCIÓN

Esta guía distingue tres formas escalonadas de intervención que se desarrollan en sucesivas secciones. Lo que distingue unas de otras es a quien va dirigida y el nivel de formación y el tipo de capacitación que se requiere para desarrollarlas.

Hablamos del ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA (NIVEL 1) como del conjunto de intervenciones de carácter comunitario que actúan sobre los impactos emocionales y colectivos de la violencia o las catástrofes. Incluyen un amplio espectro de intervenciones que van desde simples acciones lúdicas que favorecen la cohesión y el clima social positivo y el autocuidado hasta las acciones más complejas de tipo organizativo o de reconstrucción del tejido social; acciones relacionadas con el manejo de la seguridad, los conflictos o el miedo, la prevención y manejo de riesgos, el trabajo en discusión de escenarios y procesos de toma de decisión o de incidencia, acciones de re-significación de experiencias colectivas (y en especial los talleres de memoria histórica, las acciones simbólicas, el arte o los memoriales), el trabajo colectivo en trauma y duelo a través de sociodramas u otros, acciones de búsqueda de verdad y justicia o contra la impunidad y de acompañamiento psico-jurídico etc. Incluyen así mismo las acciones que permiten y alientan que se desarrolle el cuidado natural entre familias y miembros de colectivos, que estimulan acciones de apoyo mutuo o que favorecen la creación de espacios organizativos y de grupos de palabra. Acompañar estos procesos requiere de habilidades específicas, especialmente para entender que acompañar no es dirigir y que los procesos pertenecen –en todos los niveles, pero especialmente en este– a los líderes naturales y a los propios afectados. Saber medir la oportunidad y trabajar de modo acompasado requiere en ocasiones de guías de

trabajo y formación altamente especializada, pero sobretodo de habilidades humanas que no se adquieren en la universidad. Lo desarrollamos en el capítulo 4 y las fichas 1.1 a 1.4.

En el marco del acompañamiento pueden darse situaciones que requieran de una intervención de tipo emocional que requieran de un APOYO PSICOLÓGICO o de intervención que denominamos de ESCUCHA EMPÁTICA O ESCUCHA ACTIVA; un tipo de intervenciones que cualquier persona, con formación, debería poder proveer. Se describen en el capítulo 5 y las fichas 1.5 y 1.6.

Existen situaciones que van más allá de este tipo de acciones puntuales de intervención psicológica: problemas prácticos o situaciones difíciles, decisiones complejas en que la persona pueda percibirse bloqueada, o pueda percibirse con falta de habilidades específicas, conflictos internos o interpersonales, síntomas puntuales relacionados con experiencias traumáticas, emociones intensas recurrentes o formas de duelo no complicado. Estas pueden requerir de una o varias sesiones de trabajo con una persona entrenada y es a lo que damos en llamar INTERVENCIONES FOCALES (NIVEL 2). Se trata de intervenciones de mayor complejidad de apoyo y asesoramiento. Se desarrollan en el capítulo 6 y las fichas 2.1 a 2.7

Cuando esto no es suficiente el equipo debe valorar intervenciones más complejas (ver esquema adjunto). Esta valoración inicial es lo que se denomina la fase de *Indicación de terapia*. Para decidir si se requiere de una intervención de PSICOTERAPIA ESTRUCTURADA (NIVEL 3) conviene tener en cuenta, entre otras cosas, la complejidad del problema, las habilidades y disponibilidad del terapeuta, las características del consultante, el contexto y el entorno de intervención y la interacción entre terapeuta y víctima (ver esquema adjunto). Se desarrollan en el capítulo 7 y fichas 3.0 a 3.15.

Los terapeutas experimentados no requieren para ello más que una entrevista clínica con el consultante. Pero para equipos de trabajo puede ser útil una *Entrevista de caracterización* realizada por personal con menor nivel de experiencia (ver anexo 1).

En muchos casos, de ello surge una INDICACIÓN DE NO TRA-

TAMIENTO (ficha 3.0), que es como se define a la situación en que la terapia corre el riesgo de provocar más potenciales daños que beneficios para la persona. En estos casos hay que tener en cuenta que la indicación de no tratamiento es una intervención que a veces puede ser compleja, no una mera negación de ayuda.

La principal indicación de psicoterapia es la no respuesta ante intervenciones focales de asesoramiento. Pueden serlo también los síntomas, dolencias o conductas problemáticas invalidantes relacionados con la experiencia traumática; el bloqueo o la incapacidad para narrar o síntomas disociativos severos, de pérdida de conciencia y de desconexión del entorno cada vez que se recuerda lo traumático; situaciones de duelos múltiples o complicados; problemáticas que generaron un daño profundo a la identidad, emociones intensas y dolorosas de culpa o vergüenza que no ceden con el tiempo; ideas recurrentes de agresión o suicidio; conductas de riesgo, autolesivas o de abuso de sustancias o drogas en relación al hecho traumático, o en personas que tenían una enfermedad mental severa que ha empeorado a raíz de los hechos vividos.

Haber vivido una experiencia traumática no conlleva *per se* tener un mayor nivel de problemas emocionales. Las experiencias no son enfermedades ni deben medicalizarse. Pero determinadas experiencias traumáticas conllevan especiales dificultades para la persona para ser elaboradas. En especial las experiencias complejas de victimización interpersonal: masacres, violación sexual, tortura, desaparición forzada o secuestro requieren de un especial cuidado emocional y valoración y aunque la persona pueda manifestar haber enfrentado el tema con pocas secuelas y no solicitar atención, conviene mantener contactos periódicos proactivos y espacios de encuentro o elaboración abiertos de manera flexible.

La intervención psicoterapéutica tal y como la contemplamos aquí, aparece así como una necesidad en unas condiciones concretas para unos determinados sujetos. No se opone, sino que complementa todo lo anterior, que le sirve de base. Pero tiene un lugar que debe ser contemplado desde una óptica psicosocial.

Frecuentemente esta necesidad ha sido negada en nombre de una mal entendida concepción más social y comunitaria desde la

que la terapia es erróneamente vista como una opción individualista. Ello ha tenido dos efectos adversos de importancia. El más obvio es el de privar a estas personas necesitadas de atención de un posible instrumento de ayuda. Menos evidente pero al menos tan grave es que, al no articular alternativas en este sentido en los programas de atención a supervivientes, precisamente las personas con afecciones más graves acaban excluidas de los programas de atención con un enfoque comunitario y son referidas, cuando ello es posible, a un sistema sanitario, generalmente poco sensibilizado con el enfoque psicosocial, en el que son atendidas desde un modelo reduccionista de enfermedad que les coloca en una posición de pasividad, priva de sentido a sus experiencias y sirve de sustento a la idea —creemos que falsa— de que en algunos casos —quizás debido a características biológicas inamovibles, hay personas en las que se producen «verdaderas» enfermedades que no pueden abordarse desde una perspectiva psicosocial.

ILUSTRACIÓN 1. INTERVENCIONES CON IMPACTO EMOCIONAL DES-
DE UN MARCO DE TRABAJO PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO

NIVEL 1. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

ACCIONES COMUNITARIAS CON IMPACTO PSICOSOCIAL
APOYO Y ESCUCHA EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

NIVEL 2. INTERVENCIÓN FOCAL

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS FOCALES
DE APOYO Y ASESORAMIENTO

NIVEL 3. PSICOTERAPIA

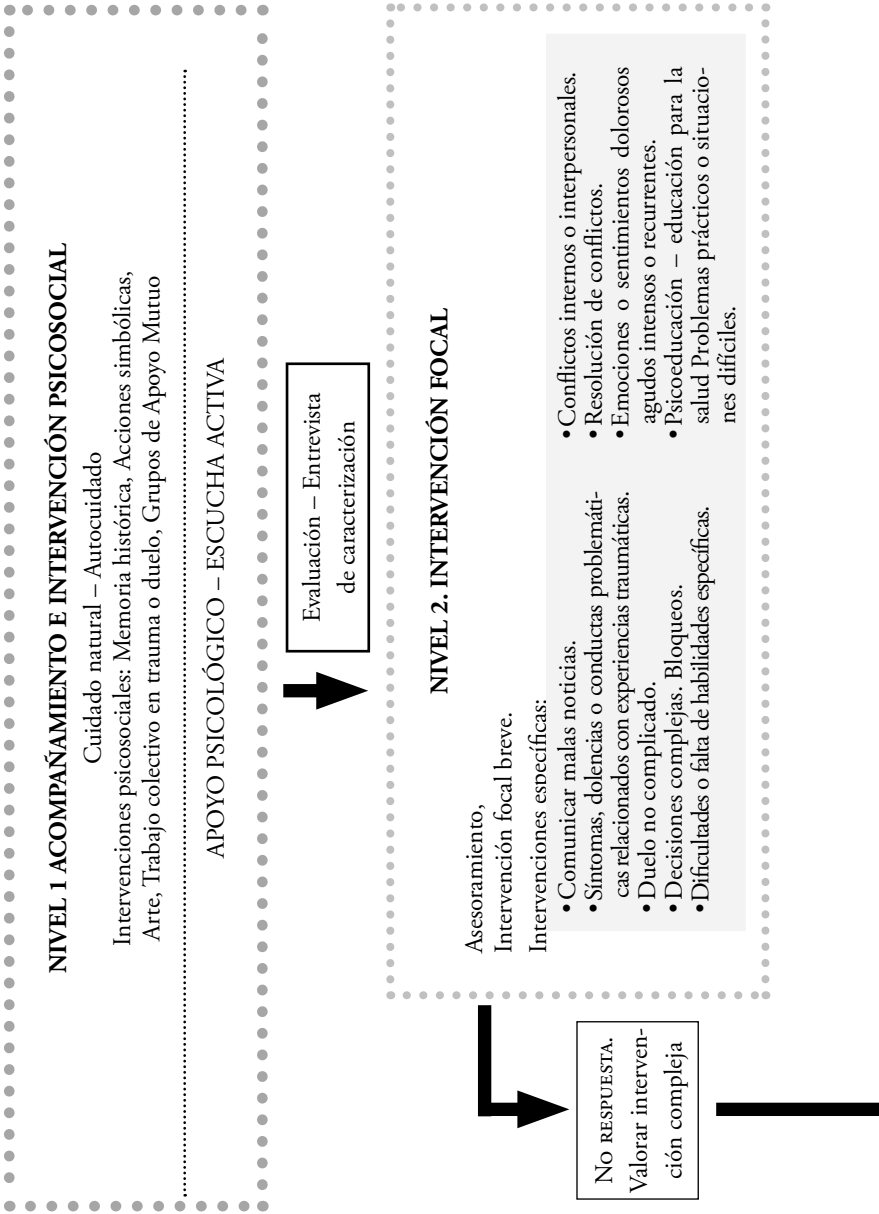
PSICOTERAPIA ESTRUCTURADA EN
CONTEXTOS DE CRISIS, DUELO O TRAUMA

ILUSTRACIÓN 2. VISIÓN DE CONJUNTO DE LAS HERRAMIENTAS POR NIVELES DE INTERVENCIÓN

NIVEL 1. Acompañamiento e intervención psicosocial/apoyo psicológico/escucha empática	• Intervención en crisis. Organización de la respuesta colectiva (ficha 1.1) • Talleres comunitarios. Procesos de reflexión-acción (ficha 1.2) • La memoria colectiva como herramienta psicosocial (ficha 1.3) • Trabajo con organizaciones de víctimas (ficha 1.4)
NIVEL 2. Intervención focal	• Habilidades para consejeros o terapeutas (ficha 2.1) • Asesoramiento o consejería por problemas (ficha 2.2) • Asesoramiento por figuras de autoridad (ficha 2.3) • Trabajo con sanadores tradicionales (ficha 2.4) • Comunicar malas noticias (ficha 2.5) • Actividades de psicoeducación (ficha 2.6) • Técnicas de respiración y relajación (ficha 2.7)
NIVEL 3 Psicoterapia	• Indicación de no tratamiento (ficha 3.0) • Habilidades de entrevista para el trabajo en psicoterapia (ficha 3.1) • Trabajo con la identidad (ficha 3.2) • Trabajo con las emociones (ficha 3.3) • Trabajar con la tristeza y las narrativas de suicidio (ficha 3.4) • Trabajo terapéutico con el miedo (ficha 3.5) • Trabajar con emociones de agresividad, impotencia o rabia (ficha 3.6) • Trabajar con las emociones de culpa y vergüenza (ficha 3.7) • Trabajo con el sistema de creencias (ficha 3.8) • Narración y trauma (ficha 3.9) • Tratamiento sintomático de síntomas intrusivos (ficha 3.10) • Tratamiento sintomático de pesadillas (ficha 3.11) • Manejo de síntomas inexplicados y somatizaciones (ficha 3.12) • Trabajo con síntomas disociativos (ficha 3.13) • Trabajo con la conciencia: mindfulness (ficha 3.14) • Acompañamiento en el trabajo de duelo (ficha 3.15) • Técnicas específicas: » Terapia basada en la mentalización (ficha 6.1) » EMDR (ficha 6.2) » Terapia de exposición prolongada (NET) (ficha 6.3)
OTRAS INTERVENCIONES	Intervenciones específicas • Acompañamiento psicojurídico (ficha 4.1) • Entrevista de testimonio (ficha 4.2) • Desgaste en equipos de trabajo (ficha 4.3)
	Comunidades con difícil acceso. • Intervención de apoyo telefónico en crisis (ficha 5.1) • Videoconferencia y programas voip (ficha 5.2) • Psicoterapia de único contacto (ficha 5.3)
	Estrategias de trabajo grupal. • Entrevista de procesamiento emocional en población general de afectados (ficha 7.1) • Grupos de ventilación o debriefing con equipos de trabajo (ficha 7.2) • Grupos de palabra (ficha 7.3)

NOTA: EN NEGRITA, HERRAMIENTAS ESENCIALES.

ILUSTRACIÓN 3. VISIÓN DE CONJUNTO DE LAS HERRAMIENTAS POR NIVELES DE INTERVENCIÓN





NIVEL 3. PSICOTERAPIA

Psicoterapia estructurada con o sin enfoque específico para situaciones de trauma o duelo

- Síntomas, dolencias o conductas problemáticas invalidantes relacionados con las experiencias traumáticas
- Bloqueo o incapacidad para o con el narrar o Disociación
- Duelos múltiples y complicados
- Daño profundo a la Identidad
- Emociones intensas de culpa o vergüenza
- Ideas recurrentes de agresión o suicidio
- Conductas de riesgo: Abuso de sustancias o drogas
- Exacerbación de psicopatología pre-existente

Atención prioritaria a experiencias complejas de victimización: masacres, violación sexual, tortura y desaparición forzada.

VALORAR LA INDICACIÓN

- Complejidad del problema
- Habilidades y disponibilidad del terapeuta
- Características del consultante
- Contexto y Entorno de Intervención
- Interacción entre terapeuta y víctima



NO INDICACIÓN DE PSICOTERAPIA.

- Valorar enfoque psicosocial / Acompañamiento específico
- Valorar Intervención familiar
- Valorar Intervención de grupo

HERRAMIENTAS POR NIVELES: VISIÓN DE CONJUNTO

Esta guía se estructura en fichas de trabajo. Cada ficha resume aspectos clave a tener en cuenta en los diferentes tipos de intervención, según niveles. Se trata de propuestas de complejidad progresiva. La siguiente figura da la visión global. Se destaca en **negrita** y *cursiva* algunas intervenciones de especial relevancia potencialmente priorizables en procesos formativos.

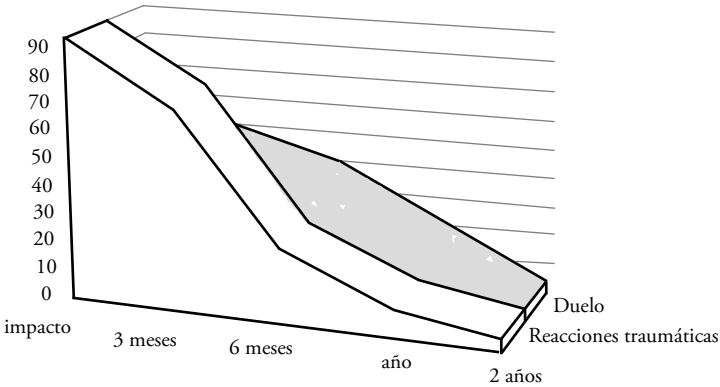
CRITERIOS DE INTERVENCIÓN

DAR TIEMPO A LA RESPUESTA RESILIENTE: LA FORTALEZA QUE TODOS LLEVAMOS DENTRO.

El ser humano se ve con frecuencia abocado a experiencias extremas (accidentes, agresiones, catástrofes, pérdidas...) frente a los que pone en marcha respuestas que sabemos que son, en líneas generales de afrontamiento positivo. Mientras que los estudios epidemiológicos muestran que entre un 70-80% de personas han pasado por al menos una experiencia de este tipo a lo largo de su vida (y en promedio entre 2 y 4 experiencias), son pocas las personas que tienen secuelas psicológicas graves a largo término. Así, tomando como referencia el Trastorno de Estrés Postraumático, solo entre un 3% (en el caso de un accidente de tráfico) y un 15% (en el caso de la violación sexual) de supervivientes presenta alteraciones complejas a largo término, mientras que una mayoría de entre un 10% y un 40% de supervivientes pueden presentar algún tipo de síntoma aislado (pesadillas ocasionales, recuerdos dolorosos, conductas específicas de evitación...) que interfieren más o menos en su vida, pero con las que en general puede convivir y que pueden incluso ser leídas en ocasiones en términos

de crecimiento a partir del dolor. Si se pregunta cuantas de las personas que pasaron por experiencias extremas buscaron algún tipo de apoyo psicológico, se observa que —con las lógicas diferencias culturales y de accesibilidad a recursos— por lo general son muy pocas.

ILUSTRACIÓN 4. HISTORIA NATURAL DEL TRAUMA Y EL DUELO



CUADRO 2. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS REACCIONES ANTE UNA EXPERIENCIA EXTREMA E INTERVENCIONES INDICADAS EN CADA MOMENTO

TIEMPO	REACCIÓN MÁS FRECUENTE	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA QUE TIENEN MÁS SENTIDO -BASADA EN LA EVIDENCIA-
PRIMERAS HORAS-DÍAS	10-15% — Ansiedad — miedo 50-60% - Caos confusión 10- 15% - Afrontamiento activo	Primer apoyo psicológico Intervenciones psicosociales
3-6 MESES	Las personas van centrándose en la realidad de los hechos. Disminuye la ansiedad y el miedo agudos y aumenta progresivamente el afrontamiento activo	Intervenciones psicosociales - acompañamiento Primer apoyo psicológico Grupos de palabra / apoyo mutuo Intervenciones psicológicas base (nivel 1)

6- 12 MESES	Siguen disminuyendo las reacciones de ansiedad. Quedan personas con síntomas de ansiedad importantes (trastornos de sueño o crisis de angustia). Aparecen reacciones más «evaluativas» (depresión, somatizaciones...) Y se detectan personas con dificultades de elaboración.	Asesoramiento Formación de formadores / grupos de apoyo mutuo / grupos de pares. Intervenciones focales (nivel 1) Intervenciones psicoterapéuticas en algunos casos seleccionados (nivel 2)
A PARTIR DE 12 MESES	Dificultades en la elaboración / síntomas invalidantes / impacto en identidad, visión del mundo. / Construcción de narrativas de victimización / daño traumático	Intervenciones focales (nivel 1) Intervenciones psicoterapéuticas (nivel 3).

Hay que dar tiempo a las personas para que puedan procesar las experiencias y no parece adecuado interpretar de la misma manera una determinada reacción emocional ni actuar de la misma manera a los días, a las semanas o meses o a los años de un hecho extremo. Considerado globalmente, lo que los datos muestran podría ser algo parecido a lo que indica el cuadro siguiente, en que se ponen en relación la historia natural (es decir, la evolución esperable) de las reacciones de trauma y duelo, y el tipo de intervención que podría estar indicada en cada momento y que se irán desarrollando a lo largo de esta guía.

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA QUE INTERVIENE.

Este texto quiere cubrir un amplio abanico de situaciones.

NIVEL BASE O NIVEL I. Trabajo emocional a través de la intervención comunitaria. Requiere de habilidades específicas y técnicas que integren el trabajo de reconstrucción del tejido social con los procesos de recuperación emocional. En función del nivel de complejidad se requerirá un perfil u otro de personas que puedan llevarlo a cabo.

NIVEL 1. Apoyo psicológico o emocional en el marco del trabajo comunitario. En el nivel más básico podemos encontrar a personas sin formación previa que desean apoyar emocionalmente a otras y que buscan herramientas para ello. El Apoyo psicológico es una intervención de contención y escucha. En la Escucha Activa se promueve además procesos de reflexión conjunta sobre pensamientos, emociones y conductas. Se puede aprender a llevar a cabo este tipo de actuaciones con un entrenamiento básico si se tienen unas características de compromiso, empatía y sensibilidad suficientes.

NIVEL 2. Terapia focal de apoyo y asesoramiento. La mayoría de profesionales de salud mental disponen de un conjunto de habilidades básicas para el manejo de las situaciones de conflicto emocional. Se trata de habilidades de entrevista centradas en preguntar en un tipo de conversación especial que permite a la persona explorar nuevas perspectivas y nuevas soluciones a sus problemas y conflictos. El terapeuta realiza un ejercicio conjunto con el consultante al que damos en llamar intervención psicológica breve focal o terapia de orientación o asesoramiento (traducido en ocasiones como Asesoramiento, siguiendo el original en inglés «*Counselling*»).

En este nivel intermedio de complejidad están también las intervenciones de los técnicos de otras profesiones (médicos, enfermeros, abogados, trabajadores sociales, educadores, antropólogos...) que se encuentran por motivo de su trabajo con personas que requieren de un apoyo emocional o que pueden trabajar en contextos críticos con personas que requieren de orientación o ayuda de tipo psicológico. Estos profesionales pueden estar en una posición privilegiada para ayudar a la persona a enfrentar dilemas o a reflexionar sobre problemas que están siendo de importancia vital para ellos y es importante que puedan tener formación en técnicas de asesoramiento.

NIVEL 3. **Intervenciones de psicoterapia.** Por último hay un grupo de profesionales que son especialistas en apoyar psicológicamente a las personas a través de un trabajo conjunto de elaboración que es al que llamamos psicoterapia. La psicoterapia no solo requiere aprender una serie de habilidades específicas. Para poder actuar como psicoterapeuta es necesario haber realizado un largo proceso de formación y entrenamiento que dura años, en el que se aprende a trabajar en situaciones de complejidad progresiva bajo la supervisión de otros terapeutas expertos. La formación incluye tanto la capacitación para el desarrollo de técnicas y estrategias específicas como para la propia autoobservación y el conocimiento de sí mismo como paso previo al trabajo con otros.

CONOCER NUESTROS LÍMITES: ACCIÓN SIN DAÑO EN LA INTERVENCIÓN EMOCIONAL.

Es importante que cada persona que va a usar esta guía sepa cuáles son sus posibilidades y sus limitaciones y que busque el nivel en el cual puede desarrollar habilidades de intervención psicológica de manera realista y basada en el principio de ante todo no hacer daño.

Dado que esta guía propone intervenciones con diferentes niveles de complejidad, se trata de mantener siempre la intención de promover *la intervención más sencilla posible considerando cuáles son las habilidades de cada miembro del equipo*. Un mismo problema puede abordarse desde diferentes ópticas que pueden resultar de ayuda. La titulación o acreditación de un determinado agente de ayuda puede ser orientativa para determinar cuál va a ser el nivel de su intervención. Lo importante en este caso es que cada profesional y cada equipo sea capaz de reconocer las propias capacidades y limitaciones y se ajuste a ellas.

SUPERVISIÓN DEL TERAPEUTA.

Independientemente de ello, para todas las intervenciones (desde las más simples a las más complejas) es necesario disponer dentro de los equipos de sistemas de SUPERVISIÓN con profesionales más experimentados. La supervisión debería ser una rutina de trabajo integrada de manera natural en los trabajadores psicosociales, terapeutas y equipos.

CONSIDERACIONES SOBRE ÉTICA, TRABAJO PSICOSOCIAL Y PSICOTERAPIA EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA.

Los contextos de violencia y en especial de violencia política añaden especiales consideraciones a la hora de hablar de intervenciones psicológicas o de psicoterapia. Entre ellas:

CUADRO 3. REPERTORIO DE INTERVENCIONES POSIBLES POR NIVELES

	Quien puede hacerlo	Ejemplos
NIVEL 1 INTERVENCIÓN EMOCIONAL EN TRABAJO COMUNITARIO	• Población general formada • Trabajadores comunitarios • Promotores de salud • Profesionales del ámbito psicosocial	• Intervenciones psicosociales • Acompañamiento • Apoyo Psicológico • Grupos de Palabra
NIVEL 2 INTERVENCIÓN FOCAL	• Profesionales del ámbito psicosocial y de salud mental • Otros profesionales	• Asesoramiento • Psico-educación • Terapia focal breve • Resolución de conflictos, Mediación.
NIVEL 3 PSICOTERAPIA	• Psicoterapeutas con adecuada formación y experiencia	• Psicoterapia. Técnicas especializadas

NO NEUTRALIDAD ÉTICA.

Diversos autores han reflexionado sobre el concepto de no-neutralidad-ética en psicoterapia, ligada a la noción de vínculo comprometido desarrollada por terapeutas en el Cono Sur. El trabajo de terapia con víctimas en las que existe pérdida de confianza, miedo y dificultades para poner palabras a los hechos, implicaba una identificación clara de los niveles en que surgen los problemas, y esto debe por fuerza incluir también el ámbito socio-político. En contextos, además, de represión o miedo, las intervenciones deben ir más allá de los límites de los modelos clínicos habituales. Algunos de los aspectos no habituales que pueden ser relevantes en terapia son:

Analizar conjuntamente el entorno político y los determinantes sociales del problema desde una visión comprometida y crítica.

- Poder hacer algún desvelamiento de la propia posición política si ello es condición para poder generar espacios mínimos de confianza y permitir el trabajo de apoyo.
- Considerar el valor de la recolección del testimonio y potencialmente acompañamiento de la denuncia quizás de manera directa, en el propio espacio terapéutico y como parte del mismo, o de manera indirecta a través de organizaciones especializadas de confianza.
- No perder la perspectiva de que la intervención psicosocial y/o psicoterapia en cualquiera de los niveles antes mencionados forma parte de las medidas de rehabilitación, que son una parte del conjunto de políticas de reparación, a las que debe apoyar y complementar y estimular el carácter integral de estas medidas.
- Posibilidad de enmarcar la acción terapéutica dentro de un contexto institucional organizado (área psicosocial de un grupo de derechos humanos o una organización comunitaria o social).

SEPARAR LAS CAUSAS INMEDIATAS DE LAS CAUSAS ÚLTIMAS.

En el trabajo terapéutico es importante lograr que la persona estructure un orden, una narrativa que pueda ayudar a integrar las experiencias vividas en la memoria y en el curso narrativo biográfico. Esta narrativa puede basarse en las causas inmediatas (por ejemplo la amenaza a la vida) o en las causas últimas (las decisiones y opciones que se han ido tomando y el modo en que el hecho traumático se inserta en esa trayectoria social y política). Muchas intervenciones de ámbito general (las denominadas en esta Guía de nivel básico o nivel 1) o los Grupos terapéuticos, de palabra o de apoyo mutuo (fichas 7.1 a 7.3) ayudan en este proceso, en especial las relacionadas con actividades simbólicas o de memoria histórica. Es importante coordinar y complementar las intervenciones individuales, grupales y comunitarias y tener una visión de conjunto de las intervenciones que se realizan con un superviviente.

Así, por ejemplo, no es posible hablar de las consecuencias psicológicas de la tortura sin hablar de sus raíces políticas y sin hablar de la lógica que la tortura persigue. No es posible hablar del duelo o la angustia ante un desplazamiento forzado sin hablar de las condiciones políticas que lo provocan y del modo en que la persona ha tomado la decisión y se ha posicionado en ella. Este proceso puede hacerse en el marco de la propia terapia y en este sentido el quehacer terapéutico debe ser un quehacer transformador o lograrse a través de otros espacios terapéuticos complementarios. Lo que no significa minimizar el sufrimiento o politizarlo, sino dar espacio para que el o la paciente, si así lo considera, pueda contextualizarlo y pensar sus causas últimas, como modo de dotarlo de sentido e integrarlo en el hilo vital.

TRABAJO PSICOSOCIAL Y PSICOTERAPIA COMO FACTOR DE RESISTENCIA.

El trabajo de acompañamiento y la psicoterapia debe ser un espacio en el que la persona pueda entender sus conflictos y recolocar sus prioridades y herramientas de acción. Pero en situaciones críticas hay que tener especial cuidado en evitar que se convierta en una actividad que conlleve una privatización del daño. Hablamos de privatizar el daño cuando los problemas de origen social son considerados un problema particular. Cuando suponemos – o contribuimos a que alguien pueda suponer – que el sufrimiento del superviviente puede atribuirse a una «enfermedad» para la que los hechos han contribuido sólo como desencadenante. Se trata de no contribuir a transmitir la idea de que lo que sucede se debe no a la existencia de unas condiciones abusivas que pueden y deben ser combatidas en los espacios que sean pertinentes para la víctima, sino a la particular fragilidad de la persona. El trabajo de acompañamiento y la psicoterapia en personas defensoras de derechos humanos o que han sufrido vulneraciones graves a sus derechos no se plantea como una alternativa a la lucha social sino, muchas veces, como una herramienta para colocar al superviviente en condiciones de proseguirla y de hacerlo de modo eficiente si así lo considera dentro de su proyecto de vida.

NO RE-VICTIMIZAR A LAS VÍCTIMAS.

Se entiende por re-victimización el daño voluntario o involuntario que se causa a una víctima como consecuencia de intervenciones que no tienen en cuenta su condición de tal. Existen múltiples formas de re-victimización: denegación de información, trabas administrativas, impunidad, procesos jurídicos o de toma de testimonio inapropiados, ausencia de medidas de reparación. En el acompañamiento emocional y la psicoterapia, serán re-victimizantes los enfoques terapéuticos que fomentan la idea de irreversibilidad del daño y que estimulan la creación de grupos de víctimas centradas en el discurso del pasado y el dolor.

EXPLORAR LOS IMPACTOS.

Parte de todo lo anterior es poder explorar de manera sistemática la narrativa sobre los impactos de los hechos de violencia no sólo en el área personal (narración, emociones, creencias...) y en el área relacional (familia, grupo...), sino también en el área de vulneración de derechos (la víctima como sujeto social de derecho).

Cabría decir, en resumen, que todas las respuestas que desarrollamos en los procesos de acompañamiento o terapia desempeñan un papel político y que el facilitador, el dinamizador o el terapeuta están obligados a hacer en algún momento esta lectura. Esto significa preguntarse (cuadro 4):

CUADRO 4. ÉTICA, TRABAJO PSICOSOCIAL Y PSICOTERAPIA

- ¿La intervención que se está realizando (individual, grupal o comunitaria) contribuye a la construcción de un sujeto de derechos o mantiene la victimización?
- ¿Hay aspectos relacionados con la construcción de la verdad y la memoria colectiva que sean relevantes para el consultante y a los que se debería atender?
- ¿Hay aspectos relacionados con la búsqueda de justicia y los procesos de reparación simbólica que sean relevantes para el consultante y a los que se debería atender?
- ¿Existen limitantes personales en el modo de entender el origen de la violencia y los procesos de victimización que puedan dificultar la relación y el trabajo terapéutico con las víctimas?

BUSCAR EL NIVEL DE INTERVENCIÓN ÓPTIMO PARA CADA PERSONA.

Uno de los retos más complejos es buscar cual es el nivel de intervención adecuado para cada víctima (ver figura de mapa de procesos). Además del nivel de formación del profesional y sus capa-

ciudades, acorde al principio de Acción Sin Daño, que vimos en la sección anterior, deben tenerse en cuenta los siguientes principios:

A. CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA.

Es necesario adaptar la complejidad del problema con el nivel de la intervención. Igual que por un lado no es bueno no atender adecuadamente las demandas de apoyo psicológico de las personas afectadas por la violencia, no lo es tampoco lo contrario: sobreactuar y psiquiatrizar la vida cotidiana. En este texto se intenta jerarquizar las intervenciones en función de la severidad y la complejidad de los problemas que queremos atender.

B. CARACTERÍSTICAS DEL CONSULTANTE.

Las víctimas acuden con demandas muy diferentes. En ocasiones son demandas de índole práctico y en relación con la reconstrucción de su proyecto de vida. En otras con conflictos interpersonales o con síntomas centrados en el día a día. Algunas personas refieren síntomas psicológicos y presentan problemas de larga evolución y piden apoyo terapéutico para las mismas. Algunas personas pueden demandar terapia y desde el punto de vista del equipo no existir indicación para la misma. O algunas personas pueden acudir por demandas prácticas y el equipo considerar que debajo existen otro tipo de daños mucho más profundos que requieren de un trabajo terapéutico. Es necesario adecuar la intervención a la demanda o en cualquier caso intentar acordar la misma.

C. CONTEXTO Y ENTORNO DE INTERVENCIÓN.

Para las intervenciones más complejas se requiere unas condiciones mínimas para poder proveer una atención digna a las personas. Es recomendable poder disponer de 45' por sesión al menos y poder garantizar una cierta continuidad de las mismas (aunque sea con la laxitud que implique los recursos de los que podemos disponer para atender la demanda) así como tener un espacio que garantice una cierta privacidad y seguridad.

Es posible, en terapeutas experimentados desarrollar modelos

de intervención terapéutica con pocas sesiones. En terapeutas con menos experiencia es aconsejable desarrollar intervenciones menos complejas, pero igualmente útiles en primera instancia, dejando la puerta abierta a intervenciones de mayor duración y complejidad.

D. INTERACCIÓN ENTRE CONSULTANTE Y TERAPEUTA

Las víctimas son personas con características muy determinadas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar las intervenciones y de decidir quién puede ser el profesional idóneo que atienda a la persona. Algunos elementos relevantes son, por ejemplo:

1. Edad. Se requiere de habilidades específicas para trabajar con la infancia o la adolescencia
2. Género del terapeuta. En especial algunos supervivientes, por la naturaleza del daño o por razones ligadas al significado que para ellos tiene la relación con personas de uno u otro sexo, requerirán un determinado tipo de terapeuta.
3. Diversidad simbólica y cultural. Las víctimas tienen derecho a ser atendidas en su propia lengua y con modelos terapéuticos acordes a su realidad simbólica. En aquellas zonas donde esto es relevante, es imprescindible la integración o la coordinación con terapeutas y sanadores próximos a la cosmovisión de la víctima y permitir que ésta pueda libremente elegir o compatibilizar diferentes modelos culturales de sanación.
4. Este texto aunque recoge principalmente las evidencias disponibles para el modelo cultural de raíz latina actualmente mayoritario, alienta la integración con otros modelos.

Para ayudar en este proceso y asignar el nivel óptimo de intervención puede usarse como apoyo la Entrevista de Planificación Terapéutica (EPT) anexa a este capítulo.

Esta puede servir de base para que un equipo multidisciplinar pudiera en su reunión semanal u otros espacios específicos evaluar las EPT nuevas y decidir y planificar las intervenciones propuestas a cada superviviente y el responsable de las mismas.

ANEXO 1. ENTREVISTA DE PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Nombre:

Dirección. Teléfono:

Remitido por:

CARACTERÍSTICAS GENERALES

- Edad:
- Origen étnico / cultural:
- Género / Orientación sexual (si relevante):
- Otros elementos a considerar:

TRATAMIENTOS QUE SIGUE ACTUALMENTE

- ☐ Psicoterapia individual: institución, tiempo, duración, centrada en trauma
- ☐ Espacios de palabra / grupo apoyo mutuo / otros
- ☐ Psicofármacos: tipo, dosis. Eficacia percibida
- ☐ Terapeuta tradicional / sanador
- ☐ Otros tratamientos

Explicar:

TRATAMIENTOS QUE SIGUIÓ EN EL PASADO

- ☐ Psicoterapia individual.
- ☐ Espacios de palabra / grupo apoyo mutuo / otros
- ☐ Psicofármacos: tipo, dosis. Eficacia percibida
- ☐ Terapeuta tradicional / sanador
- ☐ Otros tratamientos

Explicar brevemente duración, impacto y síntomas o problemas que aún permanecen

RESUMEN DE EVENTOS

Resumir el tipo de victimización sufrida SIN GENERAR DURANTE LA ENTREVISTA UN RELATO DETALLADO DE HECHOS, solo dentro de la caracterización del nivel de la demanda.

- Naturaleza del daño:
- Perpetrador:
- ¿Ha podido dar su testimonio alguna vez? ¿Le ha ayudado?

CONDICIONES DE SEGURIDAD DEL CONSULTANTE

- ¿Tiene miedo o percepción de que estar en terapia o hablar del tema puede aún conllevarle amenazas o riesgos? ¿De qué tipo?

IMPACTO ACTUAL DEL HECHO TRAUMÁTICO

- ¿Cuáles son los síntomas que más perturban su vida? ¿Cuándo aparecen?
- ¿De qué manera afectan su día a día?

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD DE LA DEMANDA

Evalúe si la persona presenta (o tiene usted fundadas sospechas de que puede presentar):

- Síntomas psicóticos recientes o actuales.
- Síntomas disociativos severos recientes o actuales.
- Bloqueo y angustia extremos cuando se hace referencia a los hechos vividos.
- Otros síntomas, dolencias o conductas problemáticas invalidantes relacionados con las experiencias traumáticas.
- Ideas o planes de suicidio.
- Abuso grave de sustancias en relación con los hechos vividos.
- Ideas o actos de agresión a otros.
- Hechos vitales complejos (p.e. proximidad de una exhumación o de un juicio, violencia de género...).
- Duelos múltiples o complicados que no mejoran pasado el tiempo con intervenciones de apoyo.
- Daño profundo a la Identidad: Desde que ocurrieron los hechos todo gira ahora determinado por lo que vivió o en relación a ello. Incapacidad para rehacer un proyecto de vida más allá del trauma.
- Emociones intensas de culpa o vergüenza.
- Otros elementos:

Comentarios (escribir por la parte de atrás de la hoja o usar otras y anexas)

HABILIDADES RESILIENTES

- ☐ La persona ha desarrollado ya estrategias positivas para manejar los síntomas.
- ☐ La persona tiene capacidad básica de introspección y es capaz de formular algunos de sus problemas.
- ☐ La persona tiene apoyos sólidos (familia, amigos, congregación religiosa o grupo espiritual u otros) que pueden actuar en momentos de crisis.

Detallar:

MARCO TERAPÉUTICO

- ¿Puede la persona acudir regularmente a las citas?. En caso negativo, razones:
 - Distancia. Falta de transporte o de dinero.
 - Problemas económicos o laborales.
 - No tiene quien le acompañe.
 - Otros.
- ¿Puede el equipo desplazarse a su comunidad con la suficiente frecuencia?

EVALUACIÓN. INDICADORES DE IMPACTO

- Acordar posibles objetivos de la intervención. Preferir objetivos que sean evaluables al final del proceso. Se trata de objetivos provisionales (por ejemplo: entender lo que me ocurre; poder estar solo durante el día; dejar de tener imágenes y pesadillas; resolver el conflicto con mis hijos; volver a trabajar; decidir si quiero tener hijos; dejar de oír voces que me insultan).

PLAN TERAPÉUTICO

1. No indicación de terapia.
 - Razones:
 - Es derivado a dispositivos de NIVEL 1 (Intervención comunitaria) como grupos de apoyo mutuo, asociaciones u otros):
2. Intervención de NIVEL 2: Intervención focal
 - Terapeuta:
 - Objetivos:
 - Numero de sesiones estimado (promedio 3-6)
3. Requeriría intervención de nivel 3 pero se carece de condiciones óptimas.
 - Intervención de nivel 2.
 - Reevaluar en 6 meses las condiciones.
4. Intervención de nivel 3: Psicoterapia.
 - Terapeuta:
 - Objetivos:
 - Numero de sesiones estimado (promedio 10 reevaluable)
5. Valoración para inclusión en Grupo terapéutico.
6. Valoración para Intervención familiar.

ANEXO 2. LISTA DE COMPROBACIÓN DE ELEMENTOS CLAVE PARA ASIGNACIÓN DE NIVEL ÓPTIMO DE INTERVENCIÓN

La siguiente es una lista de comprobación para que usted pueda acreditar que se han tenido en cuenta todos los componentes fundamentales a la hora de decidir la mejor intervención para cada persona.

	CRITERIO	SI	NO
1.	Problemática Priorizada. Víctima de tortura, masacre, desaparición forzada u otras violaciones a DDHH de especial complejidad.	☐	☐
2.	La problemática corresponde a una de las siguientes situaciones: • Problemas prácticos o situaciones difíciles. • Decisiones complejas. Bloqueos. • Dificultades o falta de habilidades específicas. • Conflictos internos o interpersonales. • Síntomas, dolencias o conductas problemáticas relacionados con experiencias traumáticas. • Emociones o sentimientos dolorosos agudos intensos o recurrentes. • Duelo no complicado.	☐	☐
3.	Hay uno o más de los siguientes elementos sugerentes de complejidad • Síntomas, dolencias o conductas problemáticas invalidantes relacionados con las experiencias traumáticas. • Bloqueo o incapacidad para o con el narrar o Disociación. • Duelos múltiples y complicados. • Daño profundo a la Identidad. • Emociones intensas de culpa o vergüenza. • Ideas recurrentes de agresión o suicidio. • Conductas de riesgo: Abuso de sustancias o drogas. • Exacerbación de psicopatología pre-existente.	☐	☐

4.	El paciente demanda una intervención de apoyo puntual. El paciente dispone de recursos resilientes y rechaza intervención en este momento.	☐	☐
5.	El paciente ha tenido experiencias previas de apoyo y no ha mejorado.	☐	☐
6.	El paciente puede acudir regularmente a terapia o el equipo acercarse a proveerla.	☐	☐
7.	El equipo puede ofertar la intervención al nivel requerido y puede hacerlo de un modo aceptable y adecuado para este paciente (considerar cultura género y otros).	☐	☐

Si la respuesta es SI a las preguntas 2 y 4: Intervención focal (nivel 2).

Si la respuesta es SI a las preguntas 1 o 3 y 5: Valorar Intervención nivel 3 si el marco y condiciones de terapeuta y equipo (pregunta 6) lo permiten. Si no, intervención nivel 2 y reevaluar a los 6 meses.

Si la respuesta es NO a la pregunta 7 valorar posibilidades de derivación o de realizar una intervención de nivel inferior.



PARTE II.

PAUTAS DE
INTERVENCION
POR NIVELES.



CAPITULO 3.

NIVEL 1: INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Desde la mirada anterior las intervenciones psicoterapéuticas, insistimos, solo se entienden en el contexto de las intervenciones más globales, de carácter psicosocial y comunitario que facilitan o refuerzan la respuesta espontánea de la población y que llamamos intervenciones de nivel 1 o de línea base.

CREAR ENTORNOS QUE PERMITAN LA ELABORACIÓN Y NO CRONIFIQUEN EL TRAUMA

El impacto de las situaciones potencialmente traumáticas depende del entorno en que puede enfrentarse la experiencia. El NIVEL BASE o NIVEL 1 de intervenciones es aquel en el que se crean las condiciones que permiten o alientan los recursos resilientes de individuos o comunidades. El cuadro 5 muestra algunos ejemplos de esta idea.

Las personas tienen mecanismos resilientes naturales. Ponen en marcha estrategias individuales y comunitarias que les permiten enfrentar las experiencias. Pero para que ello se produzca es necesario, con frecuencia, acciones de acompañamiento que favorezcan, apoyen o faciliten el que existan las condiciones adecuadas para ello, es decir, que permitan que las potencialidades de elaboración de las experiencias traumáticas de las personas, familias y comunidades victimizadas puedan desarrollarse. Un proceso terapéutico difícilmente puede resultar eficaz en un entorno adverso que amplifica o perpetúa el trauma. Las interven-

ciones comunitarias en el marco del acompañamiento emocional están destinadas a crear esas condiciones de posibilidad.

Hablamos de intervenciones psicosociales en el contexto de situaciones traumáticas como de aquellas acciones que operan a nivel global facilitando los procesos de respuesta resistente de las víctimas (fichas 1.1, 1.2 y 1.3).

CUADRO 5. IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS POTENCIAL- MENTE TRAUMÁTICAS EN FUNCIÓN DEL ENTORNO	
ENTORNO VICTIMIZANTE	ENTORNO RESILIENTE
Supervivientes de desplazamiento tras un deslave de tierras que huyeron y se dispersaron. Permanecen aislados, esperando ayuda. Diversas instituciones públicas se acercan para informarles dónde pueden tramitar módulos de ayuda y brindar formularios para trámites. Se brinda apoyo psicológico individual a personas más afectadas.	Víctimas de desplazamiento forzado que han logrado organizarse frente a los hechos y que en pocas semanas han desarrollado una red de apoyo mutuo y están realizando los primeros planes de retorno y reconstrucción.
Agresión sexual en comunidad dividida y fragmentada que atribuye gran valor al concepto de honor. Señalamiento comunitario. Impunidad.	Agresión sexual en una familia con respuesta de apoyo unánime de sus miembros y de amigos. Apoyo de instituciones en la búsqueda de verdad y asistencia jurídica y psicosocial en el proceso posterior de denuncia.
Supervivientes de una masacre que permanecen bajo situación de amenazas constantes y miedo. Comunidad dividida. Desconfianza entre las personas. Falta de empleo.	Supervivientes de una masacre con formas de apoyo mutuo tanto material como psicológico entre familias. Recopilación de testimonios y denuncia pública. Actos simbólicos por las víctimas.

CONCEPTOS CLAVE EN LA ACTUACIÓN PSICOSOCIAL.

Podemos señalar cinco premisas básicas o conceptos nucleares que explican desde dónde situarse al llevar a cabo el trabajo psicosocial:

1. CADA PERSONA ES DISTINTA.

Cada persona es una historia con nombre y apellidos, es una visión del mundo y de la vida. Pensar en la existencia de síndromes como condiciones («síndrome del torturado», «síndrome del superviviente», «síndrome de la mujer violada») es confundir la condición (tortura, catástrofe, abuso sexual) con la persona que la sufre. Si tomamos el ejemplo del abuso sexual, se trata de una situación que suele dejar secuelas importantes, pero no es menos cierto que muchos hombres y mujeres son capaces de enfrentar de manera espontánea la situación y sus consecuencias, integrando la experiencia sobre la base de sus propios recursos psicológicos. Es más, algunas personas saldrán reforzadas de la experiencia traumática al evaluar cómo actuaron y descubrir nuevas cosas sobre sí mismas que desconocían. Por ello, confundir a la persona con la situación es un error (1,2).

En este sentido, es importante poner el foco de los programas no en la condición de víctima, sino en la situación que ha vivido esa persona y en cómo afronta ese impacto. Y eso tiene consecuencias en la relación que tenemos con las víctimas (potenciando, por ejemplo, los procesos de organización o la mejora de su estima).

2. TENER UNA VISIÓN SISTÉMICA E HISTÓRICA.

Las personas y comunidades tienen un pasado de experiencias positivas y negativas previas que vuelven al presente con

cada nuevo hecho. Es importante trabajar y desde la memoria individual y colectiva.

Es así mismo importante NO DESCONTEXTUALIZAR LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA del conjunto de circunstancias difíciles que la gente tiene que enfrentar y que muchas veces forman parte de su cotidianidad. Violencia estructural, falta de empleo o recursos, conflictos intracomunitarios, migración y vacío generacional, rol de transnacionales o grupos de presión, falta de derechos laborales u otros etc.

3. EL CONTROL SOBRE LA PROPIA VIDA Y EL ENTORNO

Partiendo de la definición de trauma y pérdida que dábamos más arriba, cabe predecir, por ejemplo, que cuando una situación catastrófica ha roto la idea básica de que uno vive en un mundo seguro y predecible, cabe caer en estados de indefensión, desmotivación o desesperanza: ¿para qué luchar si todo puede perderse?. El riesgo es que estos estados puedan cristalizar en cambios permanentes en el modo de ver la vida. Los programas de ayuda que fomentan modelos de dependencia profundizan el sentimiento de desamparo y esta actitud de indefensión y falta de control ante la vida: refuerzan la idea de que ocurren cosas que afectan radicalmente a la persona y que es necesario resignarse, que el papel de la persona es pasivo y de espera. Para evitar esto, cabe priorizar en los programas de ayuda todos aquellos elementos que otorguen a los supervivientes el máximo control posible sobre sus vidas y su entorno como forma de prevenir estas consecuencias emocionales de los hechos traumáticos. En la medida que la población pueda *asumir la gestión de los temas que le afectan y organizarse para reconstruir los hábitos y las rutinas*, se iniciará con mayor probabilidad el proceso de cambio y la mejoría.

4. LA DIGNIFICACIÓN

El trabajo de apoyo psicosocial no debe consistir sólo en la provisión de elementos que satisfagan las NECESIDADES BÁSICAS, sino que es esencial también considerar el modo en que esto se hace. No sólo es importante recibir, por poner un ejemplo, 1.500 calorías de alimentos al día, sino que también es importante cómo se reciben, es decir, si la persona es un número en una cadena de ayuda, tratada con respeto, puede ayudar, opinar o actuar, en qué lugar se le provee (intimidad, seguridad...), qué capacidad de decisión tiene sobre aspectos que le afectan, cómo se respetan sus derechos como afectado, etc. Que las circunstancias adversas no conlleven para la persona perder la condición de ser humano —que es, al fin y al cabo, lo que hay detrás de los elementos de dignificación—. Sacrificar los elementos de dignidad en nombre de una supuesta mayor eficiencia es un error grave tanto a corto como a largo término.

Una intervención que no sea meramente burocrática o de tipo asistencialista y que fomente los procesos de organización frente a los hechos, que estimule los elementos de responsabilidad, autogestión y toma informada de decisiones, consolidará la idea de que es posible que haya hechos que no podemos prever o controlar, pero que incluso así es posible mantener la capacidad de control sobre lo que uno hace en su propia vida. Y esto estimula y activa los mecanismos de resistencia y disminuye los estados de rumiación y pasividad que llevan a la cronificación de las reacciones postraumáticas y al daño. Existen numerosos ejemplos que documentan este tipo de experiencias (3).

5. LA ADAPTACIÓN AL CONTEXTO CULTURAL

La población hace interpretaciones sobre los hechos traumáticos, les da un sentido y éste condiciona su compor-

tamiento y su modo de reconstruir su cotidianidad. En comunidades muy golpeadas, la aceptación puede ser un modo de resistencia. Las culturas tradicionales tienen muchas veces explicaciones que consideramos mágicas o fatalistas, pero que pueden, sin embargo, ser muy adaptativas porque hacen que la gente se centre más rápidamente en atender las tareas cotidianas. Se aceptan los hechos dentro de una historia en la que vida nunca fue mejor. Es importante respetar las lógicas y los modos de afrontamiento locales y no importar ideas preconcebidas respecto a lo que es el sufrimiento humano o el modo en que las catástrofes afectan a las familias y las comunidades. Así, por ejemplo, en culturas de fuerte raíz religiosa pueden interpretarse las catástrofes naturales como formas de castigo de Dios ante conductas desviadas de los hombres y llevar a patrones de afrontamiento activo *desde la religión*. O a una aceptación de la muerte como parte del ciclo de la vida y a una elaboración sana y normalizada del duelo que escapa a los parámetros habituales cristianos, acostumbrados a la externalización del dolor.

En resumen, lo psicosocial no es una dimensión aparte que se deba considerar en un programa como una actividad complementaria centrada en la salud mental. Es un concepto transversal que atraviesa todas y cada una de las decisiones que se toman tanto en un contexto de crisis, *así como en las acciones de acompañamiento posterior*. La respuesta a las necesidades básicas (como alimentación, abrigo, vivienda, escolarización, etc.) tiene efectos psicosociales en sí misma porque permite mejorar la percepción de seguridad y protección, y la progresiva reconstrucción del proyecto de vida. Y el *modo* en que se responda es también decisivo porque en toda respuesta a la violencia o las catástrofes habrá elementos y estilos de hacerlo más adaptados a las necesidades y a las maneras locales que faciliten el fortalecimiento de los supervivientes y la reconstrucción del tejido social dañado. Conseguir entender y potenciar estos elementos

individuales, familiares y comunitarios es la base de un enfoque psicosocial en el trabajo en contextos de violencia. Para pensar en términos de enfoque psicosocial, a modo de ejercicio, ante cualquier acción que se vaya a emprender, por puntual y banal que parezca, corresponde hacerse las siguientes preguntas:

CUADRO 6. CONCEPTOS CLAVE EN LA ACTUACIÓN PSICOSOCIAL: ALGUNAS PREGUNTAS.

- ¿Estamos trabajando solo con «víctimas»? ¿Pueden estas acciones ser estigmatizantes? ¿Existen alternativas que, respetando los derechos de las minorías o las necesidades de las poblaciones más vulnerables, favorezcan una mirada comunitaria?
- ¿La intervención está contextualizada en el tiempo, el espacio y la cultura?
- ¿Existe algún aspecto en cómo voy a hacer las cosas que pueda suponer una falta de dignidad para las personas en este contexto? ¿Cómo me sentiría si estuviera en el lugar de esta persona? ¿Hay alguna manera de evitarlo?
- ¿Estamos facilitando a las víctimas el máximo control posible sobre su entorno, sobre las cosas que les afectan y el modo en que estas van a realizarse?
- ¿Algún aspecto de mi actuación va a aumentar la sensación de vulnerabilidad y de indefensión de las personas?

PAUTAS PARA LA ACTUACIÓN PSICOSOCIAL

En los primeros momentos después de una crisis comunitaria el ámbito de la actuación psicosocial tiene casi siempre más que ver con recuperar el orden en el caos que con lograr formas de organización durante la crisis, aunque en determinados contextos esto es posible (por ejemplo, cadenas de desescombro, búsqueda de personas desaparecidas etc.). Si existían mapas de riesgos o planes de contingencia previos, se habrán activado. Pero si no es así, puede parecer difícil poder trabajar desde perspectivas que tengan en cuenta la dimensión comunitaria y la participación. No obstante, si hay decisiones clave que en ocasiones hay que tomar justo en medio de estos primeros momentos y que van a tener una importancia decisiva después (ver cuadro 7).

Algunas lecciones aprendidas nos aportan pautas generales para la intervención psicosocial:

1. La primera necesidad es, en cualquier contexto, la seguridad. Es necesario analizar los contextos y garantizar ésta como primera medida clave.
2. Proveer atención y apoyo a las necesidades básicas inmediatas.
3. No medicalizar las respuestas emocionales, si bien el uso puntual de medicación en crisis emocionales puede resultar de ayuda.
4. Las intervenciones deben pensarse desde la comunidad, con los servicios existentes y desde un enfoque global. A medida que estos no dan respuesta a necesidades específicas, ir subiendo el nivel de complejidad de la intervención.
5. Evitar en la medida de lo posible esquemas de trabajo solo con algunos grupos de víctimas o formas de ayuda que fomenten la división comunitaria.
6. Integrar el apoyo emocional dentro de las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades, de manera que forme parte del día a día del trabajo -centrado por lo general en las necesidades básicas de la población-, enfatizando el

retorno a la «normalidad» lo más pronto posible, los esquemas de escucha activa basada en el apoyo mutuo.

7. Tener un enfoque pro-activo, es decir, escuchar las demandas de la población en sus propios espacios informales y no esperar a que vengan, cuando se encuentren mal, a los servicios de salud. Participar en los espacios organizativos no necesariamente relacionados con aspectos de salud para detectar de manera precoz elementos que afectan al clima social colectivo y sobre los que poder intervenir. Contribuir a identificar y colaborar en resolver los problemas psicosociales que no aparecen en los dispositivos de salud (por ejemplo, menores no acompañados, conflictos entre familias, violencia dentro de la familia o abuso de alcohol o drogas).
8. Pensar cómo articular acciones en los espacios seguros para niños y en las escuelas, desde un enfoque no medicalizante (es decir, centrado en el «tamizado de casos»). Valorar actividades psico-educativas grupales en el ámbito escolar y trabajar los casos más complejos con los padres.
9. Promover espacios sociales de encuentro, de trabajo y de fortalecimiento de redes. Facilitar las condiciones para que aparezcan espacios organizativos.
10. Establecer equipos de intervención interdisciplinarios e integrados por personal de la propia comunidad o comunidades cercanas, de manera que, en la identificación de los problemas psicosociales y de las formas de afrontarlas, se tenga en cuenta la visión desde el propio entorno.
11. Entender las emergencias como oportunidades de cambio social y aprovechar las crisis para analizar y fortalecer los servicios públicos de salud y de salud mental en los lugares más afectados. Mantener una óptica que persiga, en la medida de lo posible, no debilitar ni sustituir a los servicios públicos de salud, sino – si no son parte de la propia estructura de violencia - apoyarlos y reforzarlos.
12. Entender y potenciar el rol de las comunidades afectadas como agentes de transformación democrática a partir de la crisis.

ASPECTOS DE LA ACTUACIÓN EN CRISIS HUMANITARIAS CON IMPLICACIONES PSICOSOCIALES

El cuadro 7 recoge ejemplos de plasmación práctica de las premisas y principios anteriormente citados. Entronca con la idea de que todo el quehacer de un equipo puede ser visto en una situación de emergencia o crisis desde la óptica de individualizar las intervenciones, cuidar la gestión de las relaciones de poder, fortalecer mecanismos de dignificación y actuar acorde con la cultura. La existencia de criterios técnicos para resolver determinados problemas logísticos o médicos, suele ser perfectamente compatible con este tipo de consideraciones, fundamentales desde el punto de vista de reconstrucción psicosocial individual y comunitaria.

La Guía del Sistema Inter-Agencias sobre salud mental y atención psicosocial en emergencias y catástrofes (4) es exactamente eso. Sistematiza las ideas anteriores en un instrumento de consenso de los principales organismos de Naciones Unidas implicados en la ayuda humanitaria (entre ellos OMS, UNICEF, ACNUR y OCHA) junto a los sistemas de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y varios consorcios de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) internacionales que describe cual debe ser el marco de intervención y las acciones a desarrollar para lograr crear entornos que permitan el bienestar psicológico y emocional y la aparición de respuestas resilientes en situaciones extremas³.

La idea de fondo es que las intervenciones de ámbito general son responsabilidad de cualquier persona que intervenga en la gestión de la catástrofe, pero en especial del personal de apoyo psicosocial.

³ Puede descargarse en múltiples idiomas y versiones de la página web de la Organización Mundial de la Salud.

ACCIONES DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO

Similares conceptos y pautas se aplican pasada la crisis y a medio y largo término.

En ocasiones las intervenciones abordan problemáticas específicas. En otras se trata de realizar un trabajo con el conjunto de la comunidad en su PROCESO DE GRUPO. Hablamos entonces de ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL como una intervención integral de apoyo a un grupo en situación de vulnerabilidad o crisis. El cuadro 8 representa las características principales del acompañamiento psicosocial.

La idea de acompañamiento remite a no interferir con los procesos del grupo, sino estar *junto a*, o *detrás de*, favoreciendo metodologías de acción participante (IAP).

Estos se pueden dar allí donde hay dificultades:

1. DE TIPO MATERIAL (falta de recursos básicos para la articulación, lugar de encuentro, logística, insumos...)
2. METODOLÓGICO—ORGANIZATIVO (acciones de investigación acción participada, talleres, sugerencia de metodologías participativas o de educación popular, acciones de facilitación...)
3. CLIMA COLECTIVO (trabajo en confianza mutua, emociones compartidas de miedo y seguridad, manejo de emociones y su repercusión somática, resolución de conflictos, búsqueda de estrategias grupales de análisis de la realidad o de resolución de problemas etc.).

CUADRO 7. EJEMPLOS DE SITUACIONES CON TRASCENDENCIA PSICOSOCIAL NO CONSIDERADAS USUALMENTE EN CONTEXTOS DE CRISIS HUMANITARIAS.

DECISIONES TÉCNICA- MENTE ADECUADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA CON ENFOQUE PSICOSOCIAL
• La disposición del albergue o del campo tiene una estructura de campamento con zonas de tiendas de campaña organizadas en bloques y calles, lo que facilita, el censo, la entrega de la ayuda, crear sistemas de drenaje de aguas, etc. La gente se ha situado según han ido llegando, con los días. Las zonas de servicios (salud, almacenes, oficinas...) se agrupan a la entrada. Hay controles de acceso electrónico y patrullas de vigilancia de la policía y el ejército. • Prioriza la vigilancia sobre el contacto entre las personas y la seguridad de los cooperantes sobre la accesibilidad de la población	• ¿Es posible combinarlo con una disposición por comunidades o barrios de procedencia? ¿Es posible que cada comunidad pueda personalizar su espacio? • ¿Es posible conjugar las necesidades de seguridad con espacios abiertos para niños, para actividades lúdicas o deportivas y zonas de charla e intercambio? • ¿Es posible descentralizar los servicios y acercarlos a la población? • Los elementos de vigilancia ¿están visibles en todo momento? ¿hay sensación de campo de concentración y se observan habitualmente uniformes o armas? ¿o la propia comunidad va consensuando los niveles de seguridad, las normas y sus límites?
• Las bodegas de suministros están en zonas seguras bajo control policial para evitar el riesgo de robos. • PERO pueden aparecer con frecuencia rumores a partir de noticias de prensa, de donaciones, de reparto arbitrario, usurpación por autoridades o líderes, etc.	• ¿Es posible colocar las bodegas de suministros en un lugar en el que pueda haber una gestión transparente con los líderes y la comunidad a través de un registro de entrada y salida y unos criterios de reparto pactados?
• El reparto de donaciones se realiza según una lista de personas necesitadas, cuya situación es analizada por los y las trabajadores sociales de las organizaciones a quienes se derivan los casos vulnerables. • Se realiza distribución a partir de los camiones que llegan porque la gente se agolpa. Se pueden formar con frecuencia largas colas, situaciones de disputas y agresividad entre damnificados, que resulten humillantes y hagan que personas necesitadas renuncien a conseguir ropa, útiles de aseo u otras ayudas.	• ¿Pueden consensuarse criterios de distribución? • ¿Es posible evitar los sistemas de distribución en masa y prever canales comunitarios de distribución organizada?

• La centralización de la cocina en un punto (cocina central) para minimizar el riesgo de accidentes e incendios. • PERO las personas en ocasiones les toca esperar pasivamente en fila a la hora en que «se les da» la comida y se forman colas con recipientes, lo que resulta humillante para la persona y en ocasiones agotador si, por ejemplo, las condiciones climáticas son duras.	• Dado que las actividades de cocina son un elemento básico de la vida del grupo familiar y para no cerrar este espacio de intercambio y decisión sobre la cotidianidad, ¿es posible prever pequeñas cocinas colectivas con responsabilidades compartidas con la cocina central? ¿Se podría evitar los esquemas de «rancho» de comida, que si bien cumplen los requerimientos calóricos establecidos por las autoridades sanitarias pueden resultar desmoralizantes o vejatorios? ¿Es posible suplir esto, con un costo bajo, con la ayuda y la imaginación de los refugiados?
• EL establecimiento de puntos de agua con burbujas, tanques, etc. con acceso libre. • PERO se dan problemas como el desperdicio que puede hacer que haya corte de suministro y restricciones, e incluso conflictos comunitarios.	• ¿Es posible establecer cuotas de agua por comunidades y que cada una tenga sus propios sistemas de control y regulación del consumo de agua y formas de sanción cuando no se respeten?
• Los técnicos en agua y saneamiento eligen los lugares mejores para el establecimiento de puntos de saneamiento como letrinas, lavaderos, etc. para optimizar que mejoren la higiene del albergue y evitar los puntos de contaminación séptica no controlados. • PERO, con frecuencia, se deterioran rápidamente y, si no hay una supervisión especial, se pueden dar casos de agresiones sexuales.	• En ocasiones las duchas no se consideran elementos prioritarios y se ven como un gasto suprimible de agua, mientras que son, en comparación para muchas víctimas, elementos muy importantes de dignificación personal. • ¿Es posible que las mujeres intervengan a la hora de decidir el lugar y la forma de organizar los puntos de saneamiento que las afectan? ¿Puede buscarse un equilibrio entre higiene, olores y seguridad?
• La contratación de empresas de remoción de escombros y a constructoras, en ocasiones internacionales, para que levanten alojamientos precarios. • PERO muchas veces hay damnificados que son albañiles, carpinteros o fontaneros, que no tienen trabajo ni ingresos económicos, y quedan excluidos de esas tareas.	• ¿Es posible considerar dentro de los contratos firmados con las empresas de reconstrucción que se contrate en primer lugar a personal local y sólo a personal externo cuando éste no exista o no tenga la calificación requerida? • ¿Es posible fomentar las formas de autoempleo de los damnificados en las actividades de ocio y de educación, aunque sea con salarios por debajo de los considerados para esta actividad fuera de la crisis?

CUADRO 8. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL.

	INTERVENCIONES ESPECÍFICAS	ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL
ENFOQUE	Enfoque centrado en la resolución de problemas específicos	Enfoque centrado en el fortalecimiento del grupo: parte de un diagnóstico participativo, fomenta la búsqueda conjunta de soluciones y los planes de acción comunitarios.
OBJETIVO	Resultados obtenidos al intentar resolver la situación	El proceso en sí mismo entendido como espacio de fortalecimiento y articulación. No lograr el objetivo puede sin embargo haber valido la pena por el proceso en sí.
COMPONENTE DE SALUD MENTAL	Mayor componente terapéutico	Aunque puede haber un cierto componente terapéutico (p.e. duelo colectivo, fragmentación y divisiones comunitarias), se hace más énfasis en aspectos positivos y de fortalecimiento y resistencia colectiva.
ACTITUD DEL TRABAJADOR PSICOSOCIAL	Apoyo activo	Ceder la iniciativa al grupo. Proponer estrategias o facilitar espacios, pero siempre un paso por detrás del grupo.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS AL DESARROLLAR TRABAJO COMUNITARIO

1. **EVALUAR LA OPORTUNIDAD DEL TRABAJO** y de la demanda formulada, ya que es necesario ver los riesgos que estamos asumiendo, el impacto que va a tener nuestra acción y su continuidad.
2. **IDENTIFICAR LÍDERES:** pueden ser parte clave del proceso pero pueden tener sus propios intereses políticos o un punto de vista parcial en su visión de la situación.

3. CONOCIMIENTO DEL CONTEXTO Y DE LA COMUNIDAD, de cuáles son las normas y los grupos de referencia, y si estos se conocen entre sí, mantienen o no contacto, relaciones de apoyo, colaboración o antagonismo y las oportunidades de fomentar sinergias y alianzas o de minimizar el impacto de los conflictos y las barreras.
4. Desarrollar ESTRATEGIAS DE RED basadas en las redes naturales. Fortalecer los mecanismos de afrontamiento de las comunidades a través de reconocer y reforzar a los potenciales agentes multiplicadores, realizar actividades de formación, coordinación y fortalecimiento de grupo. Atención al riesgo de sobrecargar a personas.
5. Mantener el ACOMPAÑAMIENTO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: aprender a hacer uso flexible de los programas y revisarlos conjuntamente de modo periódico, porque las prioridades percibidas y el contexto pueden ser cambiantes, así como las formas que tiene la gente de enfrentar un hecho crítico a partir de los aprendizajes que se van dando.
6. Relación estrecha con SISTEMAS LOCALES DE SALUD, de manera que la intervención externa no sustituya o debilite la red local ya existente.
7. Estimular los FACTORES POSITIVOS: visibilizar y potenciar las formas de apoyo social, factores culturales, lúdicos o religiosos indicadores de bienestar en la gente.
8. Ayudar a identificar SITUACIONES DE RIESGO y las personas en situación de mayor vulnerabilidad o que requieren más atención.
9. Ayudar a buscar de manera proactiva a aquellas personas que por su nivel de afectación y emocional y el tiempo transcurrido, cabe pensar que pueden requerir una intervención de Asesoramiento (nivel 2) o psicoterapéutica (nivel 3).

Existen numerosas metodologías de acompañamiento e intervención comunitaria. La ficha 1.2 desarrolla de modo extenso los Talleres como espacios de trabajo psicosocial. Aborda los recursos resilientes del grupo, ofrece modelos de talleres comunitarios y temáticas prioritarias susceptibles de ser abordadas en ellos así como algunos elementos referidos a la facilitación y a las herramientas y dinámicas.

APOYO EMOCIONAL: INTERVENCIONES DE CARÁCTER ESPECÍFICO QUE INTEGRAN LO INDIVIDUAL Y LO COMUNITARIO.

¿Cómo se integra la mirada psicosocial en el proceso de acompañamiento emocional?. Para la mayoría de personas con las que trabajamos se tratará de una intervención mínima, que podemos imaginar cómo abrir una primera ventana para que entre luz en un contexto vivido como confuso y hasta cierto punto caótico.

Es una intervención que permita a la persona reordenar su experiencia y que puede considerar cuatro esquinas:

1. **ATENDER A LA DEMANDA / ASPECTOS PRÁCTICOS.** Ya hemos dicho que la elaboración los hechos extremos depende en buena medida de la creación de entornos resilientes. Es difícil poder enfrentar experiencias extremas cuando se carece de lo más básico, o cuando hay problemas de seguridad o de información. Una mirada psicosocial conlleva atender a los aspectos prácticos que nos plantee una familia o una persona que les permita reconstruir cuanto antes su proyecto de vida. Consiste en entender que la principal fuente de ansiedad es la incertidumbre.
2. **ESCUCHAR** lo que él otro quiera contar, validar el relato (lo que se cuenta merece ser contado y que alguien escuche con toda la atención), normalizar las reacciones (no verlas como signos de enfermedad, sino como intentos de la mente por re-encontrar un equilibrio) y ordenar (facilitar que el otro pueda estructurar y clarificar su realidad). Esto entra dentro de un primer nivel de lo que definiremos más adelante como actividades básicas de asesoría o Asesoramiento (NIVEL 2) (fichas 2.1 y 2.2).
3. **Activar las REDES SOCIALES de apoyo:** amigos, familia, comunidad. Explorar si se están constituyendo como elementos positivos de refuerzo y como fuentes de seguridad y estabilidad y como espacios de escucha y asimilación de la experiencia o como elementos de re-dramatización o daño. Ver cuáles son los elementos de las redes naturales en los que es posible encontrar

mayor apoyo y reforzarlos y activar o reconducir, si es posible, aquellos que no lo están siendo.

4. Estimular y favorecer NUEVAS REDES. Se trata de poner a la persona en contacto con formas organizativas y de apoyo mutuo existente o creada alrededor de la experiencia extrema. Grupos de personas instituidas, asociaciones de afectados, grupos informales que están impulsando iniciativas u organizaciones que prestan ayudas de diverso tipo.

TRABAJO EMOCIONAL A TRAVÉS DE LOS PROCESOS COLECTIVOS.

Desde una perspectiva psicosocial trabajar con el impacto emocional de los hechos de violencia es también trabajar con los procesos sociales que los generaron y los impactos comunitarios, entendiendo que hay una retroalimentación mutua, desde una perspectiva sistémica, entre lo individual, lo grupal, lo familiar, lo comunitario y lo social. Hay aspectos éticos y políticos del trabajo de apoyo emocional y de psicoterapia que no pueden ignorarse.

Por eso una forma importante del trabajo emocional es el que tiene que ver con los procesos comunitarios de memoria y de búsqueda de justicia o reparación (desarrollado de modo más extenso en la Ficha 1.3), muy conectados con lo que sería una estrategia psico-jurídica de apoyo a víctimas (Ficha 4.1).

En este trabajo de apoyo a víctimas el trabajo con grupos de afectados y en especial con organizaciones de víctimas es uno de los pilares del acompañamiento. Ayudar a los procesos de fortalecimiento institucional y grupal, a empoderar a los grupos y las personas para ayudarles a ser actores de cambio (Ficha 1.4).



CAPITULO 4. INTERVENCIONES DE PRIMER NIVEL: APOYO Y ESCUCHA EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA BÁSICA.

Llamamos intervenciones de primer nivel a las que se realizan para brindar apoyo emocional a otras personas.

PRIMER APOYO PSICOLÓGICO

La intervención básica es lo que se conoce como Primera Ayuda Psicológica (Ficha 1.5) y está centrada en la capacidad de soportar de manera adecuada una escucha dolorosa permitiendo al otro una contención emocional. La Primera Ayuda Psicológica (P.A.P.) consiste en aprender las habilidades básicas para escuchar y apoyar a alguien que está en una situación crítica sin interferir en su proceso. Se trata de una forma de apoyo básica que se recomienda que sea parte del conocimiento accesible a la mayoría de la población, del mismo modo en que deberían serlo las maniobras básicas de primeros auxilios médicos. En especial los y las personas de la comunidad que desempeñan roles de ayuda se espera que tengan entrenamiento y habilidades avanzadas en este primer nivel.

Constituye una habilidad difícil de entrenar porque en la mayoría de contextos las personas que brindan apoyo sienten la necesidad de «aconsejar». Es difícil mantener una actitud respetuosa de escucha, aceptar y tolerar los silencios que en ocasiones pueden ser muy prolongados sin ceder a la tentación de estimular una narración detallada -que quizás va contra lo que

la persona desea o siente que necesita en ese momento-, de dar consejos más o menos obvios –que la propia persona seguramente ya sabe y le hacen sentir incomprendida- o de indagar en detalles emocionales que pueden abrir espacios que no se está seguro de tener recursos para poder contener.. *En la P.A.P. lo relevante es atender a las necesidades prácticas de la crisis mostrando a través de la actitud de atención plena y pequeños gestos corporales que se dispone de capacidad de reconocer y acoger el sufrimiento del otro sin hurgar ni interferir con él.*

Es más sencillo, para quien brinda apoyo, embarcarse en querer hacer en esos momentos una «mini-terapia» probablemente por la propia dificultad para tolerar la tensión de una escucha actitudinal y respetuosa del silencio, para dar tiempo al otro a hacer su propio proceso, o porque llenar de preguntas o de comentarios más o menos irrelevantes es un modo de controlar la conversación y de evitar oír cosas que quien ayuda no está seguro de ser capaz de oír. Entrenar el respeto al proceso del otro y a manejar adecuadamente las pausas, la atención no invasiva y los silencios es la más difícil y a la vez la más necesaria de las habilidades de cualquier persona en general de la comunidad y en especial de un trabajador psicosocial y comunitario.

Dicho de otra manera: a veces escuchar en estas situaciones es difícil. Lo es por dos motivos. Por un lado, como decíamos, por las emociones dolorosas que nos despierta la empatía ante el dolor patente de un semejante que se dirige a nosotros. Pero también porque las estrategias conversacionales a poner en juego son distintas de la conversación social normal. Se trata de estar disponible *para escuchar*. No de saber qué hay que decir – es muy frecuente que no haya nada que decir– sino de estar dispuesto a *escuchar* y acoger si el otro lo requiere.

Estar dispuesto a escuchar no significa en absoluto forzar a contar cosas de las que el superviviente puede preferir no hablar. Desarrollar una conversación así supone por tanto – a veces sobre todo - tener una idea de cuando callar y cuándo ayudar al otro a parar («*Quizás no es el momento ahora. No tiene por qué contarme ahora qué fue lo que pasó si no lo desea...*»).

Consiste en poner el foco sobre todo en aspectos prácticos y en lograr que la persona reconecte con la realidad y recupere en la medida de lo posible la capacidad de pensar y actuar por sí mismo. La habilidad para realizar este tipo de apoyo puede entrenarse en algunas horas (Ficha 1.5)

Las intervenciones de PAP conllevan poco riesgo de hacer daño y es bueno ensayarlas incluso en personas con poca experiencia, pero que conocen los fundamentos.

ESCUCHA EMPÁTICA O ESCUCHA ACTIVA

Las personas que tienen experiencia en prestar P.A.P. o en haber estado en tareas de apoyo pueden realizar, con formación adicional específica, intervenciones de Escucha Activa: intervenciones de mayor complejidad en que, además de escuchar y apoyar, persigan facilitar que la persona pueda poner palabras a lo sucedido si lo requiere, y a que reflexione y active sus propios recursos psicológicos. La Escucha Activa o Escucha Empática representa un nivel más avanzado de intervención de primer nivel (Ficha 1.6).

En esta intervención se va más allá y se estimula la narración de la persona y sobretodo la expresión de emociones. Esto se hace a través de un diálogo centrado en el aquí y el ahora del problema y en las habilidades y acciones necesarios para controlar las emociones desbordantes. Combina las habilidades del P.A.P. (y en especial el manejo del cuerpo y la mirada y el manejo de los silencios y el respeto a los tiempos del otro) con habilidades para favorecer la expresión acompañándola a las necesidades de la víctima, es decir, estimulándola si y sólo si el otro expresa claramente la necesidad o el deseo de querer conversar.

Las habilidades de Escucha Activa requieren habilidades de entrevista que no están al alcance de la población general y que deben reservarse para terapeutas y para otros profesionales del equipo que han sido entrenados por estos. El entrena-

miento es más complejo que en caso del P.A.P puede requerir varias sesiones de trabajo y son intervenciones que pueden requerir supervisión posterior.

Se espera que los promotores comunitarios y los trabajadores psicosociales puedan realizar tanto PAP como Escucha Activa . Las intervenciones de Escucha Activa conllevan un mayor nivel de responsabilidad y de riesgo de hacer daño si se realizan de modo invasivo o inadecuado.

Para cualquier trabajador comunitario o persona que está o va a estar en contacto con víctimas (por ejemplo, personas que brindan apoyo en tareas logísticas o administrativas), la formación para llevar a cabo estas intervenciones tiene sentido por varios motivos. Uno de ellos es que al acercarnos a los supervivientes de una experiencia extrema, nosotros mismos experimentamos emociones intensas que pueden convertirse en guía automática involuntaria de nuestro modo de actuar y llevarnos a actuaciones que den resultados opuestos a los que en realidad buscamos. Por ejemplo, uno de los sentimientos más frecuentes que podemos experimentar es el de impotencia ante el sufrimiento del otro. Nos sentimos impelidos a hacer algo para mitigar el dolor, pero no podemos hacer nada para lograr que lo que ha sucedido no haya sucedido. En ocasiones nos vemos tentados a sacudirnos esta sensación de impotencia adoptando una actitud distante y asumiendo que el cuidado emocional compete a personal especializado y nos alejamos. En otras, y en el extremo opuesto, reaccionamos haciendo cualquier cosa para compensar este sentimiento de impotencia: sobreprotegiendo, dando falsas esperanzas, dando consejos que no tienen base alguna o promoviendo iniciativas que no se enfocan en lo que la persona necesita. Estas cosas pueden ayudarnos a nosotros a aliviar nuestra sensación de rabia, tristeza o impotencia, pero quizás no serán de ayuda para los supervivientes.

Por el contrario, con una formación básica y con entrenamiento puede ayudarse enormemente a las personas en momentos críticos desde cualquiera que sea nuestro rol dentro del conjunto de profesionales intervinientes.

CAPITULO 5. INTERVENCIONES DE SEGUNDO NIVEL: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FOCAL DE APOYO Y ASESORAMIENTO

Las intervenciones de segundo nivel son acciones de apoyo estructuradas, más complejas, realizadas por:

- a. Psicoterapeutas que optan por realizar intervenciones breves centradas en problemas.
- b. Profesionales de ayuda que no son especialistas en salud mental y que desarrollan su labor a través de una relación interpersonal con personas en situaciones de crisis, pérdidas o situaciones de violencia o trauma. Es el caso de médicos generales, enfermeros u otros profesionales de la salud, trabajadores sociales, educadores o abogados. Todos ellos en el día a día de su trabajo pueden enfrentar situaciones en que deben ayudar a las personas o a los grupos a decidir sobre aspectos relevantes de sus vidas.
- c. Personas de la propia comunidad que son socialmente reconocidas como figuras de autoridad (maestros, personas mayores, líderes vecinales, autoridades religiosas...) y a los que se acude buscando escucha o consejo en momentos de crisis.

El objetivo de este tipo de intervención es, desde el campo en que cada cual trabaja, facilitar que la persona pueda enfrentar la experiencia y, en la medida de lo posible, ayudar a que se activen los recursos resilientes de la persona. O, por lo menos, no entorpecer estos procesos de procesamiento al intentar ayudar desde otros campos de acción.

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIÓN.

Denominamos APOYO FOCAL o ASESORAMIENTO POR PROBLEMAS (referido en determinados espacios, no en este, como *aconsejamiento* o *consejería*) como la aplicación del conjunto de habilidades de escucha y apoyo destinadas a la recuperación del control y la toma de decisiones por parte del consultante.

Decimos que se trata de INTERVENCIONES FOCALES porque se trata de intervenciones centradas en aspectos concretos del aquí y el ahora. No se pretende buscar pautas problema centradas en la identidad, la historia biográfica o en los patrones de relación interpersonal, sino abordar de modo puntual determinados problemas focales que tienen que ver con el estado emocional de la persona. En consecuencia, no se entra, por lo general, a discutir elementos más profundos o intra-psíquicos. Esto se hace solo de modo puntual en tanto en cuanto tiene que ver con el problema que se aborda, porque en realidad este tipo de trabajo corresponde a intervenciones más complejas y especializadas de tercer nivel que requieren de un elevado nivel de formación.

Se ha utilizado con frecuencia, como decimos, el término *aconsejamiento* o *consejería* para referirse a este tipo de intervenciones. Se trata de términos que no existen en castellano y que además pueden prestarse a errores dado que corresponden a formas de traducción literal del término anglosajón *counselling* sugiriendo que se en este tipo de intervenciones se trata de «aconsejar» a las personas. Las entrevistas de apoyo y asesoramiento individual buscan facilitar los procesos a través del espacio de diálogo terapéutico, pero no se basan en *aconsejar* al consultante lo que debe hacer.

En este tipo de intervención se pretende la utilización de la relación con el superviviente para crear un clima de seguridad y confianza a través de una entrevista o conversación que le permita discutir conflictos o dilemas que generan inseguridad o respuestas de ansiedad y eventualmente establecer planes de acción.

Se diferencia de las intervenciones de primer nivel (PAP y Escucha Activa en la intervención comunitaria) en que:

- Lo realizan terapeutas o personal con formación específica en apoyo y asesoramiento.
- El PAP y la EA se limitan a proporcionar al superviviente alguien que le escuche y le ayude a protegerse y a vincularse a sus redes naturales y el Asesoramiento pretende proporcionar instrumentos y facilitar el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones sacando el máximo partido de los propios recursos del consultante.

El *asesoramiento* o *consejería* se diferencia a su vez del consejo (que en inglés se corresponde con el término *advice*). El consejo profesional (médico o proporcionado por otro profesional de ayuda) se limita a señalar al paciente cual es la opción, entre varias posibles, que según sus conocimientos técnicos le parece más adecuada para su salud, dejándole a él la opción de seguirla o no. Un ejemplo de consejo médico sería: «Según los resultados de sus análisis me parece que lo más conveniente para usted sería que dejara de fumar por completo».

Aquí el profesional propone al sujeto una actuación que parece recomendable en base a una información y unos conocimientos de los que él, como experto, dispone y de los que, hasta entonces, el consultante carece.

Existe una forma breve de psicoterapia de tercer nivel, que son lo que se ha dado en llamar intervenciones de psicoterapia de sesión única (ver ficha 5.3), cuyo objetivo y estructura requiere de una larga experiencia como terapeuta y cuyo propósito excede al de las acciones de *consejería*.

HABILIDADES DE ENTREVISTA NECESARIAS PARA REALIZAR CONSEJERÍA

Para poder realizar este tipo de intervenciones el Consejero o Terapeuta requiere de habilidades específicas. En la primera parte del NIVEL 3 (Intervenciones de psicoterapia) se muestra un esquema del conjunto de habilidades de entrevista de un terapeuta. En este nivel no se requieren todas ellas, pero si se requiere de un conjunto de habilidades básicas de entrevista que se suponen en un psicoterapeuta y que deben ser entrenadas en el profesional de ayuda (*counselor* o consejero en la terminología anglosajona).

Se describen con detalle en la Ficha 2.1. Se trata de habilidades que debe poseer cualquier persona del equipo que asuma intervenciones focales a este nivel. Se trata de intervenciones que requieren de supervisión sistemática.

INTERVENCIONES FOCALES. ASESORAMIENTO POR PROBLEMAS.

Se trata de un modelo de intervención focal o Consejería entendida como intervención breve en la que se provee apoyo estructurado centrado en algún área problemática definida en la entrevista inicial.

Aunque las problemáticas pueden ser múltiples, se han definido seis categorías de problemas (ficha 2.2):

1. Asesorar o apoyar a una persona sobre una situación o problema práctico.
2. Falta de habilidades percibida y reforzar sentimientos de eficacia.
3. Síntomas, dolencias y conductas problemáticas relacionados a experiencias traumáticas.
4. Asesorar o apoyar en manejar emociones desbordantes de miedo o rabia.

5. Asesorar o apoyar a una persona que sufre de sentimientos abrumadores de pérdida.
6. Conflictos psicológicos internos.

Esto permite marcar objetivos realistas para una intervención de asesoría (que usualmente se circunscribe a unas pocas sesiones de trabajo) y evaluar los resultados obtenidos para decidir si se requiere de intervenciones de mayor complejidad.

ASESORAMIENTO POR FUENTES DE AUTORIDAD Y TRABAJO CON SANADORES TRADICIONALES.

Tanto el Apoyo Psicológico (PAP) como la Escucha Empática (EA) se presentan como herramientas de aplicación universal y transculturalmente válidas. La verdad es que su origen es puramente consensual y se carece de estudios sobre su eficacia, especialmente por cuanto es difícil metodológicamente poder controlar todas las variables que influyen en la resolución de una crisis. Se trata de instrumentos que parten de una estructura occidental de trabajo de apoyo que basa su fuerza en la neutralidad del oyente, la ausencia de juicio y el uso de habilidades que permiten al otro ser el protagonista de su propio proceso.

Este tipo de estructura puede entrar en contradicción con el modo habitual de proceder de personas que proveen apoyo psicológico en otros marcos culturales, o de, en el propio marco occidental, el rol socialmente asignado a determinadas figuras de autoridad. Por ejemplo, en entornos religiosos una persona que acude a un sacerdote, a una monja o a un imán puede no buscar que le escuchen, sino que le guíen o cuando busca a un líder moral de la comunidad busca saber qué haría él en su situación. Los modelos de sanación tradicional se basan en decir al otro lo que debe hacer desde la sabiduría del sanador. O cuando una persona acude a un anciano de su zona a pedir consejo lo que está solicitando es exactamente eso: consejo.

CUADRO 9. INTERVENCIONES SUGERIDAS POR NIVELES. QUIEN PUEDE DESARROLLAR LA INTERVENCIÓN, OBJETIVOS Y ACCIONES CLAVE.

NIVEL 1.- PRIMER APOYO Y ESCUCHA EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA BÁSICA					
INTERVEN- CIONES SUGERIDAS	QUIEN PUEDE DESARROLLAR LA INTERVENCIÓN	HABILIDA- DES RE- QUERIDAS	A QUIEN VA DIRIGIDA	OBJETIVO DE LA INTER- VENCIÓN	ACCIONES CLAVE
• Primer apoyo psico- lógico (ficha 1.1)	• Cualquier persona, in- dependien- temente de su profesión o rol	• Escucha y moviliza- ción	• Personas angus- tiadas afectadas recientemente por un aconte- cimiento críti- co grave.	• Disminuir los niveles de angustia	• Evaluar las necesidades y preocupaciones • Ayudar a las personas a atender sus necesida- des básicas (comida. Agua, información...) • Escuchar a las personas, pero no pre- sionarlas para que hablen • Reconfortar a las personas y ayudarlas a sentir algo más de calma • Ayudar a las personas para acceder a in- formación, servicios y apoyos sociales • Proteger a las personas de ulteriores peligros.
• Esc u - cha ac- tiva • (Ficha 1.2)	• Trabajadores psicosociales y comuni- tarios con formación adecuada y supervisión al inicio	• Estim u- lar la re- flexión a través de una con- versación terapéu- tica	• Personas que requieren re- flexionar y pro- fundizar sobre situaciones o experiencias para poder des- bloquear pro- cesos, resolver conflictos o to- mar decisiones.	• Disminuir los niveles de angustia • Estimular la reflexión a través de una con- versación	• Además de los de las intervenciones de pap: • Facilitar la expresión de las emociones • Construir una narrativa que pueda contar a otros o a si mismo sobre lo sucedido. • Ayudar a aclarar y ordenar y animar a pequeños cambios si procede • Acompañar con una actitud proactiva a futuro

Nivel 2.-Intervención psicológica focal de apoyo y asesoramiento					
INTERVEN- CIONES SUGERIDAS	QUIEN PUEDE DESARROLLAR LA INTERVENCIÓN.	HABILIDADES REQUERIDAS	A QUIEN VA DIRIGIDA	OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN	ACCIONES CLAVE
Intervención de apoyo y asesoramiento centrada en problemas	- Profesionales de ayuda con relación con los afectados (sanitarios, abogados, trabajadores sociales...) (ficha 2.2) - Figuras con autoridad reconocida en la comunidad afectada (ficha 2.3) - Personal especialmente entrenado para ello con supervisión (ficha 2.2)	- Contención emocional - E s c u c h a , devolución, clarificación, planificación. - Acompañar la toma de decisiones	- Personas afectadas por un acontecimiento crítico grave. - Personas que están teniendo problemas para afrontar los problemas que se presentan en las fases de estabilización	- Activar recursos psicológicos. - Buscar salidas a puntos críticos de bloqueo. - Mobilizar los recursos del superviviente para poder afrontar mejor la situación ansiógena	- Explorar y definir los problemas - Reflexionar sobre las posibles causas - Explorar alternativas de acción - Ayudar a restaurar el sentido de control sobre el medio - Ayudar a las personas a enfrentar dilemas, tomar decisiones o encontrar respuestas. - Ayudar a las personas a manejar sus reacciones emocionales.
	Profesionales de ayuda con relación con los afectados en colaboración con especialistas con experiencia contrastada	Intervención aceptable desde la cultura local	Personas que están teniendo problemas para afrontar los problemas que se presentan en las fases de estabilización.	Activar recursos culturalmente aceptados localmente	Utilización de métodos aceptados por la cultura local para resolver problemas

Nivel 2: intervenciones focales en circunstancias especiales (sigue)					
INTERVEN- CIONES SUGERIDAS	QUIEN PUEDE DESARROLLAR LA INTER- VENCIÓN	HABILIDA- DES RE- QUERIDAS	A QUIEN VA DIRIGIDA	OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN	ACCIONES CLAVE
• Comunicar malas noticias (ficha 2.5)	• Personal de ayuda que suministra información	• Informar minimizando el impacto negativo	• Personas afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave.	• Lograr que la persona reciba (a) la información que precisa, (b) en el modo que nos transmite que desea, o (c) en la cantidad que puede tolerar.	• Buscar un entorno y condiciones adecuados • Indagar lo que el paciente desea saber • Suministrar la información de manera adaptada • Planificar los siguientes pasos a dar • Comprobar que los mensajes clave han sido captados
• Actividades de psicoeducación (ficha 2.6)	• Personal de servicios socio-sanitarios en general	• Habilidades de comunicación. Herramientas participativas	• Población general	• Promover actitudes y conductas saludables	• Proveer información no centrada en síndromes • Reconocer y validar la experiencia de sufrimiento. Normalización de la experiencia. • Introducción de consejos positivos. Medidas de autocuidado, fortalecimiento de recursos resilientes y estrategias de regulación emocional, partiendo de la experiencia de cada persona y validando las herramientas propias más que introducir otras externas • Información sobre puntos de ayuda si fuera necesario.
• Acompañamiento psicojurídico (ficha 4.1)	• Profesionales vinculados al mundo jurídico y la salud mental.	• Escucha activa intervenciones focales	• Supervivientes y su entorno	• Realizar una intervención integral en los procesos jurídicos con víctimas	• Toma de testimonios. • Acompañamiento en procesos de búsqueda de justicia. • Programas de apoyo y protección a testigos. • Preparación de comparencia a juicios y audiencias. • Manejo de amenazas y miedo. Dilemas en momento críticos.

• Cuidado de equipos y autocuidado (Ficha 4.2)	• Personal de servicios socio-sanitarios en general con experiencia clínica	• Habilidades de comunicación. Herramientas participativas	• Organizaciones y personal de ayuda	• Prevenir el estrés de resolución de conflictos	• Reconocer y validar la experiencia de sufrimiento. Normalización de la experiencia. • Introducción de consejos positivos. Medidas de autocuidado, fortalecimiento de recursos resilientes y estrategias de regulación emocional, partiendo de la experiencia de cada persona • Gestión de factores de riesgo de desgaste
• Grupos de ventilación o debriefing. Grupos de palabra (Ficha 7.1, 7.2, 7.3)	• Personal de servicios socio-sanitarios en general con experiencia clínica	• Habilidades de comunicación. Herramientas participativas	• Afectados • Personal de ayuda	• Elaboración de narrativas. Prevención de consecuencias traumáticas. • Activar recursos psicológicos. • Movilizar los recursos grupales.	• Reconocer y validar la experiencia de sufrimiento. Normalización de la experiencia. • Introducción de consejos positivos. Medidas de autocuidado, fortalecimiento de recursos resilientes y estrategias de regulación emocional, partiendo de la experiencia de cada persona • Información sobre puntos de ayuda si fuera necesario.
Intervenciones con comunidades con difícil acceso					
• Intervención de apoyo telefónico en crisis (Ficha 5.1)	• Cualquier persona entrenada para este tipo de intervención	• Escucha, contención emocional e información	• Personas afectadas remotamente por un acontecimiento crítico grave.	• Controlar emociones • Focalizar problemas de manera positiva • Plan de acción	• Información sobre marco y límites de la intervención telefónica • Aclarar la demanda • Abrir espacio de escucha activa • Proveer información normalizadora • Evaluación de riesgos y medidas de seguridad • Informar sobre recursos. Ofrecer medidas adicionales de apoyo

Es necesario entender y apoyar que existen otras formas de proveer Asesoramiento y considerar los mejores puentes de trabajo y colaboración (ficha 2.3)

Un caso especial y de extraordinaria relevancia es el trabajo en zonas o con poblaciones que tienen sistemas propios de etno-medicina con sistemas de diagnóstico y/o terapéuticos acordes a la peculiar cosmovisión del grupo. En ocasiones también la medicina popular o tradicional, de fuerte implantación en zonas urbanas y rurales en las que existe un acceso irregular a la medicina alopática o en que existe una buena implantación de estos sistemas, hace recomendable formas de coordinación. Conviene entender la lógica desde la que operamos en todos los sistemas terapéuticos y de qué modo lo que todos hacemos (desde cualquier modelo médico o psicoterapéutico) son formas de curación simbólica. La sanción tradicional o las medicinas populares trabajan con diferentes estructuras simbólicas a las de la medicina occidental, lo que les provee de una singular eficacia en los contextos donde estos síntomas son relevantes. En el campo psicosocial y de la salud mental se trata de elementos, si cabe aun, de mayor relevancia. Es necesario tender puentes de mutua comprensión y colaboración (ficha 2.4).

COMUNICAR MALAS NOTICIAS

El modo correcto de COMUNICAR MALAS NOTICIAS (ficha 2.5) es una habilidad clave en contextos de crisis y que requiere de entrenamiento y reflexión. Cuando una noticia no se comunica del modo correcto, este momento puede quedar grabado en el futuro como un elemento traumático importante. Es una habilidad que compete no sólo a psicólogos o terapeutas sino a médicos, abogados, trabajadores sociales o líderes comunitarios en su día a día de trabajo.

PSICOEDUCACIÓN

Finalmente, las acciones de PSICOEDUCACIÓN, entendidas como las actividades de información y educación para la salud realizadas por profesionales en relación a experiencias adversas, son una actividad clásica de este segundo nivel, cercana al *consejo* a *advice* al que aludíamos antes.

Existen múltiples formas: programas radiofónicos, folletos educativos, paneles, talleres comunitarios.

Respecto a aquellos cuyo objetivo es difundir información entre la población afectada, en los últimos años se ha visto que no todas las intervenciones tienen resultados positivos. En ocasiones no sólo no resultan eficaces sino que pueden incluso tener resultados contraproducentes o iatrogénicos especialmente si se centran, en el campo psicosocial, en proveer datos para la auto-detección de síntomas y que la persona conozca la existencia de determinados «trastornos», pueda auto-diagnosticarse y eventualmente pedir ayuda. Los modelos eficaces, por el contrario, son aquellos basados en la normalización de síntomas, la recomendación de pautas saludables y el refuerzo de los recursos resilientes de las personas. (ficha 2.6)

Se han nombrado los talleres de tipo psico-educativo en el nivel 1, en el marco de los talleres comunitarios (ficha 1.2). Es importante remarcar que mientras en las intervenciones de ámbito comunitario con impacto sobre el estado emocional de las personas y los grupos se fomentan modelos de acción-participante en que el conocimiento surge del grupo y el propio *proceso* del taller es parte del trabajo de fortalecimiento, en las actividades de psico-educación hay una direccionalidad del conocimiento (del experto, que tiene unos objetivos de conocimiento, al asistente, al que se le quieren transmitir). En este sentido los talleres de psico-educación no deben considerar talleres de fortalecimiento comunitario. Son actividades dirigidas, que pueden incluir dinámicas de educación popular. Según el estilo, pueden constituir formas de dar control y capacidad de actuación a los afectados a través de la información, o formas de infantilización a través de modelos pre-fabricados de talleres brindados por «expertos».

El cuadro 10 da ideas para realizar procesos formativos:

CUADRO 10. INTERVENCIONES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL ¿A QUIÉN Y CÓMO FORMAR?			
¿EN QUÉ?	¿A QUIÉN?	¿QUÉ Y DES-DE DÓNDE?	¿CÓMO? FORMATO
PRIMER NIVEL			
Primer apoyo psicológico Habilidades de escucha activa	Personas con experiencia en entrevistas o en pap	• Role playing de situaciones. Por ejemplo : » Personas con bloqueos e imposibilidad de expresarse, desconectadas de la realidad » Personas con narración compulsiva que no encuentran alivio » Personas con situación de descontrol emocional o explosiones de ira o llanto » Personas incapaces de tomar decisiones en momentos críticos. • Habilidades de entrevista • Talleres de 12-20 horas de duración	
SEGUNDO NIVEL			
Asesoramiento: Habilidades de apoyo y asesoría.	Personas con formación previa en técnicas de primer nivel y con habilidades de apoyo en crisis	• Role playing de situaciones. • Habilidades de entrevista • Talleres de 12-20 horas de duración	
Intervenciones focales. Asesoramiento por problemas	Profesionales de ayuda con relación con los afectados (sanitarios, abogados, trabajadores sociales...) Figuras con autoridad reconocida en la comunidad afectada Personal especialmente entrenado para ello con supervisión	• Role playing de situaciones centradas en problemas seleccionados sobre experiencias concretas. • Habilidades de entrevista • Talleres de 30-40 horas de duración (puede ser un intensivo de dos semanas) • Supervisión posttaller de casos atendidos	

¿EN QUÉ?	¿A QUIÉN?	¿QUÉ Y DES- DE DÓNDE?	¿CÓMO? FORMATO
Trabajo con figuras de autoridad	Personas que son referentes morales	• Intercambio de experiencias a partir de casos prácticos y situaciones complejas • Aprendizaje y aconsejamiento mutuo. • Talleres participativos breves / reuniones periódicas de intercambio	
Cómo comunicar malas noticias	Personas en posición de tenerlo que hacer.	• Información teórica • discusión de escenas temidas y modo de trabajo desde la propia experiencia • Role playing de situaciones • Taller de 6-8 horas.	
Actividades de psico-educación	Personal de servicios socio-sanitarios en general, voluntarios	• Talleres de formación de formadores • Talleres de elaboración de materiales • Practica supervisada	
INTERVENCIÓN CON COMUNIDADES DE DIFÍCIL ACCESO			
Entrevista de apoyo telefónico	Voluntarios que adquieran un compromiso	• Diferencias entre la intervención presencial y por teléfono. Ventajas y limitaciones. • Role playing de situaciones no críticas (solicitud de información, deseo de compartir experiencias o sentimientos) • Role playing de situaciones críticas (ideación o amenazas suicidas, ideación psicótica, amenaza de seguridad para otros (armas..)) • Taller de 12-20 horas. • Seguimiento y formación continuada. Discusión de casos, preferiblemente a partir de intervenciones grabadas	
Tele-psiquiatría	Psicoterapeutas ⁽¹⁾	• Diferencias entre la intervención presencial y a distancia. Ventajas y limitaciones. • Role playing de situaciones frecuentes • Taller de 10-20 horas. • Supervisión	

¿EN QUÉ?	¿A QUIÉN?	¿QUÉ Y DES- DE DÓNDE?	¿CÓMO? FORMATO
Psicoterapia de único contacto	Psicoterapeutas experimentados	• Diferencias entre las intervenciones habituales y las de sesión única: indicaciones y contraindicaciones. • Taller de casos • Role playing de situaciones frecuentes • Taller de 20-30 horas. • Supervisión	
INTERVENCIONES DE TERCER NIVEL			
Psicoterapia (Fichas 3.1 A 3.15)			
Técnicas específicas (mentalización, EMDR, NET)	Psicoterapeutas	• Seminarios específicos • 1 Año de práctica supervisada por formadores acreditados	
INTERVENCIONES GRUPALES			
Trabajo de grupo – debriefing en intervinientes	Personas con mínimo 2 años experiencia en aspectos clínicos y de manejo de grupos	• Taller formativo (3-6 horas) • Colaboración como co-terapeutas en grupos de debriefing • Acompañamiento y supervisión de los procesos realizados (con supervisión o con intervención con pares)	
Grupos de palabra	Personas con mínimo 2 años experiencia en aspectos clínicos y de manejo de grupos	• Taller formativo (3-6 horas) • Colaboración como co-terapeutas en grupos de palabra o apoyo mutuo • Acompañamiento y supervisión de los procesos realizados (con supervisión o con intervención con pares)	

⁽¹⁾ Bajo el término psicoterapeutas se engloba al conjunto de profesionales legalmente habilitados para la práctica de la psicoterapia: médicos, psiquiatras, psicólogos y en algunos países trabajadores sociales y consejeros.

CAPÍTULO 6. INTERVENCIONES DE TERCER NIVEL: INTERVENCIÓN⁴ PSICOTERAPÉUTICA.

CONCEPTO DE PSICOTERAPIA.

LA PSICOTERAPIA COMO CONVERSACIÓN

La psicoterapia consiste en tipo especial de conversación entre dos (o más) actores que desempeñan roles diferenciados a los que llamaremos terapeuta(s) por un lado y consultante(s) o paciente(s) por otro.

Es una conversación que se desarrolla en unas condiciones particulares (no se hace en cualquier sitio y de cualquier forma) y de acuerdo con unas normas diferentes de las que rigen en otras conversaciones. Para que se lleve a cabo es preciso que exista un acuerdo sobre estas reglas y sobre los objetivos a lograr entre terapeuta(s) y paciente(s).

Esta conversación se basa en una forma especial de escucha activa por parte del terapeuta que ha de tener en cuenta las diferencias culturales de quienes participan y que la comunicación incluye tanto elementos verbales como no verbales.

⁴ Esta ficha resume los siguientes textos que deben ser consultados para mayor información: Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclee de Brouwer y Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas (Con ejercicios del profesor)*. Biblioteca de psicología (p. 367). Bilbao: Desclee de Brouwer. Los cuadros pertenecen a Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (En elaboración): Manual de terapia narrativa para la promoción de la capacidad metacognitiva y la cognición social en pacientes depresivos con riesgo suicida.

Se da en un espacio que ha sido construido precisamente por esa conversación. El espacio no necesariamente requiere del despacho, aunque eso ayuda. Se trata de un espacio para que se lleve a cabo un proceso de intervención estructurado, limitado en el tiempo y el espacio, con un encuadre. Un contexto de escucha, para que el consultante encuentre soluciones.

LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO

La psicoterapia puede entenderse como un proceso en donde se ha identificado una situación específica y se desarrolla de acuerdo con un plan, con unos objetivos, y unas estrategias que pueden guiar la aplicación de unas técnicas.

Se atiene unas reglas claras que definen los roles de «terapeuta(s)» y «consultante(s)», implica un desarrollo a través de una serie de fases que se caracterizan por perseguir unos objetivos y desarrollar unas tareas para lograrlo y un final.

El cuadro 11 esquematiza el contenido general de estas fases.

La psicoterapia implica el establecimiento de una relación especial que a la que aluden conceptos como el de *alianza de trabajo* y, a veces los de *transferencia* o *contratransferencia*. Tiene unos objetivos, metas a corto y mediano plazo y unos momentos de cierre, y se ajusta a unas consideraciones éticas y científicas. Para articular todo ello se vale de unas estrategias características.

LA PSICOTERAPIA COMO EXPERIENCIA

La psicoterapia es una conversación que da acceso a una experiencia que permite resignificar experiencias anteriores y abre la posibilidad de desplegar un abanico de posibilidades para afrontar nuevas situaciones a personas que, hasta entonces sólo podían afrontarlas de un modo exclusivo e insatisfactorio.

CUADRO II. EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO.

FASE	Objetivos	Tareas
FASE DE INDICACIÓN	• Determinar si es conveniente iniciar una intervención psicoterapéutica	• Evaluar la indicación • Evaluar la viabilidad • Evaluar las contraindicaciones • Evaluar las alternativas
FASE INICIAL	• Evaluación y formulación para la planificación del tratamiento. • Construcción de la alianza de trabajo. • Contrato.	• Exploración • Explicación o interpretación de prueba. • Definición de los roles de terapeuta y paciente.
FASE INTERMEDIA	• Construcción de la pauta problema. • Cambio.	• Interpretación de interacciones actuales, pasadas o de la relación terapéutica en términos de la pauta problema. • Ensayo de comportamientos alternativos y evaluación de sus consecuencias.
FASE DE TERMINACIÓN	• Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar. • Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente. • Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional. • Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.	• Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes. • Revisar los ejemplos de la vida diaria que demuestran la capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta. • Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente. • Abordar los aspectos de dependencia o beneficio secundario (bajas, rol de enfermo...) Vinculados a la terapia. • Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia. • Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento. • Definir condiciones de una nueva consulta.

LA PSICOTERAPIA COMO PRÁCTICA NARRATIVA

En este texto consideraremos que la psicoterapia, se practique en la forma en la que se practique, puede ser entendida como una práctica narrativa.

CONCEPTO DE NARRATIVA

La narrativa es un género literario que incluye el cuento, el relato, la novela, que tiene por objeto, más que informar de unos hechos, producir emociones en quien la escucha o la lee. La narrativa organiza los hechos en una trama que define unos personajes que interactúan y evoca un mundo.

IDENTIDAD Y NARRATIVA

Todos nos reconocemos en las historias que nos contamos sobre nosotros mismos, sobre el mundo y sobre los demás. Y lo que nos pasa, lo que nos ha pasado o lo que nos pueda pasar, cobra significado para nosotros en función de esas historias y de acuerdo con ellas organizamos nuestro sentir pensar, hacer y modo de relacionarnos.

EMOCIONES Y PSICOTERAPIA

Por la propia naturaleza de la narrativa tal y como la definíamos más arriba, la psicoterapia ha de trabajar necesariamente con las emociones.

Partimos de una concepción de las emociones como disposiciones del organismo que aseguran una reacción rápida – no mediada por la reflexión ni el análisis – a situaciones activadoras (5,6). En realidad, podría pensarse que el trabajo psicoterapéutico tiene por objeto conseguir que esas reaccio-

nes del organismo dejen de activarse automáticamente en determinados momentos y que se abra, por tanto la posibilidad de otra visión de la situación y de otro modo de actuar, de sentir y de pensar; como un modo de liberar al paciente del enclavamiento en la emoción que determina el significado y la construcción narrativa en la que se incluye el problema por el que consulta.

El efecto terapéutico se produce, por ejemplo, cuando un paciente, por ejemplo, deja de *ser* el pánico que actúa en su lugar y en vez de ello, toma conciencia de su miedo, mira en profundidad su significado, entiende que se siente asustado por algo, y puede evaluar la dimensión del peligro y elegir un plan de acción frente al mismo. En ese sentido todo el trabajo psicoterapéutico sería necesariamente trabajo con las emociones.

El trabajo con las emociones entre otras cosas, permite lograr una regulación de éstas y una elaboración de experiencias pasadas que sirven de guía a nuestras experiencias presentes y futuras.

CAMBIO NARRATIVO Y CAMBIO TERAPÉUTICO

En la conversación terapéutica estas historias pueden transformarse en otras en las que se han introducido nuevas perspectivas, con nuevos significados que nos permitan nuevas visiones de nosotros mismos, del mundo y de los demás y nos abran nuevas posibilidades de hacer, pensar y sentir frente a nosotros mismos, al mundo ya los demás.

Es a través de la reelaboración y la resignificación como una conversación puede ayudar a encontrar nuevos modos de resolver un problema un problema y como puede ayudar a recuperar el sentido y la continuidad de la vida.

Las nuevas historias han de ser capaces de explicar las anteriores y de sostenerse y servir para hacer frente a los problemas que plantee el medio en que hemos de desenvolvernos.

NARRATIVAS DEL SUFRIMIENTO, PSICOTERAPIA Y LIBERACIÓN

En la medida en la que permiten vislumbrar nuevas posibilidades que la narrativa anterior, saturada por el problema, impedía contemplar, las nuevas narrativas pueden considerarse liberadoras, porque incrementan nuestra capacidad de elegir.

Disminuir el sufrimiento no es necesariamente desmovilizador (Como parecen sugerir lemas como «*no llores por tu familiar, toma su bandera*») ni tiene por qué desembocar en una disminución de la motivación del consultante para luchar contra la injusticia. A veces son las condiciones las que son desmovilizantes en sí y la psicoterapia pone a las personas en condiciones de elegir.

Muchas veces es el problema a tratar el que tiene un efecto paralizante (por ejemplo, la rabia que se dirija hacia adentro y no al perpetrador, o cuando las emociones impiden el análisis, la planificación y la puesta en marcha de una acción eficaz). Es una falacia pensar que el sufrimiento nos hace más eficaces para luchar.

EL PACIENTE EN PSICOTERAPIA

El paciente o consultante es alguien que pide o necesita ayuda porque tiene algún problema de salud mental concreto. Idealmente la posibilidad de una intervención psicoterapéutica parte de un deseo del paciente, de alguien que, como sujeto sufriente, tiene una pregunta. Hay algo que él quiere saber. Tiene problemas de salud mental y en función de eso tiene demandas.

Hay personas que no ponen en relación ciertas cosas con otras y no piden apoyo. O no creen que necesiten apoyo o creen que éste no les sería útil o, a veces, que no se lo van a dar o que no lo merecen, etc.

El consultante busca la ayuda de un experto que es experto en ese tipo de conversación especial que es la psicoterapia.

Pero el consultante acude a ese encuentro también como un experto. En esa conversación el consultante es un experto en sí mismo, algo frente a lo que el terapeuta adopta una posición de «no saber».

EL TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA

El terapeuta es un profesional que ha recibido una formación suficiente para serlo y está convenientemente acreditado para hacerlo. Generalmente es un psiquiatra o psicólogo que, además ha adquirido conocimientos adicionales y ha entrenado durante años unas habilidades para lo que generalmente ha tenido que exponerse a distintas experiencias entre las que se puede contar la de haber sido sometido él mismo a psicoterapia y, siempre la de supervisar su trabajo con otros psicoterapeutas.

Algunas de las intervenciones de las que se habla en este manual como las que se dirigen a personas que tienen trastornos graves después de haber situaciones traumáticas o las intervenciones de una sola o un número muy reducido de sesiones, requieren formación adicional.

Como resultado de esta formación, el terapeuta tiene unas herramientas y se le supone un saber. Saber de escucha, reflexivo, consciente de sus prejuicios y capaz de ponerlos entre paréntesis en su actuación, con un entendimiento del contexto en donde suceden las cosas.

Es un profesional experto en escuchar, en preguntar y en observar y que tiene unas herramientas para desarrollar una conversación que pueda abrir muchas otras. Es experto en un tipo de conversación.

Por contraposición el terapeuta considera que el otro, el paciente, es un experto en sí mismo al que el terapeuta, a través de esa conversación especial en la que es experto, ayuda a ordenar lo que sabe de sí mismo para obtener un nuevo significado sobre lo que le pasa.

El terapeuta es experto en formular preguntas. Y esto puede hacerlo en mayor medida cuanto más consciente es de lo que no sabe sobre el paciente y la relación que establece con él.

Por eso decimos a menudo que la posición del terapeuta es una posición de *no saber* y que sólo desde allí y desde la curiosidad que le suscita lo que ignora, el terapeuta puede trabajar.

¿QUÉ NO ES PSICOTERAPIA?

La psicoterapia se diferencia de otras modalidades de ayuda psicosocial como el acompañamiento psicosocial, la primera ayuda psicológica o el apoyo (PAP) y la Escucha Activa o Em-pática (EA) a los que ya nos hemos referido.

Hay intervenciones que pueden tener efectos terapéuticos pero que no son psicoterapia: la asesoría, la consultoría, las evaluaciones y peritajes, los trabajos pedagógicos, el trabajo grupal, el acompañamiento psicojurídico y psicosocial, pueden tener efectos psicoterapéuticos y, a veces, pueden ser la puerta para la psicoterapia, pero no son psicoterapia.

No es un acto espontáneo, ni inconsciente. Se hace *sobre un acuerdo explícito*. Supone un acuerdo por el que vamos a dedicar un espacio y un tiempo a trabajar juntos sobre algo.

- No remite necesariamente a una enfermedad.
- No es una intervención lineal, omnipotente, vertical o unilateral, en la que una persona ofrece soluciones a otra, no tiene lugar obligatorio, no se da aislada de los contextos, no se limita de manera precisa.
- No es lo mismo que el *consejo*. El papel del terapeuta no es dar consejos.
 - » El terapeuta no es más listo que el consultante; es difícil que se le ocurran soluciones en las que éste no ha pensado ya.
 - » Lo que se le ocurra al terapeuta seguramente se lo han sugerido ya al consultante sus amigos y familiares. Si no ha seguido el consejo de éstos será porque no puede.

- » El consejo se basaría en las creencias, los valores y los juicios del terapeuta que no tienen por qué coincidir con los del consultante.
- » La psicoterapia comienza donde termina el consejo («Ya sé que no debería pensar en eso; el problema es que no puedo dejar de hacerlo»).
- » Una excepción: El consejo está indicado cuando el estado emocional en que se encuentra una persona la impulsa a hacer cosas que la ponen en peligro o que pueden tener consecuencias irreversibles («Sé que le duele volver a su casa después de vivir en ella esa experiencia horrible. Y entiendo que ahora sienta ese impulso de quemarla. Pero si sigue deseando hacerlo más adelante, siempre lo podrá hacer. Pero ahora parece que el dolor no le deja pensar en otras posibilidades y, si la quema ahora y luego se arrepiente, no tendrá remedio»).

¿CON QUIÉN TIENE SENTIDO HACER PSICOTERAPIA?

Podemos hacer psicoterapia con personas que tiene un problema y acuden a hablar. Personas que piden porque piensan que tiene un problema emocional y que están dispuestas a participar y a comprometerse en el proceso.

También con personas que sienten su calidad de vida deteriorada que les incapacita para poder resolver las situaciones que se les presenta. Incapacitadas para establecer relaciones con ellos mismos, con los demás y con el mundo.

Poder hacer psicoterapia implica que estas personas se consideran de algún modo implicadas en lo que le pasa, sea en la causa en el modo en el que se mantiene o en las consecuencias de lo que les pasa.

Puede haber límites impuestos por las características del terapeuta:

- Sus conocimientos y capacidades (que pueden no permitirle trabajar con determinadas categorías de consultantes – por ejem-

plo, muy graves o psicóticos – o con miembros de determinadas comunidades con culturas muy diversas).

- Sus valores y opciones éticas o políticas (por ejemplo tajar con victimarios, que puede considerarse por algunos éticamente inaceptable).
- Sus propias experiencias personales y su necesidad de preservarse (cuando teme que el compartir la experiencia del consultante puede revivir otras suyas).
- Su relación previa con el consultante (Que puede hacer preferible que sea otra persona la que se encargue de esta intervención).

Podríamos acordar que en principio la terapia se realiza con personas:

Que tienen problemas de salud mental.

- Que aunque no tenga una enfermedad o trastorno mental estén en riesgo de desarrollarlo.
- Que a causa de la situación no sabe cómo usar los recursos que tienen para afrontar los problemas que enfrentan.
- Muy frecuentemente atendemos personas normales, que se encuentran en situaciones anormales, que desbordan los recursos que normalmente tiene para desenvolverse sin problemas.

¿CON QUIÉN NO TIENE SENTIDO HACER PSICOTERAPIA?

El sufrimiento en sí no determina una indicación de psicoterapia. El sufrimiento es humano.

Cuando la psicoterapia no esté indicada hay que tener cuidado de no transmitir al consultante que no le entendemos o que nos parece que no sufre lo suficiente como para merecer nuestra ayuda, sino porque su sufrimiento no deriva de un problema de salud mental que puede ser resuelto con psicoterapia y hay que buscar la solución por otra vía. Esto puede suponer una buena cantidad de conversación y trabajo entre el consultante y la persona que recibe la demanda que se ha llamado «indicación de no tratamiento» (Ver ficha 3.0).

EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA

Aunque tiene muchísimos antecedentes, suele considerarse que la psicoterapia en su acepción moderna es una práctica que se configura a finales del siglo XIX. Sin embargo, la psicoterapia, como tantas otras prácticas de sanación, se practicó durante mucho tiempo sin que nadie aplicara estrategias estructuradas para demostrar que era eficaz o que lo era en mayor medida que otras intervenciones posibles. Este hecho fue señalado por Eysenck (7) a mediados del siglo XX. Desde entonces, se ha realizado una buena cantidad de investigación empírica con este propósito.

La eficacia de la psicoterapia se ha intentado comprobar aplicando la metodología del ensayo clínico que se ha convertido en el estándar para aceptar intervenciones en la llamada Medicina Basada en las Pruebas («prueba» es la traducción correcta del término inglés *evidence*). Hoy sabemos que la psicoterapia es más eficaz que la ausencia de tratamiento. Pero casi cualquier cosa es más eficaz que la ausencia de tratamiento. Sabemos también que es más eficaz que la lista de espera – sólo la esperanza de ir y ser atendido ya mejora muchos trastornos – , es más eficaz que el efecto placebo (el beneficio de cualquier intervención solo por el hecho de saber que se está recibiendo la misma), y al menos tan eficaz como otros tratamientos, como los farmacológicos. Y sabemos que la combinación de ambos – psicoterapia y tratamientos farmacológicos – es más eficaz que cualquiera de los dos por separado (8).

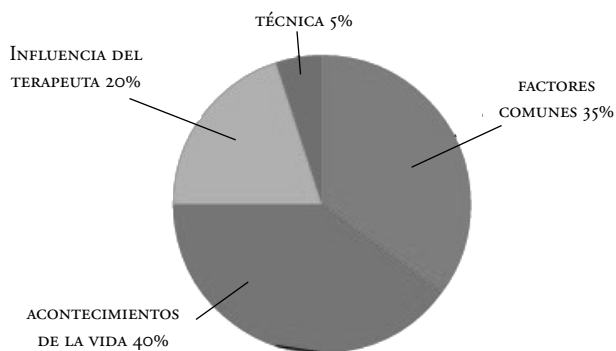
Hay muchas formas de practicar la psicoterapia. Están las de base psicoanalítica, la modificación de conducta, las sistémicas, las gestálticas... Muchas de ellas han demostrado su eficacia en los términos señalados en el párrafo anterior. Lo que no se logrado es demostrar que una de esas formas sea consistentemente superior a las otras (8,9). Es verdad que los terapeutas de alguna de estas orientaciones han hecho más investigación que los de otras y, por tanto hay más pruebas de

la eficacia de alguna de ellas. Pero una cosa es que haya más pruebas de que algo es eficaz y otra, muy distinta, que las haya de que es más eficaz que otra cosa.

Esto ha animado a muchos terapeutas a buscar vías de integración que permitan aprovechar ideas y experiencias provenientes de unas y otras escuelas, sacar partido de sus diferencias e intentar entender qué de lo que tienen en común es básico para que obtengan resultados.

En los últimos años se han estudiado los factores comunes a todas las intervenciones psicoterapéuticas que pueden relacionarse con los resultados positivos obtenidos por la psicoterapia de cualquier orientación.

ILUSTRACIÓN 5. FACTORES RESPONSABLES DE LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA.



FUENTE: LAMBERT (COMUNICACIÓN PERSONAL)

Como puede observarse la contribución de las técnicas específicas de cada una de las orientaciones (en las que suelen hacer hincapié las guías de práctica clínica) es mínima, mientras que los recursos del paciente y las características del terapeuta tienen un papel importante (10).

CUADRO 12. LISTA SECUENCIAL DE FACTORES TERAPÉUTICOS COMUNES A LAS PSICOTERAPIAS.

FACTORES DE APOYO	FACTORES DE APRENDIZAJE	FACTORES DE ACCIÓN
•Catarsis •Identificación con el terapeuta •Mitigación del aislamiento •Relación positiva •Reafirmación y lograr seguridad •Disminución de la tensión •Estructura •Alianza terapéutica •Participación activa •Experiencia del terapeuta •Calidez, respeto, empatía, aceptación y genuinidad del terapeuta •Confianza	•Consejo •Experiencia afectiva •Asimilación de experiencias problemáticas •Aprendizaje cognitivo •Experiencia emocional constructiva •Retroalimentación •Insight •Explicación •Exploración de los marcos de referencia internos •Cambio en las expectativas de eficiencia personal	•Regulación del comportamiento •Dominio cognitivo •Enfrentamiento de los miedos •Toma de riesgos •Esfuerzos por controlar •Modelado •Práctica •Prueba de realidad •Experiencia de éxito •Elaboración en la experiencia de lo trabajado en las sesiones

FUENTE: LAMBERT & OAGLES, 2004

Puede considerarse que lo básico en la formación en psicoterapia consiste en entrenar las habilidades que permiten activar estos factores terapéuticos. La ficha 3.1 resume este planteamiento.

EL DESARROLLO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Como señalábamos más arriba la psicoterapia puede entenderse como un proceso que se desarrolla a través de las cuatro fases que recoge el cuadro 11. Este no es el lugar para referirnos con amplitud y profundidad a esta idea que es la base

de programas generales de formación en psicoterapia que se plantean desde una perspectiva integradora y adoptan para ello la óptica de las narrativas. Sin embargo, en los párrafos siguientes nos referiremos sucintamente a las fases por las que discurre este desarrollo para resaltar algunos aspectos que pueda ser útil recordar a terapeutas ya formados que pretendan acercarse a esta óptica.

FASE DE INDICACIÓN

La fase de indicación comprende desde el primer contacto con el paciente - o con información acerca del mismo - hasta el momento en el que le proponemos en respuesta a su demanda iniciar una intervención psicoterapéutica en lugar con cualquier otra de las posibles o ninguna. Puede terminar con una indicación de psicoterapia, con la referencia a otro tipo de dispositivo de ayuda o con una indicación de no tratamiento. La incluimos como una fase del proceso porque con frecuencia muchas de las cosas que describimos en las fases siguientes ocurren en este período.

CUADRO 13. OBJETIVOS Y TAREAS DE LA FASE DE INDICACIÓN.

FASE DE INDICACIÓN	
OBJETIVOS	1. Determinar si es conveniente iniciar una intervención psicoterapéutica
TAREAS	1. Evaluar la indicación 2. Evaluar la viabilidad 3. Evaluar las contraindicaciones 4. Evaluar las alternativas

El instrumento específico previsto para realizar esta operación es la Entrevista de Planificación Terapéutica que nos orientará a indicar intervenciones de uno u otro nivel y, cuando proceda, psicoterapia.

FASE INICIAL

La fase inicial de cualquier intervención psicoterapéutica comprende desde el momento en el que se adopta el acuerdo de iniciar una intervención psicoterapéutica, (en lugar de cualquier otra posible), en respuesta a la demanda del paciente hasta el momento en el que cierra el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre qué y cómo van a trabajar en las en la terapia. Los objetivos y tareas de la misma se exponen en el siguiente:

CUADRO 14. OBJETIVOS Y TAREAS DE LA FASE INICIAL.

FASE INICIAL	
OBJETIVOS	• Evaluación y formulación para la planificación del tratamiento. • Construcción de la alianza de trabajo. • Contrato.
TAREAS	• Exploratorias. • Explicación o interpretación de prueba. • Definición de los roles de terapeuta y paciente.

Para poder trabajar en psicoterapia necesitamos saber cuál es el problema, quién es la persona que lo padece y cuál es el entorno en el que aparecen. La evaluación tiene el propósito de concretarse en una *formulación*. Llamamos formulación a una narrativa que permite articular la información disponible sobre un caso de modo útil para servir de base para fundamentar unos objetivos terapéuticos y unas estrategias para lograrlos y prever posibles desenlaces o problemas en el intento de llevarlos a cabo. Implica un plan de intervención. Este plan, por supuesto, irá modificándose según lo requiera el desarrollo posterior del proceso. Pero creemos que no puede encararse el proceso sin un plan. Para ello es necesario esquema para construir la formulación.

Lo que suceda en los primeros momentos de la relación entre terapeuta y paciente es especialmente importante para el curso posterior de la terapia. A veces la necesidad de construir una alianza en situaciones difíciles puede hacer conveniente posponer otras tareas, incluida la de evaluación.

Si la psicoterapia puede tener lugar (si el paciente se va a prestar a implicarse en una determinada conversación o si va a acudir a una segunda cita) es porque ha acordado con el terapeuta que así sea. A este acuerdo lo llamamos *contrato*. Muchas veces el contrato es implícito. Se supone que terapeuta y paciente ya saben a qué se comprometen. El problema de los contratos implícitos es que pueden dar lugar con facilidad a malentendidos. Para evitarlo es preferible hacer contratos explícitos verbales o, incluso, escritos. El cuadro siguiente recoge los una lista de elementos que podrían entrar dentro de un contrato realizado desde una perspectiva narrativa. No se trata de que haya que abordarlos todos, sino que es una lista de comprobación de aspectos a conversar en el contrato (implícito o explícito) en psicoterapia.

CUADRO 15. ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL CONTRATO EN PSICOTERAPIA.	
Foco	•Recapitulación de los problemas y síntomas expresados (en los términos y desde la perspectiva usados por el paciente en la conversación previa) •Revisión de la información que puede permitir poner en relación esos síntomas y problemas con una entidad conocida (la experiencia de pérdida, trauma o crisis)
Marco	•Se comparte un breve resumen de la perspectiva narrativa en psicoterapia. •Se habla de: » Lo que se puede esperar y lo que no de ella » La terapia implica una exploración y un descubrimiento de las formas de vivir preferidas de la persona » Se pretende que el paciente active sus propios recursos
	•¿Quién va a ir y por y para qué? » Afectado » Pareja –¿Para participar en el tratamiento del otro? –¿Para un tratamiento de pareja? » Familia

Encuadre	- ¿Para participar en el tratamiento o cuidados de uno de los miembros? - ¿Para ver cómo la familia enfrenta el problema? - ¿Para un tratamiento de familia? » Grupo • ¿Dónde y cómo nos vamos a ver? » ¿En el despacho, en la sala de grupos, en una sala con espejo unidireccional o equipo de grabación...? » ¿Sentados cara a cara (o en ángulo)? ¿Sentados en círculo? ¿Con mesa de por medio? ¿En el diván? • ¿Cada cuánto tiempo nos vamos a ver y cuánto va a durar cada sesión? • Aspectos económicos, de haberlos. • ¿Cómo se van a manejar incidencias frecuentes? » Retrasos del paciente (generalmente se finaliza a la hora prevista) » Retrasos del comienzo debidos al terapeuta (generalmente se recupera) » Citas perdidas » Citas canceladas » Consultas urgentes • ¿Cuánto se prevé que dure el tratamiento? » Ilimitado » Por un número de sesiones o de horas predefinido » Hasta una fecha predeterminada » Hasta lograr un objetivo concreto • ¿Qué se espera que el paciente haga? » Actividad en la consulta » Sinceridad, secretos » Selección de los temas de conversación » Tareas para casa • ¿Qué hará y qué se puede esperar del terapeuta? » ¿Responderá a preguntas? ¿De qué dependerá que responda o no a una concreta? » ¿Dará consejos? » ¿Compartirá con alguien – supervisor... – la información a la que acceda? » ¿Qué uso hará de las notas o grabaciones? » ¿Se comportará durante toda la terapia cómo en estas primeras entrevistas o será menos directivo y menos activo en la búsqueda de información?
Objetivos	• Se revisarán los objetivos acordados procurando que sean: » Limitados » Realistas » Formulados operativamente • Se pedirá al paciente qué resultado le parece que es el mejor, el peor y el más probable que se pueda alcanzar con la terapia para cada objetivo y se registrará la respuesta

FASE INTERMEDIA

Durante la fase intermedia tienen lugar dos procesos relacionados entre sí: la construcción de la pauta-problema y el cambio. En psicoterapia, una pauta-problema es una narrativa construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la repetición de un modo insatisfactorio de relación consigo mismo, o con los otros significativos, en el contexto de una cultura. En otro lugar hemos desarrollado exhaustivamente este concepto (11). Aquí nos limitaremos a señalar que la pauta problema tiene algunas propiedades que exponemos en el cuadro siguiente:

CUADRO 16. PROPIEDADES DE LA PAUTA PROBLEMA.

- Es la descripción, a través del lenguaje, de una experiencia.
- Se construye a partir de la queja, pero es diferente a ella.
- Incluye las ideas de forma y repetición: algo se repite en diversas ocasiones de una forma parecida (eso es lo que vamos a proponernos cambiar)
- Se repite desde diferentes escenarios, diferentes momentos, con diferentes personajes pero con una trama parecida (que será el argumento que debemos identificar)».
- Lo que se repite es la relación entre los elementos.
- La repetición de la pauta-problema se acompaña de la repetición de las soluciones buscadas para remontar la dificultad.
- A veces son esos intentos de solución los que acaban convirtiéndose en el mayor problema.

Es importante hacer hincapié en que la pauta no es algo existente que hay que descubrir, sino algo construido en la conversación entre terapeuta y paciente. Otro terapeuta diferente hubiera podido construir una pauta problema diferente con el mismo paciente. De hecho si un paciente acude a un terapeuta psicodinámico, sabemos que éste construirá con él una pauta problema diferente de la que construiría un terapeuta cognitivo conductual. Sin embargo, si están bien construidas, ambas pueden ser útiles para ayudar al paciente a resolver su problema.

El cambio es un resultado del trabajo psicoterapéutico y, a veces se produce cuando se ponen en práctica técnicas que sirven para modificar una pauta problema determinada. Sería el caso, por ejemplo, del paciente que utiliza la exposición con prevención de respuesta para hacer frente a sus rituales. Pero lo más frecuente es que el cambio se vaya produciendo mientras la pauta problema se va construyendo: «Desde que me ha dado cuenta que lo que hago cuando existen problemas es aplazar la solución y esperar a ver si las cosas se resuelven por si solas como hacía mi padre, y que eso a veces es útil, pero muchas otras veces enquistas o empeora los problemas, cuando voy a empezar a hacerlo, me puedo decir a mí mismo que esto, de un modo u otro, hay que zanjarlo».

La aparición de pequeños cambios ayuda a construir la pauta: «Si puedo conseguir no responder como parece que el cuerpo me pide automáticamente que responda eso quiere decir que voy a poder volver a sentirme dueño de mi vida».

A efectos didácticos, podemos considerar que la pauta problema puede construirse desde diferentes perspectivas que se resumen en el cuadro siguiente:

CUADRO 17. PERSPECTIVAS DESDE LAS QUE PUEDE CONSTRUIRSE LA PAUTA.

- Pautas construidas desde la historia biográfica.
- Pautas construidas desde el pensamiento.
- Pautas construidas desde el comportamiento observable.
- Pautas construidas desde el sistema de relaciones.
- Pautas construidas desde el sistema de creencias.
- Pautas construidas desde lo somato-sensorial.

Lo que la perspectiva determina es de qué vamos a hablar en la conversación terapéutica: de los acontecimientos y relaciones que han sido importantes en la vida del paciente, de las ideas que se hace sobre el mundo, sobre los demás y sobre sí mismo, del modo en el que se comporta ante determinadas situaciones o cuando busca algo, del lugar que ocupa en la

familia o el grupo, del modo en el que los supuestos que su particular cultura condicionan su forma de enfrentar su vida, de lo que el cuerpo trae a colación...

Lo que va a hacerse en las fases intermedias es, pues conversar (no sólo verbalmente) sobre uno o varios de estos temas. Los terapeutas de distintas escuelas han desarrollado conceptos y técnicas útiles para guiar la conversación desde alguna de estas perspectivas. Los psicoanalistas, por ejemplo, han desarrollado conceptos como el de defensa o el de transferencia que nos pueden ayudar a ordenar de un modo significativo lo que el paciente puede contar sobre su vida. Los terapeutas cognitivos han desarrollado conceptos como los de esquema o pensamiento automático e instrumentos como la discusión somática o los registros que permiten poner a prueba las creencias. Por su parte, los conductistas nos brindan conceptos como el de condicionamiento e instrumentos como las técnicas de exposición, los terapeutas sistémicos han aportado conceptos como la causalidad circular e instrumentos como la prescripción paradójica... Y así podríamos continuar.

En este texto no vamos a revisar estas propuestas. Quien esté interesado puede remitirse a los textos de referencia de este resumen. En este texto damos por dominados los procedimientos básicos y haremos referencia sólo a algunos instrumentos que terapeutas formados pero, quizás, sin mucha experiencia en trabajo con el tipo de problemas a que se refiere este texto, pueden encontrar útiles para trabajar con ellos. Ni que decir tiene que, como sucede con cualquier habilidad psicoterapéutica, el conocimiento de una técnica en sí, aunque pueda incluir un conocimiento detallado de los procedimientos a aplicar no capacita a nadie para la práctica clínica.

Las preguntas qué el terapeuta puede hacerse durante la fase inicial para decidirse a trabajar desde una u otra perspectiva serán las que se recogen el cuadro siguiente:

CUADRO 18. PREGUNTAS QUE PERMITEN DECIDIR DESDE QUÉ PERSPECTIVA TRABAJAR CON UN DETERMINADO PACIENTE.

¿Desde cuál de estas perspectivas será preferible que intente construir la pauta problema con este paciente?

- Desde la historia biográfica
- Desde el pensamiento
- Desde el comportamiento observable
- Desde el sistema de relaciones
- Desde el sistema de creencias
- Desde lo somato-sensorial

¿Qué conceptos y habilidades será preferible utilizar para hacerlo?

¿Qué papel tendré que desempeñar como terapeuta si trabajo desde esa perspectiva?

¿Qué formato de terapia será preferible para trabajar así?

- Asistentes:
 - » Individual
 - » Familiar
 - » Grupal
- Duración
 - » Breve
 - » A largo plazo
- Intensidad
 - » Intensiva
 - » No intensiva

Ni que decir tiene que la respuesta a alguna de estas preguntas puede suponer que el terapeuta no se considere competente para abordar de modo útil el problema que se le presenta. En este caso la pregunta será cuál es la alternativa viable a una intervención psicoterapéutica que no se puede llevar a cabo.

FASE DE TERMINACIÓN

El final de la intervención psicoterapéutica, no implica necesariamente el final de la relación entre el terapeuta y el paciente. Puede dar lugar al establecimiento de unas sesiones de seguimiento, o en el caso de problemas crónicos o recidivantes, o de existencia de estresores crónicos o de factores de personalidad que predisponen a recaídas, puede dar paso a una terapia de mantenimiento (con un contrato, unos objetivos y una forma de trabajo diferentes).

Como las otras fases, ésta se caracteriza por la prosecución de una serie de objetivos a través de la realización de unas tareas que se resumen en el cuadro siguiente:

CUADRO 19. OBJETIVOS Y TAREAS DE LA FASE DE TERMINACIÓN.

OBJETIVOS	TAREAS
1. Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar. 2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente. 3. Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional. 4. Prever recaídas y circunstancias que justificaban una nueva consulta.	1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes. 2. Revisar los ejemplos de la vida diaria que demuestran la capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta. 3. Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente. 4. Abordar los aspectos de dependencia o beneficio secundario (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia. 5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia. 6. Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento. 7. Definir condiciones de una nueva consulta.

La terminación será tanto más fácil cuanto con más claridad se hayan establecido las condiciones en las que se preveía que debía producirse y con más concreción se hayan establecido los objetivos en el contrato.

PSICOTERAPIA DE SITUACIONES TRAUMÁTICAS: ELEMENTOS NUCLEARES PARA LA INTERVENCIÓN⁵

Ya vimos que dentro del escalamiento de intervenciones psicológicas para la mayoría de personas será suficiente con las intervenciones de tipo psicosocial de ámbito general o intervenciones psicosociales específicas.

Pero en algunos casos estos pasos previos son insuficientes y requerimos iniciar esa conversación terapéutica que hemos dado en denominar psicoterapia.

EL TIEMPO TERAPÉUTICO.

Para ello deberán darse dos circunstancias:

- Que sea el TIEMPO DEL PACIENTE. Hay momentos en los que la persona que ha pasado por una experiencia extrema siente que necesita hacer algo con eso qué ocurrió, bien sea hablarlo, pensarlo, olvidarlo o enfrentarlo. Pero como este proceso suele ser muy doloroso no es de extrañar que poco después de empezar el tratamiento, cuando la persona siente que está algo mejor, abandone, por el dolor que le supone volver a traer el presente lo ocurrido, cuando uno siente que ya está algo mejor que ya «pasó el momento». Es necesario entender los tiempos del *otro*.
- Los tiempos del TERAPEUTA. Y los tiempos propios, entendidos

⁵ Esta ficha resume el siguiente texto que debe ser consultados para mayor información Pérez Sales P (2006). *Trauma, culpa, duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Ed Desclee de Brower. Bilbao, a donde es necesario referirse para un desarrollo detallado de los fundamentos, técnicas y procesos.

como la capacidad de estar con el otro durante el tiempo necesario para garantizar que es posible acompañarle en su proceso. Tiempo de duración de las sesiones de trabajo y tiempo de trabajo a lo largo de las sesiones.

ASPECTOS BÁSICOS: DIBUJANDO LAS 4 ESQUINAS DEL TABLERO.

A efectos mnemotécnicos consideramos 4 aspectos básicos a trabajar en el proceso psicoterapéutico (12).

1. IDENTIDAD. Entendida como el modo en que la persona se ve a sí misma y a sí misma en el mundo. ¿Cuál era esa imagen antes de la experiencia extrema? ¿Cómo cambió a raíz de está? ¿En qué aspectos? ¿Estos cambios eran deseados o no? ¿Qué posibles caminos nos indican estas reflexiones dentro del trabajo de psicoterapia? (Ficha 3.2)
2. EMOCIONES. Todo el proceso de la vivencia extrema se asocia a emociones: las del momento en que sucedió, las del momento de evaluación, las actuales al recordarlo... Poner nombre y entender las emociones suele ser una buena manera de acercarse a como la persona ha vivido el hecho y a las consecuencias posteriores. Las emociones (tristeza, humillación, rabia, seguridad, impotencia, angustia...) conectan con la identidad (la persona que *siente*) y ambos aspectos se conectan (Ficha 3.3.)
3. CREENCIAS. Todas las personas tenemos una cierta manera de ver y entender la realidad, configurada desde pequeños. *Esperamos* del mundo y de las personas ciertas cosas que damos por hechas, como por ejemplo, entre otras, bondad, confianza, seguridad, intimidad (o lo contrario...¡!!). Las experiencias extremas pueden confirmar o romper (es decir, para lo bueno o para lo malo) estos ejes en que basamos nuestra vida. En la psicoterapia de las experiencias extremas es interesante buscar maneras de detectar y trabajar sobre estas ideas (Ficha 3.8)
4. PALABRA Y MEMORIA. Toda experiencia extrema necesita un «relato»

que le dé un sentido para que pueda integrarse en el mundo y en la vida del paciente. Necesita que pueda estructurarse una determinada narración de la que uno es de algún modo el protagonista, y ésta que siga un hilo lógico. Esta narración no tiene por qué ajustarse a la realidad exacta de los hechos, porque su objeto no es el recuerdo por el recuerdo, sino permitir a la persona integrar esa experiencia de una manera aceptable y compatible con una visión del mundo y de sí mismo que le permita vivir y afrontar los desafíos que le plantee la vida. Por ello lo verdaderamente importante no es que la terapia proporcione al consultante una ocasión de contar «los hechos» (aunque eso puede ser útil). Lo importante es que pueda activar los mecanismos de la memoria – no sólo del recuerdo, sino, sobre todo, de la memoria implícita, de la que se activa para que podamos por ejemplo nadar o montar en bicicleta-, para construir una narrativa que permita al consultante identificarse como un ser valioso en un mundo que tiene para él algún sentido (ficha 3.9).

Tal y como se ve en el gráfico adjunto, estos cuatro elementos están interconectados y en la práctica van de manera indisociable:

- Para que un NARRAR sea terapéutico, debe conectar con las EMOCIONES (Recuérdese que las emociones forman parte de la definición misma de la «narrativa»).
- Trabajar con las EMOCIONES es probablemente la mejor vía de saber de qué manera la persona se ha visto y se ve en la situación o en el contexto en que trabajamos, y conecta por tanto con el relato que ha construido.
- Las emociones nos dicen cosas sobre cómo reaccionamos, y quienes somos y nos permiten pensar en nuestro sistema de CREENCIAS y en nuestra IDENTIDAD.
- Las CREENCIAS tienen que ver con nuestra posición frente al mundo, nuestra manera de entenderlo. Y esto es en gran medida lo que determina nuestra IDENTIDAD, que es el modo de ser y de ser en el mundo.
- La NARRATIVA de los hechos permita indagar el modo en que cuestionan nuestras creencias.

En suma, se trata de cuatro aproximaciones al modo en

que recordamos, en que nos narramos y en que hemos sentido y sentimos la experiencia, el modo en que nos interpela como personas y como personas en nuestro entorno.

Empezar por un aspecto u otro dependerá en gran medida de lo que el propio paciente quiera traernos, del análisis que hagamos conjuntamente y el plan terapéutico que pongamos en marcha.

PRE-REQUISITOS: LAS PATAS EN QUE SE ASIENTA EL TABLERO.

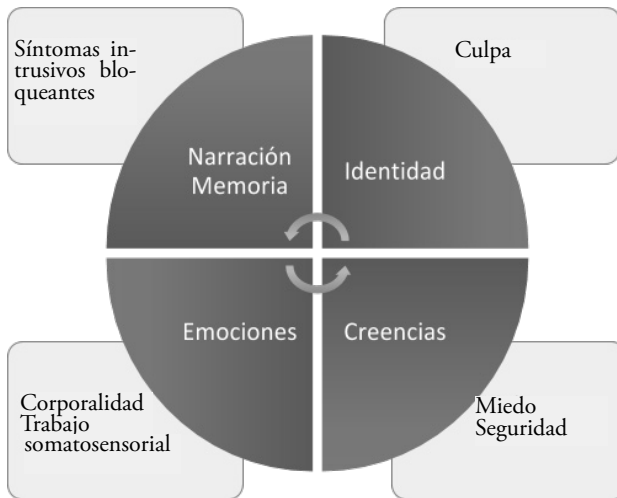
Para poder trabajar estos aspectos, que son los nucleares a una experiencia cuestionadora, se necesita en ocasiones considerar unos pre-requisitos, que en el esquema están representados alrededor de este núcleo terapéutico:

- **SEGURIDAD Y MIEDO.** Todo este trabajo es posible cuando se dan las condiciones de seguridad o cuando la persona no está bajo la presión de la amenaza o el miedo o el miedo no actúa como una emoción bloqueante. Hay formas específicas para trabajar el *miedo* (Ficha 3.5).
- **SÍNTOMAS INTRUSIVOS O BLOQUEANTES.** En otras es difícil avanzar porque existen imágenes que persiguen a la persona, problemas de sueño o pesadillas... Existen técnicas específicas que permiten trabajarlo (Ficha 3.10 y 3.11).
- **CORPORALIDAD.** En ocasiones es imposible encontrar las palabras que construyan la narración o esta tiene consecuencias sobre el cuerpo (síntomas disociativos, somatizaciones u otros). Será necesario buscar técnicas que permitan trabajar desde el cuerpo (Ficha 3.12, 3.13 y 3.14).
- **EMOCIONES DE VERGÜENZA O CULPA,** que definíamos antes, y que remiten a un cuestionamiento de la identidad en relación con la experiencia vivida. Siempre dificulta el trabajo, pero cuando es extrema, puede ser bloqueante y necesita de una intervención con técnicas específicas (ficha 3.7).

Este esquema, en suma, ayuda a memorizar algunos de los

aspectos que podría ser relevante trabajar en psicoterapia con los supervivientes en función de lo que en las sesiones iniciales se consensue como problemas principales. Empezamos a trabajar a partir del hilo que el paciente ofrece.

ILUSTRACIÓN 6. ELEMENTOS PARA UNA PSICOTERAPIA EN SITUACIONES EXTREMAS.



El duelo entendido como el conjunto de emociones asociadas a una pérdida y al trabajo necesario para reacomodar los afectos tras la misma, es consustancial a las situaciones de violencia. De hecho algunos autores propugnan que toda la terapia con víctimas podría leerse en términos de duelo y que este podría ser el paradigma de referencia en gran parte del día a día. Es esencial, por ello, considerar siempre estos aspectos y poder disponer de herramientas específicas de acompañamiento (ficha 3.15).



CAPITULO 7. INTERVENCIONES Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS

ACOMPAÑAMIENTO PSICO-JURÍDICO Y ENTREVISTA DE TESTIMONIO

Determinados contextos requieren de programas específicos de intervención que no se ajustan al modelo clásico de terapia. Son intervenciones que pueden requerir componentes de cualquiera de los 3 niveles de intervención o una combinación de ellos.

En los contextos de violencia, y ligado especialmente a los procesos de verdad, justicia y reparación, hay una modalidad de colaboración interdisciplinar en el trabajo con víctimas que se ha dado en llamar ACOMPAÑAMIENTO PSICO-JURÍDICO. Se trata de un tipo especial de acompañamiento que se define como *el trabajo conjunto y en equipo entre profesionales del derecho y psicosociales en procesos individuales y colectivos con víctimas* y sobre el que cada vez hay más guías y materiales de trabajo (ficha 4.1). Como tal incluye actividades de las que consideramos de primer, de segundo y de tercer nivel. Es una intervención multimodal y pensada en un sentido transversal a lo largo del proceso.

Dentro de ellas un tipo de intervención especial que combina elementos terapéuticos y psicojurídicos es la entrevista de testimonio.

La ENTREVISTA DE TESTIMONIO es un modelo especial de trabajo que se diferencia de la psicoterapia y del Asesoramiento en que el énfasis se produce en la recogida de la narración

de los hechos *desde una perspectiva de derechos*. El fin es que el testimonio pueda tener un valor de reconstrucción para la propia persona, así como en términos de memoria colectiva y búsqueda de verdad y justicia. Es necesario ver las diferencias en estilo de trabajo e información recogida entre un tipo de entrevista y el otro, así como el modo en que es posible usar terapéuticamente una entrevista de testimonio (ficha 4.2)

PROGRAMAS DE AUTOCUIDADO.

DESGASTE EN LOS EQUIPOS.

Otro aspecto especialmente importante del trabajo de apoyo es el que tiene que ver con el propio cuidado de los equipos. Esto va más allá de las intervenciones emocionales específicas –como el debriefing– y requiere de acciones de acompañamiento integrales con una mirada tanto clínica como psicosocial. Existen guías específicas al respecto a las que es necesario remitirse. Se recogen aquí algunas ideas básicas (Ficha 4.3).

CAPITULO 8. INTERVENCIONES ADAPTADAS A COMUNIDADES CON DIFÍCIL ACCESO.

Existen contextos en los cuales no es posible tener el *setting* y las condiciones para una psicoterapia en el sentido pleno de la palabra. Se trabaja en entornos con condiciones temporales, físicas o logísticas limitadas. Ello conlleva la adaptación de técnicas.

La INTERVENCIÓN DE APOYO TELEFÓNICO es una forma muy básica de escucha activa (NIVEL 1) y de Asesoramiento no presencial (NIVEL 2), en que se gana en términos de accesibilidad y de inmediatez a las víctimas, pero en el que las estrategias de abordaje y los objetivos a lograr cambian y deben ser por fuerza mucho más limitados y prudentes (ficha 5.1). Se suele reservar para intervenciones en crisis cuando no es posible acudir al lugar.

Pueden realizarse intervenciones más extensas, aunque la incomodidad del teléfono y la dificultad para ver el rostro del otro limitan mucho la intervención.

La TELE-PSIQUIATRÍA O TRABAJO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DE INTERNET se ha impuesto como una alternativa poderosa. Existe numerosa bibliografía y varias revisiones que han mostrado su utilidad y eficacia, en ocasiones comparable a la presencial. Requiere disponer de una conexión a internet (que no tiene porqué ser particular, sino que puede ser comunitaria) y un programa VoiP (tipo Skype, Google Talk o cualquiera de las versiones en software libre). En contextos violentos o frágiles o cuando hay dificultades para poder llegar de modo regular a través de brigadas o se requiere reforzar el trabajo de

estas, la comunicación por internet es una alternativa fiable. Hacer Tele-psiquiatría, es decir, psicoterapia a través de internet requiere de unas consideraciones y habilidades específicas que pueden entrenarse (Ficha 5.2).

*

Las BRIGADAS MÓVILES llegan a zonas remotas, pero suelen hacerlo con poca frecuencia y teniendo poco tiempo por consultante. Esto limita las posibilidades terapéuticas generalmente a intervenciones primer o segundo NIVEL. En general pueden desarrollarse de manera realista y efectiva labores de *asesoramiento*.

Pero hay terapeutas experimentados que pueden realizar intervenciones de tercer nivel incluso en el marco de brigadas móviles o en situaciones en las que no es posible garantizar que se podrá volver al mismo lugar. Se habla de PSICOTERAPIA DE ÚNICO CONTACTO como de aquellas intervenciones que se desarrollan en contextos inestables o donde no se puede garantizar una permanencia o una continuidad de intervención en las que un terapeuta trabaja con el consultante en una única sesión, pero poniendo en juego todas las herramientas que se usan en una terapia compleja convencional. Ello implica una serie de precauciones y algunos enfoques especiales, pero los datos parecen indicar que, incluso en la psicoterapia convencional, la primera o primeras sesiones son las que brindan mayor insight al consultante y las que se asocian a un mayor cambio. Se trata por tanto de una forma de intervención que no debe verse solo como una forma menor, sino como una posibilidad realista y costo-eficiente, que realizada de modo adecuado pueda dar resultados positivos. Los principios básicos se desarrollan en la ficha 5.3.

CAPITULO 9. TECNICAS TERAPEUTICAS QUE REQUIEREN DE FORMACIÓN ESPECÍFICA.

Existen modelos terapéuticos que requieren de entrenamiento especial y que son recomendados en la literatura y avalados por datos preliminares como útiles en el tratamiento de reacciones de trauma.

El objeto de incluirlos aquí no es que sean parte del arsenal técnico habitual de los equipos de trabajo, sino reconocer su existencia y la posibilidad de usarlas y referir a formación específica sobre ellas. En aquellos equipos que disponen de personas con la formación específica, puede ser útil su implementación.

TERAPIA DE MENTALIZACIÓN

La terapia de mentalización busca desarrollar las actividades del yo reflexivo y la capacidad del paciente para tener una visión de conjunto de sí mismo y tener pautas de auto-análisis. Va por tanto más allá del motivo de consulta actual para desarrollar habilidades meta-cognitivas en pacientes con elevada tendencia a pasar al acto (ficha 6.1).

NARRACIÓN, TRAUMA Y MEMORIA: EMDR, Y NET

Desde un modelo narrativo-construccionista la narración de los hechos es un elemento importante del trabajo terapéutico, pero no es como decíamos, un elemento imprescindible (Ficha 3.9). Es más relevante el trabajo con emociones y con la narrativa que la persona construye del hecho conectado con su identidad y creencias sobre sí mismo y el mundo (Fichas 3.3 a 3.8).

Un modelo complejo y multimodal que se ha desarrollado en los últimos veinte años y sobre el que se acumulan muchas

evidencias de su utilidad, y que se basa precisamente en esta idea es el de la TERAPIA DE REPROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN (EMDR). Esta se basa en la idea de que el hecho traumático queda inscrito en memoria de un modo fragmentado y asociado a emociones profundas de tipo aversivo (miedo, impotencia...) o a cogniciones negativas de minusvalía o daño. El trabajo terapéutico consiste en identificar escenas clave y trabajar las imágenes y sensaciones corporales asociadas a los hechos, emparejados con nuevas cogniciones y emociones. Esto se asocia a determinadas maniobras somato-sensoriales que se supone que abren el campo perceptivo de memoria y facilitan la inscripción de nuevos engramas complejos que son adaptativos (ficha 6.2.). El EMDR parte de la idea esencial de que no es necesario *narrar* los hechos, sino volver a traer al aquí y al ahora, bajo determinadas condiciones, todo aquello que se asoció al hecho y quedó en una memoria somato-sensorial, emocional y cognitiva fragmentada, para poder reprocesarlo.

El extremo de las técnicas que consideran que narrar no solo es relevante, sino que es esencial e imprescindible, son las terapias de exposición y en especial, desde hace algunos años, la denominada TERAPIA DE EXPOSICIÓN NARRATIVA (ficha 6.3) en la que se fuerza un relato detallado, minucioso, extenso y ordenado cronológicamente, en un intento de reconstruir una memoria coherente, no fragmentada, de los hechos.

El debate respecto a estas maneras antagónicas de entender el papel de la memoria y la narración en la terapia de las situaciones extremas es algo que dista de estar resuelto. Se carece de estudios concluyentes, los modelos neurofisiológicos son aún muy especulativos. Si bien existen razones para usar uno u otro (o ambos) en determinados pacientes, se trata en cualquier caso de técnicas agresivas, que deben ser manejadas con cuidado, y que en el caso de la NET viola algunos de los principios básicos del trabajo con víctimas referido a aspectos de minimización del daño, dar el máximo control a la víctima del proceso y otros, que requieren ser tenidos en cuenta a la hora de elegir las herramientas de trabajo en una situación concreta.

CAPITULO 10. EL TRABAJO GRUPAL EN CONTEXTOS TRAUMÁTICOS

La forma más común de trabajo son las intervenciones grupales no estructuradas centradas en la experiencia traumática, en forma de GRUPOS DE APOYO MUTUO, DE GRUPOS DE INTERCAMBIO O DE GRUPOS DE PALABRA. Estos alcanzan su máximo sentido pasados los primeros meses después del hecho crítico o en situaciones de violencia crónica, cuando la red social natural no es suficiente o está a su vez desgastada o saturada y no están en condiciones de escuchar (Ficha 7.3.). La complejidad de los objetivos del grupo depende del entorno. En su forma más básica se puede tratar de objetivos muy simples: lograr romper el aislamiento de las personas y poder trabajar algunos elementos básicos de empoderamiento (p.e (13)). En las formas más complejas el grupo puede ser el germen de formas de organización colectiva que generan acciones comunitarias desde el propio colectivo de afectados (p.e (14)).

Un modelo especial de trabajo es lo que denominamos entrevista de desactivación o DEBRIEFING. Se trata de una intervención extensa (de varias horas de duración) que busca la reflexión grupal sobre hechos violentos recientes. Combina elementos de reflexión sobre lo sucedido, las respuestas emocionales y de afrontamiento y los aprendizajes, con aspectos de educación para la salud. Se trata de intervenciones que están desaconsejadas en población general (Ficha 7.1), pero que si tiene sentido realizar en intervinientes y en equipos de trabajo que están en medio del conflicto (Ficha 7.2.)

Existen algunos modelos protocolizados de intervenciones grupales de tercer nivel (p.e. (15)). No hay datos aún que avalen un modelo sobre otro. Se trata de intervenciones generalmente reservadas a entornos altamente estructurados, como centros especializados de atención a víctimas. En un estudio descriptivo por encuesta sobre los principales modelos existentes de tratamiento para víctimas de tortura (16) se concluía que aunque en casi todos los centros hay algún tipo de intervención grupal, estas son de carácter complementario porque la mayoría de supervivientes preferían trabajar en terapia individual, y solo se aceptaba participar en modelos de trabajo de grupo una vez se había superado las fases más críticas del tratamiento inicial y se había construido una relación de confianza con el terapeuta o la institución. Se requería, en suma, de un trabajo terapéutico previo para que sea posible hablar en público de experiencias traumáticas profundas especialmente en contextos donde estas se asocian a vergüenza o estigma, donde existe miedo o donde puede haber desconfianza política, étnica o de otro tipo respecto a los otros pacientes del centro.

PARTE III.

FICHAS DE TRABAJO.



NIVEL 1. INTERVENCIONES DE ÁMBITO GENERAL.



FICHA 1.1 INTERVENCIÓN EN CRISIS. ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA COLECTIVA.

Con frecuencia las primeras horas y días en un contexto de crisis humanitaria difícilmente permiten establecer ningún tipo de trabajo que no sea intentar poner algo de orden en una situación confusa e impregnada de dramatismo. En ese escenario, las intervenciones que se realicen deben ser cortas, flexibles y enfocarse a las preocupaciones inmediatas de la persona. Los primeros equipos que llegan a la zona deben basar sus tareas de apoyo a la población afectada en articular principalmente las siguientes medidas:

Articulación y COORDINACIÓN de las personas con mayor capacidad para brindar ayuda a las demás, localización de los casos vulnerables (ancianos no acompañados, enfermos crónicos, etc.) y, en la medida de lo posible, coordinación con los equipos médicos y psicológicos en caso de detectarse una persona con problemas severos.

- ESTRUCTURACIÓN DE SISTEMAS RÁPIDOS DE INFORMACIÓN que permitan la LOCALIZACIÓN DE FAMILIARES, faciliten la comunicación con y entre la población evitando rumores y falsas informaciones y sirvan para hacer un primer censo de personas afectadas que facilitará las labores de ayuda y el seguimiento posterior de afectados.
- Acompañamiento y apoyo en la ORGANIZACIÓN Y SOLUCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS y de recursos inmediatos, como lugares de albergue provisional, desplazamientos, alimentación, protección, teléfonos.
- CONTENCIÓN EMOCIONAL y primeros apoyos psicológicos de las personas más afectadas, supervivientes y/o familiares. *Ver Ficha 1.1.*
- Cuando hay pérdidas de vidas, el establecimiento de un LUGAR DESTINADO A LAS PERSONAS FALLECIDAS con una perspectiva sanitaria, pero también psicosocial, que tenga en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Permitir el reconocimiento de los cadáveres por parte de familiares a través de un sistema respetuoso, dando a la persona la elección de realizar el reconocimiento directo o por fotografías de partes menos dañadas del cuerpo. Es importante el modo en que se presentan los restos, siempre preservando la dignidad de las personas fallecidas.
- Facilitar el contacto entre la familia y el fallecido, así como el proceso de acompañamiento y duelo en el tanatorio provisional, el traslado posterior, la habilitación de espacios para el velatorio, la ceremonia religiosa, etc.
- Disponer de un espacio de contención emocional en que personas preparadas puedan dar apoyo a quienes tengan reacciones de dolor y descontrol emocional.

Más allá de las tareas que deben llevar a cabo los equipos, el personal que está en un contexto de crisis puede tratar de que la población afectada enfrente mejor los hechos y sentimientos a través, por ejemplo, de potenciar las siguientes acciones:

ESTRUCTURAR EL TIEMPO Y MANTENERSE ACTIVO. Sin embargo, la hiperactividad puede ser negativa e impedir que la persona se ayude a sí misma. Tratar de mantener hábitos de vida saludables y regulares siempre que sea posible (descanso, alimentación).

- **CONFRONTAR CON LA REALIDAD EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE,** asistiendo a los funerales, inspeccionando las pérdidas y, cuando la persona se sienta preparada, facilitar que pueda ayudar a otra gente de su entorno a enfrentar lo ocurrido. Hay que darse tiempo y permitir sentirse mal, deprimido o indiferente, así como saber que los sueños y pensamientos recurrentes acerca del evento traumático son normales. No hay que olvidar que algún grado de privacidad para enfrentar los sentimientos es importante (teniendo en cuenta las diferencias culturales).
- Facilitar espacios de **AFIRMACIÓN COMUNITARIA**, tales como ritos, celebraciones, formas de organización y apoyo en el contexto cultural. Tomar en cuenta la experiencia previa de las po-

blaciones, para apoyar el restablecimiento de una normalidad en la anormalidad, la expresión de su identidad y las formas de apoyo comunitario. En este sentido, cabe procurar información suficiente sobre los hechos y compartirla.

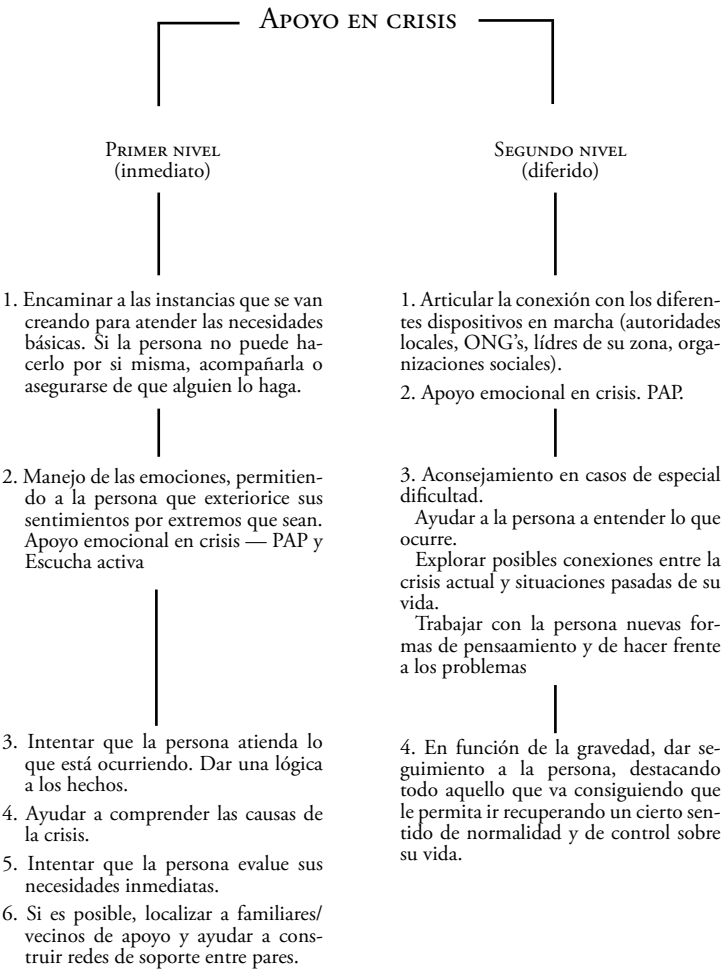
En los primeros días tras una crisis humanitaria, para la mayoría de personas, LA MEJORA DE SU ESTADO EMOCIONAL ESTÁ MÁS LIGADA A LA RESOLUCIÓN DE ASPECTOS PRÁCTICOS QUE A ENCONTRAR ESPACIOS DE ESCUCHA. Una parte importante de personas reaccionan con una sensación de aturdimiento e irrealidad que les impide tomar decisiones hasta en aspectos muy básicos. Pero se trata de un estado transitorio, breve, cuyo mejor modo de resolución es la asignación progresiva de tareas, o la información y las instrucciones claras y precisas. Algunas personas requerirán soporte emocional específico. Se definen tres conceptos⁶:

- **SELECCIÓN O TAMIZAJE:** procedimiento para seleccionar y atender casos inmediatamente después del desastre. El procedimiento está directamente relacionado con el primer apoyo emocional. Ver Ficha 1.1
- **DESACTIVACIÓN O DESCARGA:** indicado para los primeros días después de ocurrido el hecho, se sustenta en el principio de compartir experiencias traumáticas con un componente educativo añadido. Su versión sintetizada se llama desactivación o *defusing* y se emplea en las primeras 12 horas. Ver Ficha 7.1 y 7.2
- **ACERCAMIENTO PRO-ACTIVO:** son aquellos programas destinados a localizar y apoyar a las víctimas en su entorno asumiendo las dificultades para que ellos lo hagan por sí mismos. Así, por ejemplo, en un campo de desplazados hacer recorridos con voluntarios para poder ir a visitar a las personas tienda a tienda para ver cómo se encuentran y detectar casos con especiales vulnerabilidades o con dificultades de afrontamiento.

⁶ Corresponden a los conceptos Triage, Debriefing y Outreach en terminología anglosajona.

En las primeras horas es importante disponer de equipos de personas que realicen la recepción de las personas que parecen más desbordadas y en las que el entorno más cercano de familiares o amigos no puede o no está en disposición de dar apoyo. En esta situación aguda de crisis el papel de la intervención psicológica sería el siguiente:

ILUSTRACIÓN 7. INTERVENCIÓN EN CRISIS DESDE UNA ÓPTICA COMUNITARIA.



FICHA 1.2. TALLERES COMUNITARIOS. PROCESOS DE REFLEXIÓN-ACCIÓN.

Si las consecuencias positivas y negativas de los hechos traumáticos a largo término y el bienestar emocional depende en buena medida del entorno en que estas experiencias pueden procesarse, todas aquellas acciones que intenten modificar de modo positivo ese entorno tendrán un impacto directo sobre la salud mental de los supervivientes y favorecerán la expresión de los mecanismos resilientes naturales de la mayoría de las personas. Desde la óptica del trauma psicosocial, trabajar el entorno, las condiciones que provocaron los hechos y que los mantienen es también trabajar el trauma.

Si además se añade la dimensión colectiva y se trata de acciones realizadas por la propia comunidad organizada, esto tiene efectos positivos adicionales: aumenta el sentido de pertenencia, fortalece la identidad de grupo, provee seguridad frente a las amenazas y rompe las dinámicas de individualización y privatización del daño. Los talleres, en suma, activan y fortalecen los mecanismos de resiliencia colectiva y por tanto también los individuales, y son la base de la intervención. Las intervenciones individuales complementan en aquellos casos en que el enfoque comunitario no basta.

El trabajo con comunidades afectadas por violencia o catástrofe debe empezar, indefectiblemente, por un trabajo comunitario a través de acciones dirigidas a:

- Poner en común hechos y hacer balance colectivo de los mismos
- Trabajo con pérdidas y duelo: elaborar el sentido de las pérdidas de modo acorde a la cultura
- Simbolización colectiva. Espacios simbólicos a través del arte, los rituales, la palabra o la representación.
- Reflexionar sobre dificultades, decisiones y conflictos, oportunidades, fortalezas, compartir formas de solución. Representar estas nuevas formas y prever escenarios.

- Trabajo con memoria: aprender del pasado para caminar el futuro y creación de sentido de pertenencia y de futuro en común.

El grupo es una fuente de recursos (ver cuadro 20).

CUADRO 20. RECURSOS RESILIENTES EN EL TRABAJO CON GRUPOS Y COMUNIDADES EN SITUACIONES DE VIOLENCIA.

1. Poder y autonomía. Parte de un modelo de trabajo horizontal, en el que puede lograrse mayor implicación colectiva en objetivos comunes. Más afín a los modos tradicionales de transmisión del conocimiento.
2. Entender lo ocurrido en la comunidad o grupo desde la propia lógica interna. Objetivar los hechos y dar sentido a lo que sucede, a partir de elementos ideológicos, religiosos o simbólicos construyendo una narrativa compartida congruente al entorno que facilita la búsqueda de lógica y el análisis de la realidad.
3. Creación de lazos. El trabajo en grupos favorece que las personas afectadas puedan conocerse, desarrollar lazos, aprender a entenderse y aceptarse mutuamente y cooperar.
4. Compartir fuerzas. La distribución de las cargas y responsabilidades y el sentido de equipo puede generar energía grupal cuando los grupos no se centran sólo en los aspectos negativos de lo ocurrido.
5. Sentido de pertenencia. El trabajo comunitario puede conseguir que las personas se sientan miembros de un grupo y experimenten hacia ese grupo una gran variedad de sentimientos positivos.
6. Miedo y seguridad. La identidad colectiva es clave para aumentar la percepción de seguridad personal en contextos en que ésta es un elemento clave y puede permitir enfrentar mejor el miedo.
7. Reconocer los sentimientos. Escuchar a otros miembros de la comunidad expresar sus pensamientos o emociones respecto a un problema compartido ayuda a dar sentido a los sentimientos propios. Muchas veces estos se han escondido hasta entonces o

- se han negado por considerarlos negativos, signo de debilidad frente a otros, por vergüenza, por prejuicio social, por no preocupar a otros y querer protegerlos o porque ciertas emociones están fuera de la propia escala de valores.
8. Pensar juntos soluciones nuevas. Los grupos son más imaginativos que las personas. Además las decisiones o soluciones discutidas y propuestas en el grupo se integran mejor y se asumen y defienden como propias con más facilidad. Se utilizan más fácilmente por todos los miembros de la comunidad.
 9. Se experimentan diversos modos de enfrentar la realidad (unas personas más activas, otras más regulando emociones...), siendo todas validadas en función de cada persona y pudiendo ésta decidir cuál es el que probablemente más se adapta a sus circunstancias y modo de ser. Evitan el desarrollo de actitudes de indefensión o pasividad.
 10. Facilitar la expresión simbólica colectiva. Las formas culturalmente aceptables de simbolizar la experiencia pueden promover acciones sanadoras y la reconstrucción del sentido de identidad (ritos colectivos, celebraciones, etc.).
 11. Espacio de encuentro y distensión. A través de dinámicas y metodologías participativas, el grupo puede constituir un espacio lúdico, especialmente cuando no se fuerza la participación de las personas menos extrovertidas o para las que el intercambio, el contacto físico o el juego resulta violento.
 12. Eficiencia. Permite llegar a un número de personas grande en poco tiempo lo que no se logra con intervenciones individuales o familiares. Existen formas de trabajo en grandes grupos que permiten trabajar con comunidades enteras de varios centenares de personas.

CUADRO 21. TALLERES COMUNITARIOS CON ESPECIAL IMPACTO PSICOSOCIAL.

- Análisis de seguridad: Análisis de contexto, amenazas potenciales y planes.
- Manejo del miedo y el estrés
- Prevención comunitaria de riesgos: elaboración de mapas
- Talleres de cohesión comunitaria
- Organización y formas de liderazgo comunitario
- Análisis de vulnerabilidades / capacidades / oportunidades / riesgos frente a problemáticas específicas coyunturales.
- Resolución de conflictos dentro de la comunidad
- Posición comunitaria frente a actores externos.
- Estrategias de cabildeo. Mapas de poder. Estrategias de acción para el cambio
- Re-significación de experiencias colectivas. Elaboración colectiva de situaciones de duelo, crisis o trauma.
- Evaluación continua de programas o proyectos comunitarios.
- Memoria Histórica
- Talleres de acompañamiento jurídico. Búsqueda de justicia y Procesos de reparación colectiva.
- Trabajo con grupos específicos: niños, adolescentes, personas en mayor riesgo.
- Autocuidado del grupo
- Actividades lúdicas
- Talleres de intercambio de experiencias con otros grupos o comunidades
- Talleres de formación entre pares
- Educación en salud. Psico-educación
- Talleres de multiplicación de formación o experiencias. Formación de formadores en estrategias comunitarias

Dentro de estos ejes compartidos, las temáticas psicosociales que pueden abordarse a través de talleres son tantas como procesos en la vida de una comunidad. Existen algunas temáticas que se han mostrado especialmente relevantes en con-

textos de violencia o catástrofes. El cuadro adjunto muestra algunos de los más relevantes. Cada uno de ellos tiene objetivos y estrategias diferentes, aunque la mayoría comparten metodologías.

Hay que tener siempre en cuenta que en el trabajo comunitario alrededor de una experiencia compartida de trauma o pérdida, cuando hay diferentes niveles de afectación, es importante CUIDAR EL RIESGO DE ESTIGMA o de que en lugar de recibir apoyo, las personas más afectadas pasen a ser considerados como «especiales». En otras palabras, evitar que el grupo se convierta en una forma de señalar a algunas personas y hacer demasiado énfasis en la categoría de «afectados».

Los grupos comunitarios centrados en una experiencia determinada pueden ser más útiles cuando:

- La experiencia ha sido vivida de forma colectiva.
- Las personas no encuentran otro espacio social para compartir sus problemas y buscar soluciones.
- La gente se puede beneficiar del intercambio entre iguales.

Si no es así, es mejor recurrir a grupos de palabra entre afectados que expresen esta necesidad específica (ver ficha 7.2) No siempre que las personas hacen una buena evaluación sobre el beneficio del grupo, esto se traduce directamente en una disminución de los síntomas de sufrimiento psicológico. En ocasiones las actividades de grupo tienen el efecto contrario: reactivan emociones y procesos que estaban silentes o congelados. Es importante estar pendiente de cuando esto puede suceder y PREVER SIEMPRE UN SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES que permita garantizar que en aquellas personas que se abrieron heridas va a haber la posibilidad de seguir trabajando, si no en grupo grande, si en grupo pequeño o de modo individual. Por eso las intervenciones grupales deben poder ser complementarias con intervenciones de asesoramiento (NIVEL 2) y psicoterapia (NIVEL 3).

FACILITACIÓN DE TALLERES.

Los talleres comunitarios pueden ser espacios de reflexión, de procesamiento emocional o espacios de reflexión-acción si de ello se derivan procesos de acción colectiva organizada.

Los procesos pueden tener un facilitador externo que proponga dinámicas que faciliten la interacción grupal. Existen numerosas guías para facilitación de talleres, reuniones y asambleas⁷. En otras será el propio grupo quien organice el proceso de facilitación.

Como persona externa que acompaña al grupo o comunidad en un taller, excepto en acciones puntuales muy concretas – como en talleres de tipo psico-educativo- no somos por lo general la fuente de ayuda, sino que es la propia gente. El rol es más metodológico, de ordenación y facilitación, que de guía o consejo. Es importante el proceso de construcción y fortalecimiento de grupo y para ello es relevante tener una actitud que promueva al máximo la aparición y gestión del conocimiento desde los espacios naturales del propio grupo. Los talleres psico-educativos (ficha 2.5) deberían ser opciones solo para contextos en que se requiere transmitir determinada información que es muy poco probable que surja del propio grupo e incluso en esos casos es necesario preguntarse si lo que se propone resultará adecuado al contexto e introducir elementos de debate al respecto.

DINÁMICAS DE EDUCACIÓN POPULAR

Las técnicas de grupo son parte consustancial de las actividades psicosociales y comunitarias. En ocasiones se ha llegado a confundir a éstas con la propia actividad y existen guías de trabajo comunitario en que se detallan cada una de las actividades a realizar como si

⁷ Pueden consultarse y descargarse libremente numerosos materiales y guías en <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/trabajo-psicosocial-y-comunitario>

de una receta se tratara. En realidad es necesario partir del tipo de grupo, el clima y las propias expectativas para seleccionar las metodologías formales o informales que más pueden estimular al grupo y permitir alcanzar los objetivos. Las dinámicas son herramientas pedagógicas y formas de organización del trabajo, y no un fin en sí mismo. El objetivo no es el juego (aunque el juego pueda muy puntualmente ser útil) sino trabajar, cuando sea ajustado al objetivo final de la actividad, desde pedagogías alternativas liberadoras.

Dicho esto, presentan indudables ventajas: crean espacios de distensión o humor, permiten obtener un aprendizaje experiencial, que siempre se retiene en mayor medida que el puramente teórico, tienen una dimensión relacional, permiten visualizar escenarios, activan formas de pensamiento basado en metáforas o en simbolizaciones etc.

SEGUIMIENTO. PROCESOS DE FORMACIÓN DE FORMADORES

Para un enfoque comunitario en el trabajo psicosocial hay que tener un buen conocimiento de la situación, y de cuál es la red o las redes que permanecen activas y tienen un reconocimiento colectivo que pueda dar continuidad al trabajo posteriormente.

En la formación es necesario tener criterios adecuados de selección de las personas de la comunidad que pudieran ser elementos multiplicadores y de apoyo a las comunidades para no favorecer a determinados grupos frente a otros o llegar sólo a sectores afines a alguno de los grupos.

Los procesos de formación de formadores implican la réplica y generalización de un modelo de trabajo que se ha mostrado y probado numerosas veces con éxito. En ocasiones se desarrollan procesos de formación sin las garantías previas, o sin garantizar el acompañamiento al proceso de réplica o multiplicación. Una formación en talleres o dinámicas comunitarias que enfrentan las consecuencias emocionales del trauma o las pérdidas sin un acompañamiento cercano y prolongado en el tiempo puede ser con frecuencia fuente de daño más que una ayuda real.

CUADRO 22. TIPOS DE DINÁMICAS EN EL TRABAJO PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO – DINÁMICAS NO FORMALES.

- **Dinámicas de presentación y conocimiento:** crear espacios en los que los miembros puedan conocerse a partir de situaciones diferentes a los estereotipos y canales de comunicación habituales. Explorar las expectativas del grupo y consensuar de manera participativa los objetivos de la actividad.
- **Dinámicas para el desarrollo de habilidades prácticas o instrumentales:** estimulan la exposición a situaciones que el grupo desea ensayar (role-playing, escenificaciones..) compartiendo formas de respuesta y ensayándolas. Favorecen el sentimiento de preparación y de eficacia. Pueden plantearse múltiples situaciones de debate, ensayo entrenamiento de habilidades o autoafirmación frente a situaciones complejas.
- **Dinámicas de confianza:** Cuando el grupo ha pasado por experiencias críticas o debe enfrentarse a contextos adversos en que la confianza entre los miembros es clave, éstas dinámicas muestran como toda las personas dependen de otras, fomentan la confianza mutua y disminuyen inseguridad y rumores
- **Dinámicas de reflexión sobre la comunicación:** el control de la información, los rumores, la distorsión etc, son problemas que pueden dificultar el trabajo de un grupo
- **Dinámicas sobre formas de organización, roles dentro del grupo y estilos de liderazgo:** diversas actividades – como la elaboración de esculturas de grupo, trabajo con eventos críticos simulados etc... – ayudan a evidenciar roles y respuestas y a reflexionar sobre ellos y sobre el papel y el vínculo de cada persona con los demás. Pueden combinarse con dinámicas de intercambio de roles que ayudan a ponerse en el lugar de otras personas y a adquirir nuevas perspectivas.
- **Dinámicas de cooperación:** actividades orientadas a favorecer el pensamiento grupal y a valorar los resultados del trabajo en común y las ventajas de la cooperación frente a la competición.
- **Construcción de narrativas y simbolización:** tanto desde una óptica individual que luego pueda ser compartida (p.e. elaboración de la línea de la vida) como desde una óptica comunitaria (relatos compartidos, dibujos, representaciones y otros ejercicios de historia compartida e identidad grupal).
- **Dinámicas de resolución de problemas:** desde el diagnóstico compartido a partir de casos, a la tormenta de ideas, la jerarquización de soluciones, el análisis del mapa de influencia o poder sobre el hecho crítico y los mapas de decisión-acción-

FICHA 1.3. LA MEMORIA COLECTIVA COMO HERRAMIENTA PSICOSOCIAL.

¿POR QUÉ TRABAJAR CON LA MEMORIA EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA O CATÁSTROFE?

El trabajo con la memoria individual y grupal es una poderosa herramienta de reconstrucción del tejido social. Entre las razones para ello está:

1. Los hechos traumáticos cambian la percepción que tiene la gente de sí misma y generan un sentido de discontinuidad de la vida. Muchas veces se articulan a partir de los aspectos más negativos de la experiencia. Hay que trabajar para el rescate de la memoria y trata de ayudar a las familias y las comunidades a reconstruir una memoria positiva de la resistencia, a tener una imagen de sí misma que preserve al grupo, a encontrar sus raíces y no ver su identidad ligada al daño, el estigma o la destrucción.
2. La identidad colectiva de los grupos asienta en buena medida en su historia. La historia no es neutra, sino que obedece a intereses de clase, género o etnia. Generalmente se construyen memorias polarizadas en base a la historia de los vencedores o de quienes detentan el poder. Son quienes deciden qué hechos deben ser recordados, cuales deben simbolizarse en fechas o monumentos y qué acciones deben considerarse heroicas. Frente a esto existen otras memorias. Las pequeñas memorias locales, las de los grupos minoritarios, las memorias de las víctimas. Avanzar hacia memorias que rescaten las otras historias, las pequeñas historias o las historias de la vida cotidiana desde una óptica :

- Compleja. Intentando comprender a todos y todas desde su peculiar vivencia de lo ocurrido. Que fomenta espacios de tolerancia al otro
 - Que quiere ir más allá de los hechos para entender las causas
 - Inclusiva: Que da especial voz a los que normalmente no la tienen.
 - Que considera a las personas y comunidades víctimas como sujetos de derechos y actores sociales.
3. Recordar u olvidar tampoco es neutro. El recuerdo de los hechos traumáticos evoca emociones intensas en quienes dan sus testimonios o se encuentran más unidos a las víctimas. Hay personas que tienden a recordar y dar vueltas al dolor mientras que para otros los hechos traumáticos tienden a evitarse o inhibirse, ya sea por el carácter amenazante y doloroso del recuerdo, por la estigmatización y el rechazo que pueden provocar, o como una forma de proteger a los próximos. Qué recordamos y qué olvidamos habla de quiénes somos y cómo nos afectaron los hechos. Construir un relato colectivo, cuando se hace desde el respeto a las historias personales, ayuda a la persona a entender sus procesos personales y a desbloquear aspectos del pasado. Es importante dar seguimiento a estas historias personales que surgen del proceso comunitario o de grupo.
 4. Hablar de los hechos puede ser un modo de :
 - a. Enfrentar pactos sociales de silencio, de lo «no hablado». En muchas sociedades atravesadas por la violencia existen silencios que trasladan el daño de modo transgeneracional.
 - b. El silencio es la primera consecuencia del miedo. Compartir memoria puede ser un modo de enfrentar el miedo y de construir espacios de confianza.

ANTE TODO NO HACER DAÑO.

1. Es importante clarificar y acordar el para qué de los procesos. En ocasiones hay una cierta tendencia al «manoseo» de las víctimas.

Narrar por narrar sin un objetivo claro y un trabajo estructurado con esa narrativa puede ser re-victimizante y anclar y cristalizar memorias del dolor.

2. La construcción de una memoria colectiva no puede ser un ejercicio de forzar los relatos individuales. Es importante respetar los tiempos y dinámicas personales. Guardar silencio no significa no estar realizando un proceso personal y en cualquier caso es un derecho de todo participante que no debería verse violentado por una presión de grupo a hablar de hechos de los que no desea hablar en primera persona.
3. Los ejercicios grupales de reconstrucción no persiguen elaborar una Historia (relato de hechos para una crónica oficial) sino hilvanar múltiples historias (relatos de hechos desde la subjetividad de quienes las vivieron) de las que pueda surgir un relato compartido, tan subjetivo como lo serán las múltiples historias que lo conforman.
4. La memoria histórica debe ser reparadora para las comunidades y las víctimas. Para ello:
 - 4.1. Reconocer el derecho de las víctimas y las comunidades victimizadas al dolor el resentimiento o el rencor. Validar la legitimidad de la indignación. Entender el perdón como una posibilidad y un privilegio y no como un deber socialmente impuesto.
 - 4.2. Trabajar la desculpabilización de las víctimas allí donde esta pudiera aparecer. Debe en la medida de lo posible identificar a los responsables de lo ocurrido. Quien fueron responsables, desde qué lógica.
 - 4.3. No profundizar conflictos comunitarios. Si estos surgen, aceptar la posibilidad de múltiples versiones de la realidad y la necesidad de *acercarse la perspectiva del otro* más que de imponer la propia.
 - 4.4. Hablar de lo perdido, pero también del futuro y los ca-

minos y retos por delante. Aparte de la memoria de los hechos, del dolor, hay también una memoria de la solidaridad que puede ser importante recoger por parte de familiares de las víctimas como memorias positivas, recuerdos de logros y afectos que hagan más llevadera la pérdida y ayuden a recuperar la confianza en sí mismos.

En los procesos de recuperación de la memoria, generalmente se trabaja alrededor de cuatro grandes temas:

- Los hechos en sí: qué pasó, quién fue el responsable, quién es la víctima.
- La experiencia de los supervivientes, de las víctimas con el fin de rescatar tanto los hechos de dolor como las fuerzas positivas: ¿Qué consecuencia tuvo eso en su vida? ¿Qué hizo para enfrentar la situación? ¿en qué nos cambió como personas, como grupo y como comunidad?
- El significado que se le da al hecho traumático en el conjunto de la historia de la comunidad: ¿por qué cree que pasó eso?. La identidad colectiva desde la historia.
- Expectativas y esperanzas: ¿qué cree que hay que hacer para que lo ocurrido no se repita en el futuro?

DINÁMICAS PARA EL TRABAJO EN MEMORIA HISTÓRICA.

Existen numerosos materiales de educación popular que proveen guías prácticas específicas para el trabajo con procesos de memoria.⁸ Algunas pueden ser:

⁸ Ver por ejemplo los materiales disponibles en el centro de recursos en salud mental y derechos humanos www.psicosocial.net o la guía *Recordar y narrar el Conflicto. Herramientas para reconstruir Memoria Histórica* del Grupo de Memoria Histórica (descargable en http://www.mapp-oea.net/documentos/iniciativas/Memoria_Historica.pdf) en el que se basa esta sección

CUADRO 23. DINÁMICAS PARA EL TRABAJO EN MEMORIA HISTÓRICA.

ELABORACIÓN DE MAPAS Y CARTOGRAFÍAS	
MAPA DE VIDA	Trabajo en grupo. En un papel se identifican uno o más elementos simbólicos (tanto de dolor como de resistencia) respecto a los hechos ocurridos. A continuación los diferentes participantes (o los diferentes grupos) dibujan o sitúan en ese mapa lugares de especial trascendencia simbólica para ellos en relación con la historia o los hechos recientes. A continuación se coloca el mapa en lugar visible y cada persona o grupo va dando una visión global del mapa (identidad colectiva) y describiendo al resto las huellas significativas de dolor y de resistencia que dibujó.
MAPA DEL ENTORNO	Trabajo sobre un mapa en este caso real de la zona, elaborado previamente. Sobre él se hace una reconstrucción consensuada de hechos y se van indicando secuencias o marcando hitos.
MAPA ANDANTE	Se prepara un recorrido por la zona y se van conversando relatos mientras se reconocen los lugares y se rememoran los hechos. Puede auxiliarse con el uso de fotografía o video y tener posteriormente sesiones de visionado del entorno recorrido y las entrevistas realizadas para discutir y afinar el relato compartido. Es importante que el recorrido sea consensuado por los participantes.
MAPAS DEL CUERPO	Los participantes dibujan la silueta de su cuerpo sobre una hoja grande de papelógrafo, a tamaño natural. Puede ser real (la persona se tumba y otros dibujan su silueta) o simbólica, realizada por la propia persona. A continuación utilizan trozos de papel de colores, post-its, rotuladores u otro material para ir dibujando las marcas de los hechos en su cuerpo. El cuerpo se constituye como espacio de memoria. Es un trabajo poderoso en grupos de personas que han sufrido tortura o en víctimas de violencia sexual.

LÍNEA DEL TIEMPO	Similar a la clásica dinámica de la Línea de la Vida, que se hace a nivel individual, pero en este caso el grupo trabaja la «Línea del Tiempo» comunitaria, acordando previamente el tiempo sobre el que se desea trabajar. Análogamente, se trabaja con experiencias de dolor y de resistencia. Alternativamente, cada persona puede elaborar su Línea de la Vida. Estas se comparten después para ver cómo determinados hechos comunitarios marcan un antes y un después en la vida de las personas, y los hitos comunitarios de cada Línea de Vida se unifican en una Línea del tiempo comunitaria.
VISUALIZACIONES	
REPRESENTACIONES ARTESANALES DE LOS HECHOS	Trabajar a través de tejidos (tejer colchas, elaboración de arpilleras), con barro o pasta de moldear, uso de sábanas o mantas y rotuladores para tela etc. para representar hechos de relevancia simbólica y poder narrarlos al grupo. El resultado puede después quedar expuesto en algún espacio comunitario compartido.
TRABAJO CON FOTOGRAFÍAS	Los participantes eligen y traen fotografías significativas de su vida en relación a los hechos y se comparte, o se elabora un mural. Además de fotografías, o en contextos donde la fotografía no es relevante, pueden compartirse objetos o recuerdos simbólicos de otro tipo.
TRABAJO CON VIDEOS	Se realizan entrevistas etnográficas que quedan como fuente de documentación. Posteriormente pueden verse en grupo algunos fragmentos y discutirlos colectivamente y trabajar un relato compartido.
TRABAJAR CON NARRATIVAS	
ETNOGRAFÍAS Y ENTREVISTAS	El grupo acuerda sobre qué aspectos desea ser preguntado o qué preguntas vale la pena hacerse. En los días o semanas siguientes algunas personas que actúan de entrevistadoras van contactando con las personas y realizando las entrevistas. Por ejemplo, puede tratarse de un grupo de nietos que entrevistan a sus abuelos en base a las preguntas que los propios abuelos y nietos han elaborado. El resultado después es sintetizado en un documento que es expuesto y discutido en una reunión comunitaria.

HISTORIAS DE VIDA

El grupo reconstruye la vida de una persona o una comunidad, aportando elementos que no todo el mundo conocía y rescatando elementos biográficos, anécdotas y hechos relevantes del olvido. Permite elaborar procesos de duelo.

Todas estas actividades deben tener un balance entre el recuerdo del dolor y la resistencia, entre el duelo y las identidades pasadas y el futuro y las nuevas identidades.

En los talleres de memoria histórica se reavivan con frecuencia recuerdos y emociones. Es importante permitir estas expresiones brindando un apoyo cuando sea necesario (ficha 1.5) o detectando personas que pudieran requerir intervenciones más complejas o prolongadas de aconsejamiento (ficha 1.6) o psicoterapia.

Deben así mismo prever un tiempo amplio y suficiente de balance que permita hablar de:

- Cómo se sienten los participantes después del trabajo realizado
- Qué debería ocurrir o qué acciones deberían tomarse para que estos hechos ni vuelvan a repetirse
- Qué tipo de medidas de reparación serían relevantes para el grupo.
- ¿Se desea dar continuidad a la actividad de algún modo?. ¿Qué otros pasos o actividades se podrían dar, si se requiere alguno?

FICHA 1.4 TRABAJO CON ORGANIZACIONES DE VÍCTIMAS

En el trabajo dentro de las organizaciones de víctimas existen un potencial ético indudable. Las asociaciones son por lo general agentes transformadores y motor de cambio social. Pueden ser referentes éticos para el conjunto de la sociedad y baluartes para evitar el olvido colectivo en contextos de violencia

Pero también existen riesgos cuando las víctimas pueden acabar atrapadas sin quererlo en un rol centrado en la idea de dolor y de daño que mine su potencial de seres humanos que enfrentan la adversidad.

Entre los aspectos a trabajar en el acompañamiento puede resultar relevante:

- Fomentar la ayuda mutua.
- Cubrir el espacio de apoyo directo a las víctimas que no satisfacen otras instituciones públicas y coordinación con ellas.
- Planificación de servicios acordes con las necesidades reales. Evitar la medicalización, psiquiatrización o psicologización de los problemas de duelo o de las respuestas normales de miedo o incertidumbre.
- Proveer cuidados para las personas con funciones de liderazgo evitando fomentar personalismos.
- Fortalecer procesos de toma de decisiones por parte de los miembros consensuado y representativo.
- Acompañar en el proceso de creación de una actitud de exigibilidad de derechos como actores sociales. Fomentar una identidad de víctima no nucleada alrededor de la noción de daño, sino como persona con derechos vulnerados y titular de derechos exigibles. Apoyar en el proceso de demandar a las instituciones públicas que cumplan su obligación de reparación y rehabilitación (incluyendo una atención médica y psicológica adecuada).
- Fomentar la disposición a trabajar en colaboración con otros movimientos sociales, que ayuden a sus miembros a tener una

visión más global y a ser partícipes de espacios que no son exclusivamente los del mundo de la victimización.

Existen una serie de riesgos en la interacción entre el grupo y la sociedad en su conjunto que son especialmente conocidos por las víctimas, que con frecuencia los sufren y que en ocasiones pueden reproducirse a lo interno de las organizaciones. Algunos de estos, que pueden trabajarse en el proceso de acompañamiento podrían ser:

- Polarización («O conmigo, o contra mí»).
- Alienación («Todos los demás son enemigos»).
- Aislamiento social: («La gente es indiferente. A ellos no les afecta. Sólo nosotros podemos llegar a entendernos»).
- Dificultad para trabajar con otros colectivos o instituciones («No comparten las mismas ideas» «Se dejan manipular» «No tienen derecho...»).
- Exigencias constantes, sobre todo de atención y asistencia («Tras el primer momento, hemos sido olvidados, y estamos peor que nunca...»).
- Toda la actividad personal gira en torno al suceso traumático («Aquello me cambió la vida...» «Desde que me levanto...»).

El balance entre unas cosas y otras es sutil y requiere de una actitud personal de empatía y de un *vínculo comprometido* que permita crear progresivamente espacios de confianza.

En el acompañamiento emocional y la psicoterapia, serán re-victimizantes los enfoques terapéuticos centrados exclusivamente en la idea de daño. Intervenciones clínicas que afirman que «el daño es para siempre», que sólo los terapeutas y otras víctimas «pueden entender» o que solo es posible «aprender a sobrevivir» pueden constituir formas de introducir en la persona ideas de irreversibilidad del daño que tal vez le son ajenas, y en lugar de suponer un alivio corren el riesgo de crear guetos de víctimas ancladas en el dolor y dependientes del o los terapeutas. En ocasiones ha ocurrido, así mismo, que

algunas asociaciones se han convertido en espacios cerrados donde el dolor se alimenta y se perpetúa⁹. Las experiencias extremas transforman a las personas a veces de modo irreversible pero existen múltiples identidades que surgen del dolor que no tienen por qué ser la de víctima.

En el apoyo mutuo y el acompañamiento grupal las asociaciones de víctimas han sido históricamente importantes motores de cambio social y es fundamental poder conectar a las víctimas con ellas especialmente cuando han centrado su actividad tanto en trabajar y reconocer los espacios de dolor como en fomentarla búsqueda de restitución de derechos y en especial el derecho a la verdad, la justicia y la reparación.

⁹ Una trabajadora social de la Asociación de Víctimas del Terrorismo (AVT) de España, que abandonó dicha organización, lo expresaba con estas palabras: «la experiencia demuestra que si las asociaciones de víctimas no tienen el objetivo de hacer superar y acompañar en superar el victimismo a las víctimas, pueden llegar a ser peligrosas para las propias víctimas ya que multiplican la victimización, cierran el camino de la superación y crecimiento personal, mantienen constantemente la herida abierta, fuerzan las estructuras de participación social y sobretodo pueden hacer que las víctimas sean manipuladas (...)»(57). La Ficha 0.3 recoge algunos de estos aspectos (58)

INTERVENCIONES DE
APOYO EMOCIONAL EN LA
INTERVENCIÓN COMUNITARIA.



FICHA 1.5. PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA (P.A.P.)

La primera ayuda psicológica (PAP) es una respuesta de apoyo emocional a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda¹⁰.

El objeto de la PAP es:

- Evaluar las necesidades y preocupaciones de la persona.
- Ayudarlas a atender sus necesidades básicas (comida y agua, información...) fomentando su propia autonomía en la medida de lo que la persona pueda.
- Brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva.
- Ayudarlas a acceder a información, servicios y apoyos sociales.
- Protegerlas de ulteriores peligros.
- Escuchar a las personas sin presionarlas para que hablen.
- Reconfortarlas y ayudarlas a sentirse con algo más de calma.

La PAP

- NO es algo que sólo pueden hacer los profesionales. No es asesoramiento profesional (nivel 2). Es algo que cualquier miembro del equipo debe estar en capacidad de hacer.
- NO es ventilación emocional («*debriefing* psicológico») puesto que la PAP no entra necesariamente en la discusión de los detalles del acontecimiento que ha causado la angustia ni es una intervención estructurada para lograr expresar el hecho o las emociones. Es una intervención de *contención emocional* en el marco de otro tipo de intervenciones.

¹⁰ Aunque existen diferentes modelos de PAP, en el año 2012 se publicó un documento de consenso internacional – que utilizamos aquí como marco de referencia- titulado Primera Ayuda Psicológica: Guía para trabajadores de campo (55). Impulsado por la OMS tras consultas con técnicos y organizaciones de todo el mundo, contiene directrices muy claras para la intervención y un breve y excelente manual de formación que puede descargarse de Internet. La formación puede proporcionarse en talleres de 1 a 3 días de duración.

- NO es pedir a alguien que analice lo que le ha sucedido o que ordene los acontecimientos ni es preguntarle cómo se siente y estimular que logre la expresión de emociones. Es ayudarle en estar en mejor disposición de poder seguir adelante con lo que tiene que hacer en una situación muy difícil para ella.

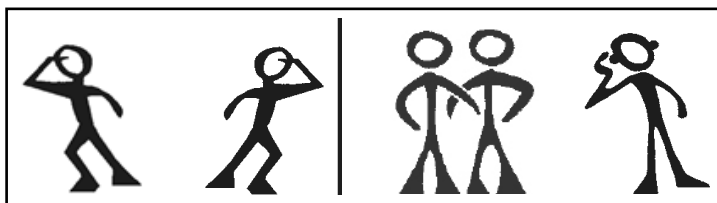
Una intervención de PAP puede realizarse en situaciones cómo:

- Momento puntual de desbordamiento en una exhumación o un reconocimiento de restos.
- Ansiedad antes de declarar como testigo en un juicio.
- Reacción de un familiar ante la comunicación de una mala noticia.
- Caos emocional de algunas personas que encontramos cuando llegamos a un lugar poco después de un hecho de violencia colectiva.

Proporcionar Primera Ayuda Psicológica de manera responsable significa tener en cuenta 4 aspectos:

1. *Respetar la seguridad, la dignidad y los derechos.* Evitar que nuestras acciones puedan poner en mayor peligro a las personas; tratar a la gente con respeto y asegurar que las personas puedan reclamar sus derechos.
2. *Adaptar lo que se hace para tener en cuenta la cultura de las personas:* vestimenta, idioma, sexo, edad, poder, contacto, comportamiento, creencias o religión...
3. *Estar informado* de otras medidas de respuesta y poder transmitir esta de modo claro y fiable.
4. *Cuidar de sí mismo.*

La intervención propiamente dicha incluye cuatro elementos. En inglés, para facilitar la nemotecnia se habla de las 4 L. LEARN, LOOK, LISTEN y LINK,



En castellano utilizaríamos los términos *Prepararse* (antes de comenzar), *Observar*, *Escuchar* y *Conectar*.

CUADRO 24. PRINCIPIOS DEL PAP.

PRINCIPIO	ELEMENTOS
ANTES DE LLEGAR / EMPEZAR	
Prepararse (antes de llegar)	• Informarse acerca de lo ocurrido. Conocer el contexto. • Informarse acerca de los servicios y apoyos disponibles. • Informarse acerca de los posibles riesgos y aspectos de seguridad.
EN EL LUGAR	
Observar	• Comprobar la seguridad al llegar. • Comprobar si hay personas con necesidades básicas urgentes evidentes. • Comprobar si hay personas que presenten reacciones graves de angustia.
Escuchar	• Acercarse a las personas que puedan necesitar ayuda. • Preguntarles acerca de sus necesidades y preocupaciones. • Escucharlas y ayudarlas a tranquilizarse.
Conectar	• Ayudar a las personas a que puedan atender sus necesidades básicas y a que tengan la posibilidad de acceder a los servicios. • Ayudar a las personas a hacer frente a sus problemas. • Brindar información. • Poner en contacto (conectar) a los afectados con sus seres queridos y con las redes de apoyo social.

Hay algunos elementos que son relevantes en estas 4 acciones:

CUADRO 25 LO QUE DEBE Y LO QUE NO DEBE HACERSE AL USAR PAP.

LO QUE DEBE HACERSE	LO QUE NO DEBE HACERSE
Respetar el derecho de la gente a tomar sus propias decisiones.	No pedir a la persona nada a cambio de ayudarle («yo me quedo con usted pero quiero que usted...»)
Ser consciente de sus propios prejuicios y preferencias, y mantenerlos al margen.	No hacer falsas promesas («no se preocupe que nosotros...») o proveer información no contrastada («yo diría que están vivos...»).
Dejar claro a la gente que incluso si no quieren que este-mos con ellos ahora, estamos disponibles. («Voy a estar por aquí... Si necesita ayuda no tiene más que decirme...»)	No exagerar las habilidades o capacidades ni provocar situaciones que quizás no se puedan manejar después.
Respetar la privacidad y mantener la historia de la persona confidencial, salvo imperativos.	No presionar a la gente para que le cuente su historia. No compartir detalles de la historia de una persona con otras personas de modo innecesario.
Comportarse de forma adecuada teniendo en cuenta la cultura, edad y género de la persona.	No forzar la ayuda en la gente, y no ser entrometido, invasivo o prepotente («mire, lo que tiene que hacer es...»; «Contrólese un poco, por favor...») No juzgar a la persona por sus acciones o sentimientos («No entiendo porque se lo toma así, la verdad... hay personas que están peor...»)

Algunas personas pueden estar heridas y pueden tener lesiones de tipo vital que nosotros no estamos capacitados para evaluar. O tendrán necesidades que quizás tendrán que ver con la seguridad inmediata. Es importante conocer los límites y pedir ayuda a otros que puedan proporcionar asistencia médica u otro tipo de asistencia y no retrasarla. Preservar la vida de la persona es el primer requerimiento.

En el campo psicológico también habrá personas que puedan estar muy bloqueadas o desbordadas y requerir intervenciones de apoyo psicológico más especializado, aparte de PAP. Será importante poder conectarlas con quien pueda proveer esta ayuda adicional.

En especial, son personas que necesitan asistencia especializada inmediata:

- Personas con lesiones graves que pongan en riesgo la vida y que necesiten evaluación médica inmediata.
- Personas que están tan angustiadas que no pueden cuidar de sí mismas o de sus hijos y deben estar acompañadas.
- Personas que pueden herirse a sí mismas o intentar suicidarse.
- Personas que pueden agredir a otras personas.

La mejor manera de lograr desarrollar habilidades de P.A.P. en los equipos es a través de

- (a) actividades de formación basado en role-playing con todo el equipo, guiadas por los psicoterapeutas y
- (b) reuniones de equipo de evaluación y supervisión de las intervenciones realizadas, viendo conjuntamente que tipo de acciones ayudaron y fortalecieron a las personas y cuáles no y oportunidades de mejora.

FICHA 1.6. HABILIDADES DE ESCUCHA ACTIVA O ESCUCHA EMPÁTICA.

La escucha activa (EA) también llamada Escucha Empática es un primer nivel de apoyo avanzado a través de la palabra. No constituye un trabajo sistemático de exploración y cambio como lo sería una Psicoterapia o una intervención de Asesoramiento (NIVEL 2). Es una acción de apoyo desempeñada por cualquier persona que se ve en la situación de sostener una conversación respecto a las circunstancias de la persona o los hechos traumáticos ocurridos en términos básicamente emocionales y que requiere de algunas habilidades y experiencia más que el P.A.P., especialmente en el trabajo con narrativas y con emociones.

ESCUCHAR. Al igual que en la PAP, cuando se escucha activamente se deja de lado el ritmo habitual en una conversación y se deja de lado momentáneamente el propio punto de vista para sintonizar con la otra persona. Tiene mucho que ver con la empatía, que es la capacidad de ponerse en la piel de la otra persona y comprender con respeto lo que el otro está experimentando.

ENTENDER. Es fundamental tener claro que para poder «escuchar» y «acompañar» no es necesario «entender». Porque partimos de que la vivencia traumática extrema es «incomunicable». Lo que explican buena parte de las personas que han pasado por experiencias extremas es que *es muy difícil poner palabras al horror*. Son muy comunes expresiones como «*no puedes entender*» o «*tu no sabes lo que esto*». Y es importante no ceder a la tentación de decir : «*si puedo entenderlo ...*». Porque es incierto, ni aún siquiera si se ha pasado por la misma experiencia, porque cada vivencia es única. Decirlo no suele ayudar, porque descalifica la experiencia del otro. La experiencia traumática extrema es, por tanto, casi diríamos que por definición, inenarrable, incomunicable, incomprensible.

En este sentido, lo honesto (y lo terapéutico) es reconocerlo así en la conversación de escucha empática («Se que no puedo llegar a entender lo que esto significa...») y, pese a eso, querer acompañar («...pero me gustaría poderte acompañar e intentarlo...»).

ELEMENTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA DE ESCUCHA ACTIVA

Si la entrevista no ha sido solicitada, es básico cuidar los aspectos formales y de respeto hacia el otro. Dado que la persona ha sufrido los impactos de una situación de violencia, es importante ser cauto para no actuar con una entrevista que pueda ser interpretada como una nueva forma de violencia. Normas a seguir son:

- Dar al otro el control de la entrevista: «¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?»
- Justificar la necesidad de las preguntas: «Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber». «No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido». «Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar o que no se siente con ganas o energías de contar».
- No imponer un ritmo: «En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor».
- Ofrecer opciones: «Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos o dibujarlos o sacarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien».

Es muy importante no «hurgar» en lo ocurrido, ya que para dar apoyo emocional no se necesita saber la «verdad» de lo que ha pasado. Puede preguntarse si la persona manifiesta el deseo de hablar y en la conversación surge de manera espontánea preguntar por detalles que son relevantes para la adecuada comprensión de los hechos. Pero en general resulta más relevante poner el foco de atención en cómo se siente la persona respecto a lo que sucedido (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...) y detectar cuáles de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza o culpa graves) y trabajar conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos, siempre teniendo en cuenta que ayudar al interlocutor a pensar en posibilidades

alternativas es algo muy diferente de ofrecerle como alternativa más plausible nuestro punto de vista, porque esto puede ser vivido como una descalificación de su experiencia.

Esto NO significa hacer un trabajo sistemático con las emociones como se hace en psicoterapia y se explica en la ficha correspondiente en los niveles 2 y 3, sino interesarse por las emociones que siente la persona en ese momento y cuando estas puedan ser un problema en el futuro si se consolidan y cristalizan, intervenir para buscar alternativas.

- Superviviente: «Si yo hubiera pensado en irnos antes...»
- Trabajador psicosocial: «¿Esta pensando en eso? ¿Cree que quizás esto ha pasado por culpa de usted?»
- Superviviente: «Sí, claro...»
- Trabajador psicosocial: «Usted intentaba pensar qué podía hacerse y parece que todo fue demasiado rápido. Era imposible saber lo que iba a pasar después. Nadie podía saberlo. ¿No cree que no tiene ningún sentido hacerse daño ahora con esto?...»
- Superviviente: «Es tanta rabia e impotencia»
- Trabajador: Rabia...
- Superviviente: «Rabia porque sabíamos que esto iba a suceder, lo sabíamos... en algún momento...»
- Trabajador: «Es decir, tiene rabia, por lo que me dice, porque usted quiso evitar esto y no pudo...»
- Superviviente: «Con todas mis fuerzas»
- Trabajador: «Usted intentó evitar con todas sus fuerzas que eso ocurriese, pero hay cosas que nadie puede controlar y menos en cuestión de segundos... ¿Me da permiso para quedarme un rato con usted?»

PAUTAS

Para ello hay una serie de ejes conceptuales:

Una actitud de atención, respeto, acogida y apoyo hacia la persona afectada, sin invadir en ningún caso su espacio ni imponer la ayuda.

- Ayudar a las personas a enfrentar sus dudas respecto a pequeños problemas prácticos que, en momentos así, pueden parecer un mundo. Facilitar la búsqueda de soluciones más que la solución en sí misma.
- Comprender las reacciones emocionales: confirmar a los supervivientes que las reacciones emocionales tan fuertes que han vivido o que les sobrepasan son reacciones esperables en tal situación.
- Normalizar las reacciones físicas, que son producidas por la tensión y que hay que entender como expresión del sufrimiento: temblores, relajación de esfínteres, cefaleas, insomnio... Cuando las personas se encuentran muy aturcidas por el choque emocional abordar los síntomas físicos puede ser útil como una forma de hacer algo, de establecer una buena relación y de mejorar el bienestar de la persona.
- Si la persona no es responsable directa de los hechos, ayudar a encontrar un primer sentido no culpabilizante a la experiencia. Si lo es, aplazar la evaluación crítica para cuando se disponga de mayor distancia y objetividad de juicio. Así, una de las preguntas repetidas es: ¿Por qué tuvo que suceder? ¿Por qué a mí? Es importante no dejar estas preguntas abiertas. Hay personas que aceptan el papel del azar en la vida. Otras tienden a culpabilizar o a culpabilizarse como un modo de dar sentido a las cosas. Esto puede dificultar la respuesta emocional resiliente.
- Ayudar a los supervivientes a identificar los cambios sufridos en las relaciones familiares y sociales y los nuevos roles que esto pueda conllevar. Señalar, si procede, también las formas de solidaridad, grupos de apoyo y nuevas amistades o trabajar la posible decepción ante la falta de apoyo (percibida) buscando vías realistas de expresar las necesidades y demandas o de intercambiar apoyos.
- Reflexionar sobre el modo en que la experiencia afecta a la propia persona que ayuda y si sus propios problemas pueden ser de ayuda para entender el contexto y apoyar o pueden estar interfiriendo.

TÉCNICAS

QUÉ HACER

Pautas generales.

- Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), inclinado hacia delante y acercándose al otro, aunque sin invadir el espacio personal, lo que puede causar incomodidad.
- Tener contacto con la vista como signo de aceptación y de escucha y no rehuir, en ciertos momentos, el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal. Atender al significado y la regulación del contacto físico en cada contexto cultural y la importancia de la edad y el género de cada uno en el acto de tocar o pasar el brazo.
- Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice.
- Preguntar por sus necesidades, preocupaciones y dificultades.
- Formular las preguntas de manera abierta, que faciliten la comunicación, y que den control al otro, por ejemplo «¿cómo ves la situación ahora?».
- Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizando expresiones como «puedo ver que...», «por lo que dices, me parece que te sientes...», pero evitando «lo comprendo».
- Podemos decir «comprendo que sienta tanta pena» que es diferente a «lo comprendo» o «entiendo esa pena que siente».
- Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando.
- Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad para corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: «¿Está diciendo que no puede soportar tanta tensión?».

- Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma o intentando llenar el silencio con cualquier comentario banal. El silencio ayuda, da tiempo al otro. Es muy importante saber aguantar los silencios.
- Contener las propias emociones. Es importante saber, con todo, que si el que escucha y esta en tareas de apoyo no puede evitar algunas lágrimas, esto no es necesariamente negativo. Llorar es un indicador de impacto emocional del que está escuchando y muy raramente va a influir de manera negativa en el apoyo que se brinda si el resto de la actuación es correcta. Por el contrario, en la mayoría de ocasiones, supondrá incluso un refuerzo del vínculo entre ambas personas. No poder, puntualmente, reprimir el llanto es un signo tolerable de apertura de uno mismo. Tocara después pensar, ya en frío, y quizás en una de las reuniones de supervisión, si hubiera algo más detrás.

Aunque no se trata propiamente de fases, es decir, no tienen por qué ir en este orden ni debe pasarse por todas ellas, puede ser útil como esquema recordar estas cuatro acciones posibles:

1. Facilitar la expresión de las emociones.
 - » Garantizar la confidencialidad preservando la intimidad de las personas a las que se da apoyo para poder tener su respeto y confianza.
 - » Escuchar activamente y con empatía, es decir, intentar en la medida de lo posible ponerse en el lugar del otro y comprender lo que le está sucediendo, creando una atmósfera calurosa y humana alrededor de la persona.
 - » Aceptar a las personas tal y como son sin juzgarlas: mostrar al otro una aceptación sin condiciones previas y sin emitir juicios de valor sobre su comportamiento. Por ejemplo, es difícil ayudar a una persona a la que, de entrada, le reprochamos porque bebe o porque golpea a su pareja. Esto nos va a impedir hablar de lo que le puede estar pasando, preguntarle (lo que de hecho ya es cuestionarle) por qué cree que lo hace y trabajar cómo poder cambiar esas actitudes y conductas.

- » Permitir y normalizar el llanto como elemento de descarga emocional. La normalización se realiza más con la actitud corporal de calma y el silencio que indicando a la persona lo que es o no normal, lo que pudiera llevar a pensar que se le está indicando que hay una cierta manera «esperable» en la que debe sentirse.
- » No interrumpir cuando la persona expresa emociones negativas. Permitirlo y dejar que exteriorice sus sentimientos el tiempo que sea necesario, recogiendo en silencio su dolor.
- » Sólo cambiar de tema cuando se intuye que la persona se va a descontrolar completamente, lo cual muy raramente va a suceder.
- » En caso de descontrol (la persona se levanta, grita, se tira al suelo...), conservar la calma, hablar en un tono de voz tranquilo y suave y dejar que pase la crisis.
- » En caso de que la emoción negativa predominante sea de enfado o rabia, facilitar la expresión procurando, con nuestra actitud más que con nuestras palabras, que la persona no se desborde. Si la queja o la rabia es contra nosotros, separar lo que dice (que habrá que escuchar y atender), del modo en cómo lo hace. En caso de agresividad verbal, no dejarse arrastrar respondiendo con frases del estilo «Usted no es nadie para hablarme así», «Si no le gusta, váyase», sino muestre una actitud empática de intentar resolver las cosas del mejor modo posible.
- » En el caso de un niño o niña que realiza actos agresivos de descontrol (romper objetos, golpear), es necesario enseñarle a auto-controlarse. Puede dejarlo momentáneamente solo hasta que se controle o contenerle corporalmente (sin agresividad y sin gritarle, sólo conteniéndole).

2. Preguntar sobre lo sucedido

A diferencia del PAP, en este nivel de intervención es relevante ofrecer abiertamente la posibilidad de contar. Para ello:

- » Realizar algunas preguntas de carácter abierto. Puede preguntarse «pidiendo permiso»: «¿Cree que podría contarme...?». «¿Desearía contarme...?».

- » Si la persona no muestra interés en narrar los hechos no insistir. No mantener una actitud inquisitiva, sino respetar una distancia psicológica.
- » Aguantar el silencio y no pensar que «hay que decir algo», porque los comentarios obvios o expresiones hechas como «la vida es así», «lo importante es que estás viva», «ya se sabe», «hay que resignarse», «a todos nos toca algún día», etc..., pueden sentar mal a la persona al darle la sensación de no ser comprendida. También pueden sentar mal expresiones bienintencionadas como «entiendo lo que le pasa» (porque genera sensación de distancia y de engaño), «sé cómo se siente» (cuando la persona tiene dificultades para saber ella misma lo que siente) o «podría haber sido peor y lo importante es que está viva» (no sabemos el contexto y podemos provocar mayor culpa por haber sobrevivido).
- » El silencio debe ser un silencio cómodo, de recogimiento y respeto en la reflexión del otro, no un silencio inquisitivo que ponga tensión en el otro si no habla.
- » Aprender a dar apoyo emocional es, en gran medida, aprender a estar en silencio con una actitud de la cara y el cuerpo que muestren atención y apoyo, pero sobretodo calma.
- » Si la persona queda bloqueada, se puede hacer alguna pregunta o repetir algunas ideas que ella ha dicho como una manera de ayudarle a que siga, si lo desea, pero siempre es el otro quien debe hablar. Y sin insistir.
- » Aguantar la información angustiante, el horror y el dolor de la otra persona sin ponerse nervioso ni devolverle la angustia.
- » Es especialmente importante indagar la posible existencia de ideas de suicidio si se sospecha que estas pudieran existir. No hay que tener miedo a abordar el tema directamente: quien está pensando en ello, encuentra alivio al ser preguntado. Contra lo que pudiera creerse por quien no tenga experiencia, raramente alguien a quien nunca se le ocurrió la idea, va a pensar en ella a raíz de haberle formulado la pregunta.

3. Ayudar a aclarar y ordenar

- » Organizar el pensamiento realizando resúmenes periódicos de lo que la persona nos ha contado y devolviéndoselo para centrar lo que está contando.
- » Ayudar a ordenar las ideas sintetizando los principales problemas y acciones enumerados hasta el momento.
- » Cuando la persona está confusa respecto a qué camino tomar, ayudar a pensar argumentos a favor y en contra, orientando en lo necesario.
- » Evitar los consejos directivos («lo que deberías hacer...») y en la medida de lo posible los indirectos («quizás lo que yo haría...»)¹¹.
- » Ayudarle a recordar otros momentos difíciles, aunque no se parezcan a la situación actual, e identificar lo que hizo para afrontarlo.
- » Destacar honestamente las fortalezas demostradas por la persona hasta el momento y ayudarle a reconocer sus formas de resistencia y a buscar recursos positivos a su alrededor en los que no había reparado (familia, amigos...).
- » Sugerirle ideas que puedan facilitar algunas de las cosas que ha enumerado como posibles caminos, así como técnicas de negociación.
- » Pensar en la posibilidad de esperar a tener más información, si el problema lo permite, y animar a buscar esa información.

4. Acompañar

- » Transmitir la necesidad de aceptar lo ocurrido (lo que no significa que no tenga que expresar el dolor y la angustia que pudiera sentir).
- » Saber esperar: a veces no es el mejor momento para hablar con la persona, ya que quizá considera que no tiene ningún problema o que no necesita ayuda. En este contexto,

¹¹ En ciertas ocasiones, cuando en los primeros días se da un estado de desorientación que dificulta la toma de decisiones, puede ser adecuada una actitud directiva, con instrucciones sencillas y breves, de carácter práctico, aplazando decisiones de mayor trascendencia para cuando la persona pueda recuperar una situación de control.

hay que respetar al otro y dejar espacio. La ayuda no pedida provoca agobio y rechazo. En todo caso, se trata de darle información que le ayude a pensar y de estar atentos a si en el futuro pudiera necesitar apoyo.

- » Ofrecer formas sencillas de contacto.
- » Tener una actitud proactiva en el futuro, manteniendo contacto periódico no invasivo. No esperar a una petición explícita de ayuda.
- » Animar a la persona a que haga pequeños cambios en su conducta, que sean pequeños retos que pueda cumplir (salir más de casa y hablar con los vecinos, trabajar una hora al día, beber un poco menos, etc.). Plantearlo como «experimentos», es decir, cosas que puede ensayar si se siente con ánimo, y ver qué es lo que ocurre, qué piensa o cómo se siente si lo hace. No debe, en ningún caso, ser una «tarea» o una exigencia.
- » Puede valorarse, según las circunstancias, desarrollar reuniones grupales con las personas afectadas con actividades para el manejo de la tensión (ver fichas 5.1 y 5.2).

QUÉ NO HACER

- Decir «le entiendo» o «imagino por lo que está pasado», porque aparte de inadecuado no es exacto.
- Pensar por adelantado lo que se va a decir y tener un discurso preparado.
- Ignorar o negar los sentimientos de la otra persona.
- Fingir que se ha comprendido, si no es así.
- Hablar de si mismo o de historias parecidas.
- Cambiar de tema o zanjar la cuestión.
- Aconsejar: «creo que deberías...», «¿cómo es que no...?».
- Tranquilizar, tratar de animar, consolar o quitarle importancia: «¡Anda, ánimo! ¡No hay para tanto!».
- Diagnosticar, juzgar o criticar lo que la persona hizo.
- Instruir: «Esto puede ser una experiencia interesante si...»

- Hostigar con preguntas o corregir: «¿Pero, cuándo empezó todo?», «No, esto no fue así»
- Permitir el descontrol. Es falsa la idea de que «descargar» la rabia a través de la violencia, alivia. Generalmente ocurre lo contrario: la persona se siente con más rabia aún.
- Evitar, por miedo, los temas posiblemente embarazosos, como hablar de las ideas de suicidio o de agresión.
- Prometer cosas que no se pueden cumplir en vez de ser franco con las limitaciones existentes.
- Tratar de trabajar otros elementos de duelo u otros síntomas postraumáticos, porque no es el momento y donde hay que poner el énfasis, en este momento, es en los elementos prácticos. El apoyo en crisis no es el lugar para hacer psicoterapia.

Las habilidades de Escucha requieren habilidades de entrevista que no están al alcance de la población general y que deben reservarse para terapeutas y para otros profesionales del equipo que han sido entrenados por estos y que pueden posteriormente supervisar sus intervenciones.

El entrenamiento es más complejo que en caso del P.A.P y puede requerir varias sesiones de trabajo.

Existen intervenciones más complejas de segundo y tercer nivel en las que se va más allá de las actividades puntuales de EA para poner en conexión dificultades actuales con antecedentes, pautas problema u otras y que pueden conllevar varias sesiones de trabajo (ver mapa de procesos). Es importante mantener la intervención de EA dentro del nivel que corresponde y no hacer intervenciones de mayor complejidad por profesionales sin la adecuada experiencia, en momentos inadecuados o en momentos en los que la persona no tiene capacidad para poder trabajar estos aspectos.

NIVEL 2. INTERVENCIONES FOCALES.



FICHA 2.1. HABILIDADES BÁSICAS DE ENTREVISTA PARA CONSEJEROS O TERAPEUTAS¹²

Esta ficha desarrolla las habilidades básicas o de primer nivel que se definen en la ficha 3.1 sobre habilidades de entrevista, en la que se hace referencia a los tres niveles de habilidades de entrevista:

1. PRIMER NIVEL: HABILIDADES BÁSICAS

A. HABILIDADES DE ESCUCHA

A.1. Actitud general de escucha:

La actitud del entrevistador facilita o dificulta la actividad narrativa del paciente durante la entrevista y su participación en la conversación. Tal actitud supone una disposición a recibir la comunicación proveniente del paciente y se traduce en unas manifestaciones físicas, en forma de posturas, gestos, movimientos, miradas, expresiones faciales, tono, volumen o ritmo de la voz, ritmo de la respiración, indumentaria... A través de esta actitud el entrevistador intenta concentrarse en el mundo de significados del paciente y manifestar su interés por él.

Hay elementos actitudinales que, al menos en algunas culturas, podrían considerarse útiles a esta finalidad de demostrar interés. Por supuesto se trata de algo orientativo, sujeto

¹² Estos aspectos pueden encontrarse desarrollados en Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2002) *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Desclee de Brower. Bilbao. Este texto contiene ejercicios prácticos para el entrenamiento en cada una de estas habilidades y una propuesta de formación estructurada que ha demostrado su eficacia en entornos reales publicada en Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B., Ortiz Sanchez, D., Baldor Tubet, I., González Juárez, C., & Ortiz Sánchez, D. (2010). Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents. *Psychotherapy Research*, 20(1), 113–121.

a múltiples variaciones individuales y que, seguramente, no tiene valor fuera de un entorno cultural noroccidental urbano. Creemos útil, sin embargo revisar el listado en la medida en la que nos parece que puede servir para llamar la atención del consejero o terapeuta hacia aspectos de su comportamiento a los que, quizás, no ha prestado demasiada atención y a permitirle hacerlos objeto de su reflexión.

A.I.1. POSTURA FÍSICA

Las recomendaciones construidas; según lo dicho antes, a este respecto, se refieren a cinco parámetros.

a. Ángulo-frente

En general se considera más adecuado no sentarse de frente, sino con un ángulo de 90 grados respecto al paciente. Esto facilita el que el paciente pueda en ocasiones concentrarse en su discurso sin tener que enfrentar nuestra mirada.

b. Inclínación hacia delante

Esta postura suele interpretarse como de interés e involucración en lo que se está escuchando. La inclinación hacia atrás puede interpretarse como una manifestación de displicencia o aburrimiento.

c. Apertura (manos y brazos)

Se trata de asegurar que la postura expresa nuestra apertura a la escucha. En general, los brazos y piernas cruzados expresan lo contrario.

d. Mirada (contacto visual)

El contacto visual suele interpretarse como una manifestación de interés. Este no implica una mirada fija o inmóvil (que puede resultar artificiosa o inquietante) pero sí un centrarse en la mirada del otro. La atención a los momentos en los que se produce la pérdida de este contacto visual puede ser fuente de información muy valiosa.

e. Relajación

Las posturas demasiado rígidas o las manifestaciones de inquietud o nerviosismo pueden hacer que el paciente se sienta incómodo y dificultar la entrevista.

A.1.2. ACTITUD INTERNA DEL ENTREVISTADOR

a. Silencio intra-psíquico

El entrevistador se compromete a dedicar sus reflexiones al consultante durante la entrevista y no dedicarse a pensar en otras cosas.

b. Suspensión del juicio

El entrevistador se prepara para intentar comprender el mundo de valores y significados de paciente. Debe comprender cómo estos se manifiestan en su comportamiento. Juzgar el comportamiento del paciente según los propios valores del terapeuta, no sólo no ayuda, sino que impide hacer esta operación. Cuando el profesional de ayuda se encuentra haciendo juicios de valor sobre el paciente (en lugar de intentar acceder al significado personal de sus actos) debe preguntarse qué es lo que le ha hecho apartarse de su cometido (esta pregunta puede ser fuente de información valiosa).

Las situaciones de violencia conllevan con frecuencia elementos de transferencia y contratransferencia complejos que favorecen la actuación en base a pre-conceptos y estereotipos, especialmente en casos de tortura, prisión, malos tratos o violencia de género.

A.II. Atención a lo no explícito

La actitud descrita en el apartado anterior nos dispone a prestar atención a lo que el paciente nos cuente. Pero es frecuente que el paciente nos consulte precisamente porque la historia que cuenta no es fácil de entender en los términos en los que la cuenta. Por eso es importantísimo prestar atención no sólo a lo que el paciente dice sino también a las cosas que calla, delibera-

da o inadvertidamente, y a las cosas que aunque no dice, están de algún modo implícitas en lo que dice. Para facilitar la exposición consideraremos cinco categorías de discurso no explícito.

A.II.1. DISCURSO INCOMPLETO

En una conversación con un interlocutor habitual, no es necesario explicar muchas cosas que, por la relación anterior, o por la cultura del microgrupo, pueden darse por sobreentendidas. En la conversación terapéutica, con mucha frecuencia, son precisamente estos sobreentendidos los que hay que convertir en objeto de discusión. Interesa, por tanto, localizar fragmentos omitidos e indagar los motivos por los que se ha procedido así con ellos. La detección de estos fenómenos lleva con frecuencia a la activación de maniobras de clarificación (ver más adelante) o a la formulación de preguntas que abren campos de conversación que de otro modo no se hubieran producido.

A.II.2. CONTENIDO IMPLÍCITO (INCLUYE EL LATENTE)

Freud introdujo el concepto de contenido latente para referirse a un discurso inconsciente que determinaría y, de un modo distorsionado por las defensas, se expresaría en el discurso manifiesto del paciente. El terapeuta podría ayudar al paciente a hacer consciente ese contenido latente y a establecer la relación entre los dos discursos a través de la interpretación (ver más adelante).

El concepto de contenido implícito que utilizaremos aquí incluye lo que Freud hubiera llamado contenido latente. Pero incluye también significados que no están explícitamente dichos pero que pueden deducirse de lo que el entrevistado dice. Estos significados pueden ser más o menos conscientes para el paciente y su exclusión del discurso explícito puede ser más o menos deliberada.

A.II.3. DISCURSO EVASIVO

En ocasiones la narración del paciente parece evitar selectivamente determinados temas. La indagación de esa evitación puede ser crucial para la entrevista.

A.II.4. OMISIONES

El paciente se ha referido con detalle a aspectos de alguna parcela de su vida, pero no ha mencionado personajes o hechos que pudieron ser relevantes.

A.II.5. DISCURSO RECURRENTE (TEMAS REPETIDOS)

En ocasiones hay temas que aparecen reiteradamente bajo la forma de diversas escenificaciones en el relato que un paciente hace de su vida. Entre los relativamente frecuentes está el haberse sentido despreciado o maltratado, el haber fracasado, el no haber sido recompensado como se merecía, el haber sido incapaz de algo...

A.III. Atención a la comunicación no verbal

El discurso verbal es sólo una de las formas mediante las que el paciente transmite información sobre su estado al terapeuta. Hay muchas cosas, sin embargo que un psicoterapeuta atento puede extraer de otras formas no verbales de expresión en la consulta y en el apartado dedicado a las habilidades de acompasamiento o de segundo nivel dedicaremos atención a ello y al entrenamiento de esas habilidades. Entre los aspectos a observar se encuentran la apariencia general, el autocuidado, la actitud corporal, la expresión facial, el tono de voz y las reacciones neurovegetativas que nos informan de los movimientos emocionales.

A.IV. Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta (utilización del Yo Observador)

Por la propia naturaleza de su trabajo, el terapeuta escucha relatos de hechos que, a veces, son impactantes, asiste a reacciones emocionales intensas por parte de sus pacientes y comparte con ellos mucho tiempo, parte del cual puede ser un tiempo con mucha carga emocional y mucha influencia en el curso futuro de su vida. Ello despierta emociones y a veces, desencadena pensamientos y comportamientos que no están guiados exclusivamente por la intención de actuar terapéuticamente. Está muy bien documentado en la literatura al respecto que, tales emociones, pensamientos y conductas pueden dificultar el trabajo terapéutico. Y, sin duda, puede ser así. Pero no es así necesariamente y esas mismas emociones pueden ser de gran ayuda.

El entrenamiento de un terapeuta no debe orientarse, por tanto, a que tales emociones no aparezcan, sino a que, cuando lo hagan, sean reconocidas por él o ella y puedan ser utilizadas a favor, y no en contra, del trabajo terapéutico. Sólo los terapeutas quemados no experimentan emociones con su trabajo, y la ausencia de emociones esperables es, precisamente uno de los más graves signos de alarma que el terapeuta puede detectar en sí mismo.

Por consiguiente, el terapeuta debe prestar atención, a las emociones y pensamientos que experimenta en la consulta. En primer lugar, debe reconocerlos. En segundo lugar debe plantearse en qué medida tales sentimientos se corresponderían con la respuesta que probablemente hubiera experimentado la mayoría de las personas si se encontrara en esa situación y en qué medida responde a algo más personal suyo (probablemente a algo que a él personalmente podrían también provocarle otras situaciones distintas de la que está viviendo en terapia). A la capacidad de hacer esto, la llamaremos Yo Observador del terapeuta.

B. FACILITACIÓN DE LA ACTIVIDAD NARRATIVA DEL PACIENTE

B.I. Facilitadores no verbales y de intervención verbal mínima

En la conversación terapéutica, como en las conversaciones ordinarias, fijar la mirada en la del interlocutor, levantar las cejas, hacer un movimiento con la mano, inclinarse hacia el que habla, emitir un sonido inarticulado (ahá..) o una palabra como «ya», «sí» o «comprendo», actúan como señales del que escucha para animar al que en ese momento habla, a seguir haciéndolo.

En algunos momentos de la terapia la actividad del terapeuta se reduce a este tipo de actuaciones. No nos vamos a detener, sin embargo en ellas porque, aunque su uso puede ser origen de problemas no es generalmente, debido al modo en el que se construyen (que es a lo que se refiere este primer nivel de habilidades) sino al momento y la forma en el que se usan, lo que tiene que ver con las habilidades de acompasamiento y guía a las que dedicamos otro apartado más adelante.

B.II. Parafrasear

La paráfrasis es una repetición de la idea que acaba de expresar el paciente (aunque no necesariamente de lo último que ha dicho). Para ello el terapeuta, utiliza las mismas palabras u otras, que permiten una formulación que al terapeuta le parece más clara o que pueda transmitir al paciente la idea de que el terapeuta se ha interesado por lo dicho y lo ha comprendido. La paráfrasis ayuda al paciente a centrarse en un tema o un aspecto del mismo.

B.III. Reflejar empáticamente

El término empatía se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar de otro y darse cuenta de cuáles son sus sentimientos y

cómo es su experiencia de esa situación. Hay varios conceptos relacionados, que, a veces, se confunden y nos interesa diferenciar. En primer lugar podríamos hablar de aptitud empática. Se trata de una capacidad de ponerse en el lugar de otro que parece común, al menos, a los seres humanos, pero que puede estar presente en mayor o menos medida en unos y otros. Hay personas a las que esto les es más fácil que a otras. No está claro que la aptitud empática pueda modificarse con el entrenamiento. En segundo lugar está lo que podríamos llamar actitud empática que es la disposición de una persona en un momento dado a ponerse en el lugar de otra. La actitud empática depende de las circunstancias. Hay momentos en los que, en función de la propia historia personal, uno se encuentra más dispuesto que en otros. También hay situaciones o personas que tienen capacidad de estimular o coartar esta actitud. Suele decirse que la actitud empática es cultivable personalmente. Y este cultivo debería formar parte del entrenamiento de los psicoterapeutas. Por último están las intervenciones empáticas. Se trata de interacciones por las que una persona se pone en disposición de escuchar a otra para hacerse cargo de su experiencia (escucha empática) y es capaz de hacerle ver que lo ha hecho (repuesta empática). La habilidad de hacer esto es entrenable y ese es uno de los objetivos de la formación.

El reflejo puede considerarse constituido por dos partes. La primera es una paráfrasis, es decir una formulación en palabras del terapeuta de un contenido ya expresado por el paciente. La segunda es una aseveración que pone en relación esta situación con un sentimiento o emoción que, generalmente, no ha sido explícitamente referido por el paciente pero que el terapeuta puede intuir en base a expresiones previas, a la observación de la conducta no verbal o su conocimiento previo del paciente o de la situación.

Podría establecerse una suerte de fórmula del reflejo empático. Según esta el reflejo empático estaría integrado por dos términos. El primero hace mención a una emoción. El segundo a una situación, unos acontecimientos o unos pensa-

mientos. Ambos están unidos por un elemento de conjunción que suele tener la forma de cuándo o porque.

___(emoción)___, cuándo/porque ___(hechos, ideas)___

Te sentiste triste (emoción) cuando te diste cuenta (idea) de que ya no estaba allí (hechos).

Te enfadaste (emoción) porque te pareció (idea) que te ignoraban (¿hechos?).

Evidentemente puede revestir otras formas equivalentes, algunas de ellas preferibles si se pretende evitar introducir ideas lineales de causalidad.

«Debió darte mucha rabia volver a verte engañado».

«Te callaste y te sentiste furioso contigo mismo».

B.IV. Recapitular

La recapitulación o resumen es una síntesis que hace el terapeuta de algo que ha sido comunicado previamente por el paciente, generalmente a través de una intervención más larga o intercalada con otra información. Se compone de un conjunto de dos o más paráfrasis o reflejos empáticos.

La recapitulación no tiene por qué enlazar con lo último que ha dicho el paciente. De hecho puede servir para volver a centrar la conversación en un tema del que ha empezado a apartarse.

La recapitulación es útil para comunicar al paciente lo que hemos entendido después de una exposición larga o compleja por su parte. Es un tipo de intervención frecuente en la apertura y, sobre todo, el cierre de las sesiones.

B.V. Hacer preguntas abiertas

Una pregunta abierta es una invitación a desarrollar un tema, y se caracteriza (a diferencia de la pregunta cerrada), por solicitar una respuesta que no puede reducirse fácilmente a un sí,

o un no o a la aportación de un dato concreto (un número, el nombre de un lugar o de una persona...). En psicoterapia las preguntas no tienen por qué tener gramaticalmente la forma de pregunta. Frases que comienzan con «Cuénteme algo acerca de...», «Me gustaría que me dijera algo más sobre...» o «No me ha quedado claro...», son, en la conversación terapéutica, funcionalmente preguntas (aunque las dos últimas tienen también un componente de autorrevelación). Las preguntas constituyen el tipo de intervención más frecuente para los terapeutas de todas las orientaciones, incluidas las más prescriptivas.

Suele señalarse que las preguntas abiertas suelen comenzar con las partículas «¿Qué...?» «¿Cómo...?» o «¿Por qué...?» más que por «¿Quién...?», «¿Dónde...?» o «¿Cuándo...?». En general, las preguntas que empiezan con «¿Por qué...?» son más problemáticas y deben ser utilizadas con cautela.

La pregunta no es una intervención neutra. Puede ser vivida por el paciente como una exigencia o una intromisión, lo que convertiría la entrevista en un interrogatorio. Por ello la terapeuta, en general, debe asegurarse de que la pregunta es relevante para la entrevista y de que tal relevancia sea también percibida por el paciente.

B.VI. Hacer preguntas cerradas

Son preguntas que, a diferencia de las anteriores, solicitan una respuesta que puede proporcionarse fácilmente a través de un sí o un no, la aportación de un dato concreto como un número, el nombre de un lugar o de una persona, una oración breve. Sirven cuando interesa precisar o cuantificar algo.

Son más frecuentes en las entrevistas iniciales. Incrementan la precisión en la información que se recolecta, limitan las posibilidades de evolución de la conversación terapéutica (lo que, a veces, como con un paciente evasivo, puede ser algo buscado, pero generalmente no lo es) y reducen la capacidad de decisión del paciente sobre la misma. El abuso de este tipo

de preguntas por parte del terapeuta puede traducirse en que temas de importancia, no anticipados por él, queden excluidos de la conversación.

B.VII. Clarificar

El término clarificación se ha utilizado con diferentes acepciones en psicoterapia. Aquí lo utilizaremos para caracterizar aquellas intervenciones del terapeuta por las que éste, solicita del paciente que especifique, (que aclare), el significado de concreto de una palabra o algún aspecto de su narración, que, generalmente implica un sobreentendido o se refiere con términos ambiguos o convencionales que no permiten precisar su significado personal. Generalmente la clarificación se busca a través de una pregunta.

B.VIII. Silencio

El silencio es un instrumento poderoso. En ocasiones da tiempo y espacio para la construcción de experiencias por parte del paciente. En ocasiones es una invitación a seguir hablando o una demostración de interés. Pero puede ser otras muchas cosas. Puede ser interpretado como una muestra de desinterés o desorientación, por ejemplo. Por ello el uso del silencio es una de las habilidades a incluir en el entrenamiento de todo terapeuta.

En la terapia de situaciones traumáticas el manejo de los silencios resulta un elemento especialmente difícil y de mayor relevancia que en otro tipo de situaciones terapéuticas. Manejar el horror sabiendo equilibrar el silencio como forma de respeto a la narración del otro con no crear una tensión innecesaria al no proveer al otro de ayudas para continuar la narración si lo desea (ver más adelante). Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario. Tolerar la escucha del horror mostrando más con la actitud corporal que con palabras la actitud de escucha.

C. FACILITACIÓN DE LA GENERACIÓN DE NARRATIVAS ALTERNATIVAS

C.I. Interpretar

Aquí utilizaremos el término interpretación en un sentido amplio para referirnos a cualquier intervención del terapeuta que apunta a un significado de un elemento narrativo que no es, en ese momento, accesible para el paciente.

La interpretación es una técnica poderosa. Pero es una técnica que debe ser utilizada con prudencia y que sólo es efectiva en la medida en la que, como resultado del trabajo anterior el paciente está en condiciones de asumir el nuevo significado. La interpretación es también una técnica que, cuando es utilizada extemporánea o autoritariamente tiene también la mayor capacidad de dar al traste con la alianza terapéutica.

C.II. Confrontar

La confrontación consiste en poner de manifiesto contradicciones existentes en las narrativas del paciente. Puede referirse a contradicciones entre contenidos del discurso verbal. Puede también señalar discrepancias entre un contenido del discurso verbal y la descripción verbal de un comportamiento. Muy frecuentemente señala la discrepancia entre el contenido verbalmente expresado y el comportamiento no verbal, entre dos afirmaciones verbales o entre dos comportamientos no verbales.

Las precauciones recomendadas para la interpretación son de aplicación aquí, si cabe en mayor medida. El riesgo de que la confrontación sea interpretada como una acusación y no como una descripción de unos hechos susceptibles de análisis, es muy alto y el modo en el que se formula la confrontación debe intentar prevenirlo. El uso de esta intervención supone tanto o más que el de la interpretación

un desafío a la alianza terapéutica. Esto significa que, tanto el momento de su utilización, como sus efectos, deben ser cuidadosamente evaluados en términos de ésta. La aceptación verbal de la confrontación tampoco es, en este caso, y por las mismas razones, necesariamente, señal de que haya sido oportuna, como no lo es necesariamente de lo contrario el que despierte inicialmente una reacción de rechazo muy cargada emocionalmente. El criterio de corrección, será aquí también el efecto sobre el curso de la conversación terapéutica (si hace que esta continúe y le abre nuevos caminos, la intervención podrá ser considerada como fructífera).

c.III. Informar

La información durante la terapia pretende facilitar al paciente la identificación de las opciones de que dispone, el tener conocimiento de los elementos que le permiten evaluar las razones para escoger entre una y otra, o cuestionar concepciones erróneas sobre la naturaleza de las mismas.

Dar información, puede ser necesario para el desarrollo de la terapia, pero no es, en sí, un objetivo de la misma. Por ello procede hacerse la pregunta sobre la pertinencia de que el terapeuta dé información, antes de hacerlo. El terapeuta debe dar sólo información relevante para la terapia y sólo aquella de la que esté seguro. En caso de no saber algo cuyo conocimiento puede ser importante para el paciente, es preferible reconocerlo abiertamente.

La información debe formularse de manera comprensible y buscar *retroalimentación* para comprobar que ha sido comprendida. En caso de que la información suscite reacciones emocionales importantes, deben explorarse.

Por regla general, el terapeuta no es el encargado de dar noticias a su paciente. Pero a veces ha de hacerlo. Sobre ese aspecto hay una ficha específica referida a Comunicación de malas noticias (ficha 2.5).

c.IV. Dar instrucciones

Se trata de una intervención por la que el terapeuta proporciona al paciente una información que tiene como objetivo indicarle el modo en el que puede realizar una determinada tarea. Son inevitables al menos para establecer el encuadre de la terapia definir actividades a desarrollar en la consulta o como tareas para casa. En este último caso, como en cualquier tipo de información es importante buscar retroalimentación sobre la comprensión del paciente de lo enunciado, su repercusión emocional («¿Qué le hace sentir que le proponga esto y cómo cree que se sentiría si...?»).

FICHA 2.2. INTERVENCIONES FOCALES. ASESORAMIENTO O CONSEJERÍA POR PROBLEMAS¹³.

La persona que realiza la intervención hace una primera entrevista inicial de evaluación cuyo objetivo es delimitar:

- Problema que motiva la consulta.
- Antecedentes del problema.
- Situación actual y repercusión del problema en la vida diaria.
- Recursos disponibles y estrategias puestas en marcha.
- Expectativas del paciente.

Aunque las problemáticas pueden ser múltiples, puede ser útil definir el tipo de problema en alguna de las siguientes categorías:

1. Asesorar y Apoyar a una persona sobre un problema práctico.
2. Falta de habilidades percibida y reforzar sentimientos de eficacia.
3. Síntomas, dolencias y conductas problemáticas relacionados con experiencias traumáticas.
4. Manejar emociones desbordantes de miedo o rabia.
5. Asesorar y Apoyar a una persona que sufre de sentimientos abrumadores de pérdida.
6. Conflictos psicológicos interno.

Esto permite marcar objetivos realistas para una intervención de asesoramiento o apoyo (que usualmente se circunscribe a menos de 6 sesiones de trabajo) y evaluar los resultados obtenidos para decidir si se requiere de intervenciones de mayor complejidad.

¹³ Esta sección es una resumen y adaptación de Van der Ver, Guus (2008). Entrenar a consejeros en áreas de conflicto armado desde un enfoque comunitario. Amsterdam. War Trauma Foundation.

ASESORAR Y APOYAR A UNA PERSONA SOBRE UN PROBLEMA PRÁCTICO O UNA SITUACIÓN DIFÍCIL

1.1 AYUDAR A PENSAR.

La persona del equipo que brinda apoyo y la víctima acuerdan un espacio de acompañamiento en el que se trabajará conjuntamente en la búsqueda de soluciones. El terapeuta se aproximará a la realidad de la persona a través de preguntas para entender bien en qué consiste su dificultad. Cuando esta comprensión se dé, el terapeuta le ayudará a aproximarse al problema desde otras perspectivas, a través de preguntas que plantean focos diferentes. Esto no significa indicar o prescribir soluciones sino hacer preguntas que ayuden a ampliar el campo de reflexión y a explorar otras posibilidades.

1.2 ANALIZAR EPISODIOS RELACIONALES RECIENTES.

Se analizan interacciones concretas en las que se ha puesto de manifiesto el problema (no formulaciones generales del mismo).

Para ello, se pedirá al paciente que comente un episodio en el que esta dificultad en la relación con otra/s personas se haya puesto en juego. Para ayudar al paciente a darle otro significado a esa relación, podemos hacer preguntas circulares, que ayuden a la persona a ponerse en el lugar del otro. Las preguntas circulares ayudan a generar empatía y arrojan nuevos elementos para la comprensión del vínculo existente y de las reacciones posibles ante diversas situaciones.

Algunos ejemplos de preguntas circulares podrían ser:
«¿Cómo crees que se siente la otra persona cuando haces o dices eso?»

«¿Qué harías tú en una situación similar?»

«Cuando te ha pasado lo mismo, ¿qué has hecho tú?»

Si las dificultades de la víctima se dan principalmente con algún miembro de la familia, el terapeuta puede decidir in-

uitar a los familiares que considere al espacio terapéutico (o de acompañamiento). El objetivo principal será generar un contexto apropiado en el que se facilite la escucha mutua, llevando el foco hacia el conflicto y las propuestas de soluciones, acuerdos o nuevas formas de relación. («Me llama la atención que usted dijo que... y observo que en cambio...»).

1.3 CONFRONTACIÓN.

Cuando hay divergencias entre lo que se dice y lo que se hace o entre lo verbal y lo gestual, la persona que realiza la intervención puede confrontar al paciente acerca de estas divergencias.

Requiere de una alianza muy consolidada entre quien realiza la intervención y la víctima, y debe realizarse como una observación, sin juicio de valor ni ataque implícito.

1.4 DAR INDICACIONES O AYUDAS PRÁCTICAS

Esto debe hacerse sólo cuando el consultante ha realizado su propio proceso y si quien realiza la intervención puede hacer sugerencias que no son accesibles al consultante. También puede ayudar a reconocer los recursos disponibles y accesibles en su entorno. («¿Ha pensado en la posibilidad de...?»)

1.5 ACLARAR UNA SITUACIÓN DIFÍCIL O UNA ELECCIÓN ENTRE DOS MALAS OPCIONES

Hay situaciones que son complejas de resolver, ya que decida lo que decida la solución es mala. Estas situaciones pueden generar mucha angustia y culpa, y la imposibilidad de decidir. El trabajo terapéutico consistirá en ayudar a la persona a salir de ese dilema imposible. Se le pedirá al paciente que realice una Hoja de Balance Decisional en la que se sopesen ventajas e inconvenientes de ambas decisiones. La solución menos mala es probablemente la mejor.

A veces, fruto de este trabajo de análisis, puede surgir una tercera posibilidad con menos desventajas que las anteriores.

1.6 DEVOLVERLE A LA PERSONA LA PREGUNTA.

A veces las personas que solicitan apoyo cuentan con estrategias y herramientas para solucionar la situación, pero tienen poca confianza en sus capacidades o sienten inseguridad de llevar a cabo opciones que ya tienen muy meditadas.

Si el terapeuta le devuelve la pregunta, anima al consultante a profundizar en sus propias ideas, encontrar la solución por sí mismo y considerar que sus ideas son valiosas. Este proceso ayudará a la persona a sentirse menos dependiente del terapeuta y a empoderarse recuperando la sensación de capacidad.

CONSULTANTE: «¿Qué es lo que haría...?»

TERAPEUTA: «¿Qué es lo que haría usted...?»

CONSULTANTE: «No se...»

TERAPEUTA: «Pensemos todas las posibilidades entonces...
¿Cuáles se le ocurren?»

1.7 HACER LA ASESORIA DE UNA MANERA QUE ANIME AL CONSULTANTE A DISCUTIRLO.

Si el terapeuta tiene una buena propuesta, puede presentarla de una forma tentativa, preguntando o de forma que invite a la discusión. Así podrá explorar las resistencias de la persona ante esa opción, y revisar si las circunstancias permiten que el paciente pueda seguir ese consejo. («¿Tendría sentido que eso lo hablara con su mujer o con sus hijos?», en lugar de «Lo que debe usted hacer es hablarlo con su familia...»).

ERRORES Y PROBLEMAS FRECUENTES EN ESTA PRÁCTICA:

- *Ofrecer más ayuda práctica de la necesaria.*
- *Hacer promesas que no se pueden cumplir.*
- *No considerar alguna opción posible debido a la preferencia del consejero por otras.*

EVALUAR EL EFECTO DE LA CONSEJERÍA

Asesorar y Apoyar a una persona sobre un problema práctico o una situación difícil es eficaz si ayuda a lograr los cambios siguientes en la víctima:

1. *Puede tomar una decisión y aceptar las consecuencias de su decisión.*
2. *Se involucra en actividades que le pueden ayudar a superar su problema.*
3. *Es más capaz de soportar el hecho de que no pueda cambiar su situación o solucionar el problema; es capaz de disfrutar de otras cosas que la vida ofrece.*

RESUMEN

Acompañar a víctimas con problemas prácticos o situaciones difíciles empieza por escuchar y ayudar a clarificar el problema.

Después, el terapeuta puede ayudar a la víctima a pensar varias opciones o formas de afrontar el problema diferentes que sean viables.

Sólo cuando la víctima ha reflexionado sobre su problemática, y parece claro que no consigue encontrar los pasos para afrontar las dificultades, el terapeuta le ofrecerá consejo. Estas sugerencias siempre se ofrecen de forma tentativa, como opciones que el paciente puede considerar, y no como la única solución ni como una orden.

ASESORAR Y APOYAR A UNA PERSONA SOBRE UNA PERCEPCIÓN DE FALTA DE HABILIDADES Y AUMENTAR SU SENTIMIENTO DE EFICACIA.

Durante el proceso de acompañamiento se puede hacer evidente una falta de habilidades prácticas o sociales. Por ejemplo, la persona permanece aislada en su casa por las dificultades que tiene para relacionarse con los demás; la

persona no es capaz de hacerse cargo de sus hijos, se siente sobrepasada; la persona desea testificar en un proceso, pero se siente incapaz porque cree que no sabrá cómo expresarse y luego se sentirá peor.

Se puede ayudar a adquirir estas habilidades mediante:

- 1.1 INSTRUCCIONES Y CONSEJOS PRÁCTICOS. LECTURAS SENCILLAS.
- 1.2 ROLE-PLAYING- PARA HABILIDADES SOCIALES.
- 1.3 EXPLORAR FIGURAS DE APOYO EN EL ENTORNO.
- 1.4 BUSCAR MODELOS DE CAMBIO POSITIVO EN EL ENTORNO DE PERSONAS CONOCIDAS POR EL CONSULTANTE.

ERRORES Y PROBLEMAS FRECUENTES EN ESTA PRÁCTICA:

- *Imponer al paciente soluciones basadas en los criterios y valores del terapeuta, sin considerar los del paciente.*

Una vez más, los consejos deberán ser ofrecidos como una sugerencia, como una de las opciones a considerar, pero no como la única o como una orden.

EVALUAR EL EFECTO DE LA CONSEJERÍA

El asesoramiento a una persona que le faltan habilidades será efectiva si la persona:

- 1. Ha adquirido la habilidad.*
- 2. Se involucra en actividades que le ayudarán a adquirir dicha habilidad.*

ASESORAR Y APOYAR A UNA PERSONA CON SÍNTOMAS, DOLENCIAS Y CONDUCTA PROBLEMÁTICAS RELACIONADOS A EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS¹⁴

Las personas que han sufrido situaciones traumáticas llegarán al espacio de consulta sufriendo una multiplicidad de síntomas físicos (taquicardia, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas,...). Se podrán observar en la víctima señales físicas como tensión, intranquilidad, temblores. Puede referir ansiedad, miedo, incapacidad para concentrarse. En cuanto a conductas, se hacen evidentes comportamientos que no existían antes del trauma: evitación de determinadas situaciones, agresividad, consumo de alcohol o drogas.

Las víctimas habitualmente tienen pensamientos negativos, falta de confianza en sí mismos y en los demás, dificultad para tomar decisiones, desesperanza, etc.

- 1.1 NORMALIZAR LAS REACCIONES SOMÁTICAS. Entendiéndolas como respuestas normales del cuerpo / mente ante la agresión que supone el hecho traumático.
- 1.2 ELEGIR EL FOCO. Juntos escoger el síntoma (insomnio, flash backs...), signo (respiración, tensión, temblores...) o conducta (evitación, uso de tóxicos...) que la víctima considera más preocupante o más incapacitante o que le parece nuclear al terapeuta. En ese caso, deberá revisar con la víctima si está de acuerdo en la elección.
- 1.3 EVALUAR LAS ESTRATEGIAS ACTUALES. Es importante evaluar las estrategias con las cuales la persona traumatizada afronta la situación. A veces se trata de formas que deben

¹⁴ Puede ampliarse la información respecto a este tipo de problemas de consejería en las fichas de NIVEL 3 referidas a Tratamiento sintomático de síntomas intrusivos: imágenes vividas y rememoraciones angustiantes (Ficha 3.11), Tratamiento sintomático de pesadillas (Ficha 3.12), Manejo de síntomas inexplicados y somatizaciones (Ficha 3.13) y Trabajo con síntomas disociativos (Ficha 3.14). Si los síntomas son graves o invalidantes y la intervención de consejería se manifiesta excesivamente breve o insuficiente, valorar pasar el paciente a Psicoterapia de casos complejos).

ser perfeccionadas y complementadas, pero en otras las formas de afrontar el trauma se pueden convertir en un problema. Así, por ejemplo, las conductas de evitación reiteradas que prolongan en el tiempo y probablemente aumentan el dolor de la víctima. El terapeuta apoyará en la búsqueda de nuevas formas de afrontamiento.

1.4 **BUSCAR ANTECEDENTES.** Después de elegir el síntoma y explorar el modo en que se enfrenta, el terapeuta explorará en qué situaciones se presenta el síntoma o que cosas hacen que empeore.

1.5 **PROPONER CAMBIOS DE CONDUCTA:**

- Para evitar que los síntomas ocurran (por ejemplo, no ver las noticias de la TV antes de acostarse para evitar pesadillas, acudir progresivamente a espacios con otras víctimas si aparecen conductas de evitación *no deseadas*...).
- Para intentar recuperar el control después de que ocurra el síntoma (levantarse de la cama y lavarse la cara con agua fría, comprobar que todo está seguro, escribir el sueño para luego traerlo a consulta y hacer relajación después...).
- Para prevenir que el miedo o la rabia se hagan abrumadores (escribir cómo se siente cada dos horas y buscar signos que anteceden...).

1.6 **TRABAJAR CON LAS COGNICIONES.** Discutir las ideas o expresiones de desesperanza o impotencia del consultante (preguntar si son de siempre o desde cuándo...). Sin embargo, discutirlos sólo causará alivio si el consultante tiene cierto control sobre sus síntomas, sino pueden aumentarlo.

1.7 **EMOCIONES Y RECUERDO.** Hablar de experiencias dolorosas del pasado que cuando vuelven a la conciencia en forma de imágenes o recuerdos disparan la rabia (si la persona no desea hablar del tema, puede hacerse un intento no excesivamente agresivo para poder explicitar cuales son los elementos del recuerdo que disparan la rabia comparándolo con el vómito: no es agradable, pero alivia...).

1.8 HABLAR DEL CONTENIDO DE LOS SUEÑOS.

- Se puede seguir el siguiente esquema:
 - Invitar al consultante a contar y tomar nota.
 - Resumir el sueño en orden cronológico.
 - Preguntar al paciente qué piensa y qué siente en cada una de las partes del sueño.
 - Leer los apuntes contando sucesivamente cada parte acompañada de los pensamientos y sentimientos que evoca.
- A menudo el sueño así tratado puede verse como
 - Reflejo de la actitud básica del paciente ante la vida.
 - Reflejo de un conflicto interno.

ERRORES Y PROBLEMAS FRECUENTES EN ESTA PRÁCTICA:

- *Como incluye dar consejos, darlos demasiado pronto, antes de explorar o sin saber si el consultante los quiere.*
- *Algunos consultantes sólo quieren que se les escuche y se les valide.*

EVALUAR EL EFECTO DE LA CONSEJERÍA

En el caso de pesadillas relacionadas con experiencias dolorosas, uno puede hablar de mejora si:

1. *Las pesadillas son menos frecuentes: por ejemplo, una al mes en vez de una cada noche.*
2. *Son menos intensas: el paciente aún tiene sueños desagradables pero no son tan malos como antes. La víctima aún tiene miedo al despertarse pero ya no se despierta sudando y no tiene muchas dificultades para volver a dormir.*
3. *El contenido de los sueños va cambiando.*

En cuanto a flashbacks:

1. *La frecuencia de los flashbacks es menor.*
2. *La duración de los flashbacks es menor. Esto implica que la persona es capaz de darse cuenta de que está sufriendo un flashback, se da cuenta de la realidad y recupera el control.*
3. *Cuando los flash-backs son menos aterradores o deprimentes, y van mezclándose con memorias agradables.*

MANEJAR EMOCIONES DESBORDANTES DE MIEDO O RABIA.¹⁵

Si un paciente sufre de explosiones incontroladas de rabia, puede arrepentirse de ellas más tarde. En este caso puede organizarse un plan con el fin de intentar controlar su rabia. Este control se puede lograr mediante el siguiente proceso:

1. Explorar el origen del síntoma. Esta explicación puede incluir una discusión sobre la posibilidad de validar el derecho de la víctima a sentir rabia ante las situaciones sufridas.
2. Esta explicación también puede enfatizar el hecho de que una explosión de rabia normalmente no ocurre de golpe: la rabia se va acumulando y esta acumulación de rabia se siente en el cuerpo.
3. Tomar conciencia de las sensaciones que permiten detectar que la rabia está acumulándose. Hay ejercicios físicos que pueden ayudar a la víctima a aumentar la consciencia de estas sensaciones.
4. Discutir maneras en que el consultante puede prevenir la escalada que lleva a la explosión (respirando, cambiando los pensamientos que están generando la explosión y racionalizándolos, alejándose de quien se la provoca...).
5. Discutir maneras en las que puede expresar la rabia sin perder el control.

Si un paciente sufre miedo sin una causa objetivable:

1. Explorar el origen del síntoma. Validar y normalizar.
2. Contrastar los motivos fundados y los motivos imaginados. Explorar pensamientos catastróficos.
3. Desarrollar estrategias frente a cada uno de ellos. Explorar

¹⁵ Puede ampliarse la información respecto a este tipo de problemas de consejería en las fichas de NIVEL 3 Trabajo con las emociones (Ficha 3.3) y Trabajar terapéuticamente con el miedo en contextos de violencia (Ficha 3.4). Si los síntomas son graves o invalidantes o existe riesgo para sí mismo o para otros y la intervención de consejería se manifiesta excesivamente breve o insuficiente, valorar pasar el paciente a Psicoterapia de casos complejos.

la búsqueda de información, la exposición progresiva a las causas del miedo o alternativas al pensamiento catastrófico («¿Qué es lo peor que podría ocurrir si...?» «¿Qué se podría hacer en este caso?»).

4. Explorar las posibilidades de trabajo corporal con el miedo.

EVALUAR EL EFECTO DE LA CONSEJERÍA

1. *El consultante parece menos tenso*
2. *El consultante empieza a expresar más emociones diferentes, incluso emociones positivas*
3. *El contacto que tiene el consultante con las personas en su entorno directo mejora*

ASESORAR Y APOYAR A UNA PERSONA QUE ESTÁ SUFRIENDO DE SENTIMIENTOS ABRUMADORES DE PÉRDIDA¹⁶

Las personas que han sufrido pérdidas muy dolorosas o múltiples que han cambiado su vida de una manera inesperada, a veces están bloqueadas o desbordadas por sentimientos de tristeza o desesperanza abrumadores.

Mucha gente en su entorno intentará con la mejor intención alegrar a estas personas, aconsejándoles a superarlo o a ver el lado bueno de la vida. Sin embargo este tipo de consejos pueden ser dolorosos, ser interpretados como una traición a aquello que se perdió, o incluso aun estando de acuerdo puede resultar muy difícil seguir este consejo. Así que algunas personas, que intentan salir adelante de los sentimientos de tristeza, se dan cuenta de que no pueden hacerlo. El sentimiento sigue volviendo y abrumándoles. Algunas estrategias de acompañamiento útiles en consejería pueden ser:

1. Hablar de ellos y legitimarlos (no intentar juzgarlos y cambiarlos).

¹⁶ Puede ampliarse la información respecto a este tipo de problemas de consejería en la ficha de NIVEL 3 Acompañamiento en el trabajo de duelo (Ficha 3.15).

2. Ayudar a expresarlos (verbalmente o de otro modo: dibujando, escribiendo...).
3. Contenerlos (requiere que el terapeuta pueda escucharlos y empatizar con la víctima sin sentirse a su vez abrumado por la tristeza o el dolor de la víctima).
4. Dar tiempo a la persona y no forzar cambios de conducta. Trabajar con el entorno que entiendan los ritmos de la persona.
5. Valorar la existencia de un cuadro depresivo o de ansiedad graves que dificultan el trabajo de duelo y que puedan justificar algún apoyo farmacológico puntual.
6. Valorar la posibilidad de incluir en grupo terapéutico o de apoyo mutuo de duelo.

ERRORES Y PROBLEMAS FRECUENTES EN ESTA PRÁCTICA:

- *No ser capaz de contener o pensar que existen otros espacios en que la persona puede compartir su dolor e, inconscientemente, ignorar algunos sentimientos.*
- *Forzar la prescripción de actividades normalizadoras a un ritmo que la persona no puede asumir.*
- *Culpabilizar a la persona por sus sentimientos abrumadores y su falta de reacción.*

EVALUAR EL EFECTO DE LA CONSEJERÍA

1. *El consultante puede reconocer, expresar y sentir las emociones de pérdida*
2. *El consultante empieza a expresar emociones diferentes, incluso emociones positivas y tiene planes o desarrollo algunas actividades de la vida diaria*
3. *El contacto que tiene el consultante con las personas en su entorno directo mejora.*
4. *Se ha detectado y derivado adecuadamente a consultantes con especiales dificultades y se ha constatado que se ha podido iniciar un plan terapéutico*

ASESORAR Y APOYAR A UNA PERSONA SOBRE UN CONFLICTO INTERNO¹⁷

Los problemas anteriormente descritos habitualmente vienen unidos a problemas relacionados con conflictos internos. Un conflicto interno es una lucha entre deseos en conflicto, como por ejemplo, querer hacer una cosa y a la vez la opuesta. A menudo un conflicto interno es menos evidente, por ejemplo cuando una persona tiene el deseo explícito de hacer algo pero nunca hace nada sustancial para cumplir el deseo. El conflicto interno entonces resulta en comportamiento o pensamiento irracional.

Los conflictos internos también pueden referirse a situaciones como:

- Sentirse avergonzado y no querer hablar con nadie de algún acontecimiento versus el deseo de confesarlo todo.
- El deseo de ser aceptado por todo el mundo versus el deseo de ser fiel a su manera de ser y lo que habitualmente el haría.
- El deseo de intimidad versus el miedo de intimar con otras personas porque pueden morirse o traicionarte.

1.El terapeuta debe poder identificar el conflicto para ayudar al paciente a reconocerlo.

2.Una vez explicitado el conflicto o conflictos puede ayudar al paciente a aclararlo:

- Identificando los sentimientos implicados y valorando un trabajo básico con emociones.
- Detectar contradicciones entre estos pensamientos y conductas.
- Planificar algunas acciones que permitan que las conductas se ajusten a lo que desea y decida el consultante apoyándole en el camino para lograrlo.

¹⁷ Puede ampliarse la información respecto a este tipo de problemas de consejería en la ficha de NIVEL 3 Trabajo terapéutico con la Identidad (Ficha 3.2) y Trabajar con el sistema de creencias (Ficha 3.3.). Si los síntomas no mejoran al cabo de algunas sesiones y la intervención de consejería se manifiesta excesivamente breve o insuficiente, valorar pasar el paciente a Psicoterapia de casos complejos.

ERRORES Y PROBLEMAS FRECUENTES EN ESTA PRÁCTICA:

- *Ignorar un problema interno y abordarlo simplemente como una situación difícil pasando de modo excesivamente rápido a proponer objetivos de cambio.*

EVALUAR LOS EFECTOS DE LA CONSEJERÍA

1. *El consultante empieza a comprender que sufre de un conflicto interno, y puede aceptar el hecho de que tenga sentimientos conflictivos sin intentar eliminar uno de estos sentimientos completamente.*
2. *El consultante aparece menos tenso*
3. *El consultante empieza a expresar más emociones incluso emociones positivas*
4. *El contacto del consultante con la gente en su entorno directo mejora.*

FICHA 2.3. ASESORAMIENTO POR FUENTES DE AUTORIDAD

Los modelos de Apoyo Psicológico (nivel 1) y Aconsejamiento (nivel 2) consensuados internacionalmente no suelen decir a la gente «cómo debe proceder». Se prefieren esquemas que ayuden al otro a *caminar por sí mismo* (ver ficha 1.1, 1.2 y 2.2).

Pero entrenar este tipo de modelos en personas cuya principal fuerza es la de *aconsejar, opinar, prescribir y guiar de manera directa* puede significar hacerles perder precisamente aquello que les da mayor fuerza y capacidad para lograr cambios y ayudar a la gente.

Todo proceso de ayuda emocional tiene componentes simbólicos que son en ocasiones precisamente lo que les da su pleno sentido y la relación de ayuda externa debe entenderlos, respetarlos y si son fuente importante de apoyo, potenciarlos.

Conviene, en este sentido, respetar los roles y modos de actuar socialmente normados de los referentes religiosos, morales y de autoridad y rescatar su potencial de apoyo desde el rol que les es socialmente propio. En la ficha 2.3 se analiza este aspecto en detalle.

En el trabajo con estas personas reconocidas como fuente de consejo o guía por la comunidad (sacerdotes, monjas, ancianos o patriarcas, líderes sociales o comunitarios, sanadores tradicionales etc.) puede ser importante establecer estrategias de colaboración basadas en el poder simbólico y la autoridad que les otorga su rol.

Es importante establecer:

- Una dinámica de colaboración y no de competición.
- Respeto por el modo de trabajar desde cada óptica (incluyendo estrategias que desde la óptica psicoterapéutica pudieran considerarse «directivas» o que «prescriben» acciones).

En caso de que algunas de estos líderes o figuras de referencia social sea parte de un proceso de formación en técnicas de apoyo emocional, no resultaría adecuado pretender transformar esa manera de trabajo a no ser que dicha persona indique lo contrario y desee aprender el modo en que un Consejero actúa desde la psicología y la psicoterapia. No parece adecuado pretender cambiar estilos que constituyen no sólo las formas en que el tiempo le ha mostrado que él o ella es más eficaz, sino aquello que la sociedad espera de él, sino más bien trabajar procesos de formación que se basen en metodologías de aprendizaje mutuo y asumir que *pueden y deben existir estrategias diferentes*, fruto del aprendizaje y la tradición en cada entorno y que cada una de ellas moviliza y opera elementos simbólicos diferentes.

QUÉ BUSCA EL CONSULTANTE.

En ocasiones éste busca un espacio para poder contar su experiencia. En otras, busca directrices y ayuda externa para saber:

- Qué se considera correcto o incorrecto acorde a determinados patrones normativos.
- Qué decisión tomaría la persona si estuviera en el lugar del consultante.
- Qué elementos le parecería que deberían guiar las decisiones.
- Fuentes espirituales o inmateriales de apoyo, consuelo o alivio.
- Poder trabajar emociones o sentimientos de culpa que tengan que ver con normas y principios ligados a la cultura o el entorno social o religioso.

TALLER DE INTERCAMBIO

Puede ser útil trabajar a partir del intercambio de experiencias centrado en casos prácticos.

- ¿Qué tipo de personas acuden en el contexto de esta crisis?

- ¿Qué problemas o dilemas presentan?
- ¿Qué situaciones complejas se dan? ¿Cómo se resuelven?
- ¿Cuáles son las principales fortalezas de este enfoque?
- ¿Qué aprendizajes pueden extraerse?

Así, por ejemplo, en un taller con líderes comunitarios pueden plantearse cómo se actuaría desde cada modelo en situaciones como:

- Personas que a raíz de la violencia presentan problemas de duelo o tristeza y no participan de ninguna actividad comunitaria.
- Personas que perdieron a la o el cabeza de familia en el marco de hechos de violencia política y que están con situación de subsistencia crítica, sin apoyos (ancianos que perdieron sus hijos, padres o madres que quedaron solos con hijos al cargo...)
- Personas con toxicomanías o dependencia al alcohol que presentan conductas violentas en la comunidad o violencia con la pareja o hijos y que recaen continuamente.
- Personas en el barrio que no desean apoyo pese a que tienen problemas graves (por ejemplo hablan solos o agreden a otros) ¿Sería bueno acercarse a conversar?, ¿cómo se puede intervenir desde el trabajo de Asesoramiento?
- Una vecina solicita consejo porque una mujer es golpeada de manera repetida por su marido, que es desmovilizado de guerra, pero ella no desea denunciarlo ni que las autoridades hablen con el marido por miedo a que le encarcelen.
- Conflicto entre una familia de desplazados que retorna y otra familia que ocupó su tierra. En una familia uno de los hombres, muy religioso, cree que es voluntad de Dios y hay que aceptarlo así, mientras los hijos están reuniendo firmas en la comunidad para expulsar a la familia que llegó a ocupar. El padre consulta por insomnio y dolores de cabeza.
- ¿Cómo trabajar con adolescentes que han estado involucrados en grupos militares o de sicariato y que al volver a la comunidad tienen constantes problemas por pequeñas trasgresiones de las normas de convivencia o de la ley?

Se trata de situaciones que (a) presentan problemas complejos, con fuertes componentes psicosociales y culturales (b) en los que los modelos clásicos de «ayudar a pensar», de respetar la opinión del otro etc. pueden no ser útiles y aumentar la ansiedad del consultante que no sabe qué hacer y no encuentra la respuesta que espera por su marco cultural (c) en que una figura tradicional puede adoptar soluciones directivas que son las esperables y adecuadas al entorno (d) y en las que transmitir que hay un «modo correcto» de hacer las cosas (no intervencionista) puede minusvalorar su modo de trabajo.

Una formación o un taller de intercambio entre profesionales y figuras comunitarias de autoridad que habitualmente dan consejo a víctimas puede estructurarse como:

- ¿Qué tipo de entrevista plantearía el participante en esta situación que le pareciera de especial complejidad?
- ¿Es posible hacer un role playing de esta situación?
- ¿Qué fortalezas ven el resto de participantes en este enfoque?
- ¿Qué otras acciones harían los participantes en una situación parecida? ¿Puede o pueden mostrarla a los demás (role-playing)?
- ¿Cómo se ha sentido quien hacía de víctima con este enfoque? ¿Y con el anterior? ¿Qué cosas le han ayudado? ¿Qué cosas no le han ayudado tanto?
- ¿Qué podemos aprender *todos* (estilo horizontal de trabajo) de este modo de enfocar la situación que se nos plantea?

FICHA 2.4. TRABAJO CON SANADORES TRADICIONALES

Uno de los aspectos más complejos en el trabajo en salud mental en contextos comunitarios es el del respeto a los sistemas culturales autóctonos y la colaboración con los sanadores y autoridades médico-religiosas en entornos multiculturales. Pese a las enormes dificultades y contradicciones que surgirán constantemente, es imprescindible tener en cuenta a las etno-medicinas autóctonas en el trabajo en salud mental en especial con víctimas de guerra o violencia política, allí donde éstas existan.

Las etnomedicinas son sistemas terapéuticos basados en formas alternativas de entender los síntomas, de agruparlos en síndromes y de atribuirles una causa considerándolos enfermedad. Implican por tanto también formas diferentes de abordaje terapéutico, que serán congruentes con esas teorías y que operaran de modo culturalmente significativo para el paciente. Esta congruencia cultural hará que sean más eficaces. Dicho de otro modo, es probable que un terapeuta tradicional esté más cualificado para manejar cuadros de ansiedad ligados a las relaciones dentro de la comunidad como el mal de ojo, la posesión o el susto. Para trabajadores de salud mental o trabajadores comunitarios que se mueven en entornos multiculturales es importante poder tener formación específica al respecto¹⁸.

El diálogo intercultural entre sistemas en constante imbricación encuentra su sentido en la capacidad de las medicinas tradicionales para percibir los enormes avances de la medicina occidental, y en la capacidad de ésta para percibir los elementos de la medicina tradicional de los que se carece, es decir

¹⁸ Una visión breve general puede obtenerse en Pérez-Sales P. (2001). Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Ed Desclee de Brower. Bilbao. Un resumen del texto puede descargarse en el centro de documentación del Grupo de Acción Comunitaria (www.psicosocial.net)

la parte donde el terapeuta occidental no tiene respuesta y donde se requiere el diálogo con los sanadores tradicionales.

TERAPÉUTICAS AUTÓCTONAS.

Para poder establecer relaciones de colaboración con terapeutas tradicionales es preciso entender que los procedimientos terapéuticos tradicionales asientan sobre bases lógicas y no constituyen formas de «tratamiento placebo».

En salud mental los sanadores tradicionales utilizan un amplísimo abanico de técnicas que explican su contrastada eficacia en los síndromes y patologías que le son propios. El siguiente es un listado breve de algunas de las técnicas usadas por las medicinas tradicionales en el campo de la salud mental:

1. RECONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA según las concepciones culturales. El sanador ofrece una explicación y un marco de referencia coherente al problema. Este se vuelve lógico y comprensible, lo que tiene un efecto tranquilizador y terapéutico. La enfermedad tiene un nombre y una causa.
2. EMPATÍA. Esta comprensión es además, integral (el proceso de recontextualización sólo tiene sentido cuando se realiza de modo congruente con las propias normas culturales) y empática (crea sentimiento de identificación entre consultante y sanador y conecta a ambos en un espacio común de emociones compartidas). Dicho de otro modo, hablamos de empatía como de la identificación que se produce entre terapeuta y paciente, la existencia de una comprensión y una sintonía íntima entre ambos. Los estudios muestran como la empatía es el principal factor responsable de mejoría en los estudios comparativos entre escuelas de psicoterapia. Aunque aparentemente para una buena empatía no es imprescindible compartir los códigos culturales, puesto que la comunicación

no verbal desempeña un papel decisivo, en realidad ésta sigue también unas convenciones y normas.

En un ritual de curación pueden ponerse en juego múltiples elementos, dependiendo del tipo de problema diagnosticado y del modelo de terapia que desarrolle el sanador:

3. **ELEMENTOS DE RELAJACIÓN CORPORAL:** Masajes, que se pueden prolongar durante horas, sahumerios (es decir combustión de plantas aromáticas y ahumado de la persona), asperisiones (se introduce agua en la boca con la que sopla sobre el cuerpo del paciente) etc.
4. **Elementos de HIPNOTERAPIA.** A través de los rituales de sanación la persona puede entrar en un estado mental especial a medio camino entre el sueño y la vigilia, en el que hay una mayor predisposición a la introyección de todos los elementos del proceso terapéutico. Esta situación se puede provocar a través de sonidos rítmicos durante horas (con tambor u otros), cantos rituales, o uso de drogas que provocan estados alterados de conciencia transitorios, entre otros.
5. **CATARSIS PASIVA.** La catarsis es el proceso por el que la persona, contando lo que le ocurre en este caso al terapeuta, logra ir teniendo una visión más distanciada emocionalmente de lo que le está pasando permitiéndose nombrar lo doloroso. En la psiquiatría occidental la catarsis es un proceso activo, es decir, es la persona la que en primera persona debe poder referir al terapeuta lo que le ha ocurrido. El terapeuta le ayudará posteriormente a reconceptualizarlo. En las terapéuticas tradicionales es igualmente frecuente la catarsis pasiva en la que el sanador va narrando e interpretando lo que le ha ocurrido a la persona, a partir de su conocimiento del entorno y la comunidad y de su poder de sintonizar con instancias y fuerzas superiores que le permiten acceder a este conocimiento. El paciente escucha *su* historia reinterpretada.

6. **ABREACCIÓN.** Es el proceso de acompañamiento que el terapeuta tradicional hace para conseguir que el paciente le ponga palabras a lo que siente y consiga verbalizarlo. Esto puede lograrse de modo directo o en estado de trance inducido, recopilando el sanador lo dicho e interpretándolo una vez el paciente sale del trance.
7. **UTILIZACIÓN DE EJEMPLOS, METÁFORAS O MITOS.** La utilización de metáforas y leyendas permite (1) una función de espejo (en la cual el oyente puede ver reflejado su problema), (2) una función de modelo (las historias proponen soluciones y nuevos puntos de vista para el problema), (3) una función mediadora (se disminuyen las defensas, porque se habla en un espacio neutro, mítico, que permite esquivar la vergüenza, las inhibiciones, el ridículo o la culpa), (4) función nemotécnica (el ejemplo queda fácilmente en la memoria), (5) función desdramatizadora (a través de la narración se quita trascendencia al tema). En suma, se construye un espacio alegórico entre consultante y sanador que ambos comparten y entienden y que evita muchos de los problemas de las terapias denotativas o explícitas.
8. **CURACIÓN SIMBÓLICA.** Pero el núcleo del tratamiento es la curación simbólica. El sanador suele trabajar sobre símbolos que catalizarán el mal, permitirán actuar sobre él y extraerlo, exteriorizarlo o derrotarlo. Ese «mal» es la corporeización del enfermar que ha penetrado en la persona y que requiere, de algún modo, ser extraído u obligado a que salga. Para ello se utilizan toda clase de símbolos o maniobras terapéuticas. Se trata de una simbología pactada y comprensible. No podemos entrar aquí a la discusión completa de lo que son las terapias simbólicas¹⁹ pero en esencia el sanador asimila las emociones de los pacientes a símbolos contruidos en el proceso previo

¹⁹ Puede encontrarse una excelente y sencilla descripción de los procesos de curación simbólica en el texto *Antropología Estructural* de Claude Levi-Strauss (descargable en www.psicosocial.net). (original de 1958). Capítulo IX: *El Hechicero y su magia*. Capítulo X. «La eficacia simbólica».

de recontextualización terapéutica. A continuación el sanador opera con estos símbolos transaccionales (que representan la enfermedad o el enfermar) para ayudar al paciente a cambiar la visión de si como enfermo y las emociones asociadas a ello. Desde una perspectiva sistémica los diferentes estratos de la realidad (ecológico- social - mente (yo consciente) – cuerpo – células – moléculas - átomos) estén en una mutua relación dinámica. Esta relación permite operar los procesos de la mente a través del manejo de los parámetros simbólicos aceptados a nivel social o contruidos en el trabajo previo de resignificación. El punto clave es que el mundo cultural contiene los símbolos que ponen en relación (emparejan) el sistema social con el pensamiento y las emociones del paciente y que una vez establecidos esos puntos de enlace se dispone de un instrumento directo y poderoso para actuar sobre las emociones (negativas y positivas). El flujo del pensamiento es inconsciente, es decir, que la interpretación de los símbolos puede ser mediada por el subsistema somático *sin necesidad de ser procesado por la mente consciente*. Esto es una ventaja adaptativa: el inconsciente es capaz de almacenar miles de estímulos potencialmente amenazantes que requieren de respuestas no-conscientes. Y sobre este entramado puede operar el sanador. Esto hace que los efectos *somáticos* (sic) sean inmediatos y mucho más rápidos que cuando se trabaja desde el ámbito de lo meramente cognitivo o psicoterapéutico.

9. PRODUCTOS CON EFECTOS CENTRALES: Fitoterapia, tisanas, hierbas, minerales .
10. UTILIZACIÓN DEL TIEMPO. En las medicinas tradicionales se puede, en ocasiones, llegar a dedicar muchas horas y energía a una ceremonia de sanación. Hay culturas en las que a través de rituales se pide ayuda a las fuerzas superiores, se escucha, se aconseja o se hace balance de la vida de la persona, se indaga a través del trance las causas del problema y se busca una explicación.

11. INTERPRETACIÓN DE ELEMENTOS SIMBÓLICOS QUE APORTA EL PROPIO CONSULTANTE. Sueños o pesadillas, hechos a los que atribuye especial valor simbólico. «Visiones» sucedidas en el marco de los procesos de catarsis etc.
12. PERSUASIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE NUEVAS CONDUCTAS. Se refuerza la explicación del trastorno y se utiliza la autoridad moral y el poder de persuasión para prescribir conductas futuras que eviten nuevos problemas. La mayoría de sanadores tradicionales, a diferencia de los terapeutas occidentales, dan órdenes.
13. RELACIÓN VERTICAL. Mientras que las terapéuticas occidentales buscan con frecuencia la cercanía con el paciente para estimular la confianza y el diálogo, el sanador tradicional puede preferir marcar claramente la diferencia de estatus con el consultante y evitar la cercanía. Esto está en relación con la necesidad de transmitir control de la situación, seguridad y protección. Algunos sanadores tradicionales pueden en ocasiones ser vistos como extravagantes, autoritarios o jerárquicos. Ordenan al paciente lo que debe hacer para curarse y esto es reforzado por un entorno, una manera de hablar y vestir que es congruente al estatus de sanador. Lo que es un defecto en el Asesoramiento o la psicoterapia puede ser una fortaleza en los métodos de sanación simbólica tradicional.
14. APOYO DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD Y COMPROMISO ANTE ÉSTA. En la mayoría de culturas tradicionales las ceremonias diagnóstico-terapéuticas tiene lugar en grupo, delante de la familia y en ocasiones delante de toda la comunidad que con su presencia, sus oraciones, sus consejos o sus cantos ayudan al proceso de curación. A veces los asistentes se van acercando uno a uno al enfermo para desearle una pronta recuperación y a pedirle que siga las instrucciones del sanador y que se comporte de modo adecuado para que no vuelva a enfermar o aconsejan sobre el problema.

15. SE PROVEE DE UN AMBIENTE SOCIAL ESTRUCTURADO. El tratamiento prescrito, además, refuerza por regla general el vínculo con la comunidad y la cultura. Da sentido de pertenencia y refuerza la necesidad de ser parte de un entorno familiar y social. En el caso de un paciente con síntomas depresivos o psicóticos esto es especialmente importante desde un punto de vista de evitar el aislamiento y la exclusión.
16. RESIGNIFICACIÓN DEL ROL DE LA PERSONA ENFERMA DENTRO DE SU FAMILIA O DE SU COMUNIDAD. Cuando por tradición el hecho disruptivo ha cambiado el estatus de la persona, se puede recuperar el estatus anterior (p.e. ritual de purificación tras una violación, reequilibrio con fuerzas naturales o sobrenaturales tras una transgresión de normas, resolución de un conflicto de envidia, recuperación de identidad de «curado» ante síntomas de posesión...)
17. PUEDE PERMITIR LA COMUNICACIÓN CON ANCESTROS O CON ESPÍRITUS DE PERSONAS FALLECIDAS Y REALIZAR MANIOBRAS DE RESTAURACIÓN DEL EQUILIBRIO. En contextos de violencia es frecuente que parte de las enfermedades y problemas tengan que ver con espíritus de personas fallecidas de modo violento que vagan, no encuentran reposo y entran dentro del cuerpo de los vivos. La sanación tradicional permite realizar rituales de aplacamiento, de reencaminar el espíritu de alguien fallecido tras una muerte violenta o un suicidio, de comunicación con personas fallecidas para intentar restaurar el equilibrio con ellas.
18. CONTACTO CON MEDICINA POSITIVA. La mayoría de sanadores tradicionales actuales conocen los límites de los procesos simbólicos y actúan de detección y de filtro ante enfermedades orgánicas graves.

Exceptuando algunas técnicas concretas, los terapeutas tradicionales ponen en juego buena parte de los elementos que emplea un psiquiatra occidental y que estudian las modernas corrientes de psicoterapia integradora pero adaptado a (1) el contexto cultural (creencias, mitos, símbolos, estructura social y de relaciones), (2) tomando el cuerpo (visión unitaria) y no la psique (versión dualista) como elemento de partida.

Es obvio que la psiquiatría occidental utiliza recursos que no utilizan los sanadores tradicionales como psicofármacos muy poderosos o técnicas específicas de intervención familiar o grupal que le hacen tener un extraordinario potencial. Lo relevante es entender que todos los sistemas médicos aportan elementos relevantes y que existen argumentos científicos que avalan la eficacia de las terapias tradicionales en general y muy en especial el papel de la terapéutica simbólica, que basa su eficacia en raíces congruentes con lo que sabemos de medicina psicosomática y de interacción mente-cuerpo.

ASESORAMIENTO CON ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LA CULTURA

En el trabajo de asesoramiento en salud mental (nivel 2) es de una gran trascendencia respetar y potenciar las estrategias de adaptación y afrontamiento propias del entorno y la cultura. Es más probable que un sanador tradicional recomiende estrategias culturalmente adecuadas que no un psicólogo o un psiquiatra occidental que no es de la región o no conoce el contexto social o político. La siguiente tabla muestra esta idea. Mientras algunas estrategias de afrontamiento parecen ser universales, otros varían considerablemente:

CUADRO 26. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DESDE UNA MIRADA TRANSCULTURAL

ELEMENTOS COMUNES EN LA MAYORÍA DE MODELOS DE SANACIÓN	
• Apoyo familiar • Apoyo social • Aumento de la cohesión grupal • Trabajar para no pensar en lo que ocurre • Autodisciplina y responsabilidad. • Apoyo en las creencias, la ideología o la fe religiosa.	
CULTURAS CENTRADAS EN EL INDIVIDUO	CULTURAS CENTRADAS EN EL GRUPO
• Aceptar / enfatizar la responsabilidad individual • Buscar más información y tener mayor control del contexto y las circunstancias para decidir mejor • Actuar contra el origen del problema si es viable • Buscar un significado profundo a la experiencia. • Control y regulación de las emociones • Fortalecer la identidad y los valores personales.	• Aceptación de los hechos. • El sufrimiento como parte del ciclo de la vida. • Resistencia activa o formas de resistencia pasiva. • Evitación si es posible de conflictos con el grupo de pertenencia. • Focalizar la atención en los nuevos problemas a resolver más que en evaluar los hechos ocurridos. • Focalización del malestar en síntomas somáticos inespecíficos más que en emociones. • Remarcar la responsabilidad y la solución colectiva de problemas.

Trabajar en un entorno multicultural generalmente conlleva: (1) que hay que trabajar más desde el cuerpo y no tanto desde las cogniciones o el análisis fino de emociones, (2) que hay que esforzarse en mantener un diálogo constante con el mundo simbólico del paciente –generalmente mezcla abigarrada de conceptos y prácticas occidentales y populares (3) que ello sólo es posible desde el respeto sincero e igualitario a otras formas de entender la identidad y la persona.

Trabajar con sanadores tradicionales no siempre es fácil.

- Los sanadores tradicionales no van a aceptar con agrado el diálogo porque saben que la medicina occidental les tiene por lo general en menos y se van a sentir fácilmente juzgados o minusvalorados. Hay que demostrar respeto y deseo sincero de una relación entre personas con diferente formación. Es importante no entrar en competición y reconocer que ambos sistemas médicos tienen éxitos y fracasos.
-
- Es muy importante que los sanadores sientan que pueden trabajar con entera libertad. Debe quedar claro que los sistemas son complementarios y no que están compitiendo. Así se favorece que haya confianza y referencias mutuas.

No suele ser buena idea formar a sanadores tradicionales como consejeros siguiendo modelos de asesoramiento y psicoterapia occidental (ver ficha 2.3)

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRABAJO CON TERAPEUTAS TRADICIONALES.

Trabajar con terapeutas tradicionales, si se lograra, tiene unas innegables ventajas, aunque no hay que tener tampoco una visión romántica. El número de sanadores va disminuyendo rápidamente con el tiempo, creciendo el sector de la medicina popular o siendo directamente sustituidos por la medicina occidental. La integración se ha mostrado en ocasiones imposible por múltiples razones: competencia desigual y en inferioridad al entrar en una dinámica pseudo-médica que no es la propia, heterogeneidad de prácticas, pérdida de cohesión de las comunidades y cambio del estatus de autoridad moral a favor de otras figuras externas a la cultura (líderes sociales o políticos, ejército, médico o otras autoridades locales...).

En la atención en salud mental hay algunos puntos críticos relevantes :

1. Atribución de causalidad. Acorde con lo que decíamos anteriormente, ante la detención arbitraria, la tortura o la muerte, la interpretación de un terapeuta tradicional puede que tenga que ver con causas locales (envidia, ruptura del equilibrio con vecinos o con fuerzas naturales....) lo que entra en contradicción con la visión de un terapeuta occidental que consideraría en primer lugar las causas generales (sistema político, conflicto bélico, núcleos de poder....). Algunas visiones pueden ser vistas como políticamente negativas o que impiden el rol social de las víctimas en los procesos de verdad, justicia y reparación.
2. No siempre es fácil distinguir la medicina tradicional indígena que tiene sus sistemas de regulación interna, de las formas de medicina popular no reglada, donde puede haber un conglomerado de personas en ocasiones poco fiables.

Hay varios modelos posibles de interacción que en general se resumen en: (1) los pacientes son examinados primero por médicos entrenados que deciden si el caso es susceptible de ser remitido al sanador (2) el sanador los ve primero, actuando como un médico de cabecera que deriva a atención especializada aquellos casos que no puede atender (3) los dos modelos terapéuticos están disponibles según los canales que la cultura sanciona para cada uno de ellos y es el propio consultante el que decide cual quiere que sea la 'puerta de entrada'. Después hay un sistema de diálogo, confianza y referencias mutuas o incluso de valoraciones conjuntas, en casos especialmente complejos. Este último modelo parece el preferible.

CUADRO 27. VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRABAJO CON SANADORES TRADICIONALES.

Ventajas	Inconvenientes
1. Trabajo desde la cultura. Utilización de estrategias terapéuticas no asequibles con facilidad para un terapeuta occidental 2. Más respetuoso éticamente. 3. Eficacia documentada. 4. Refuerzo de las estrategias adaptativas propias de la cultura 5. No problemas con idioma ni necesidad de traductores.	1. Atribución de causalidad imprevisible, 2. Objetivos divergentes, 3. Algunas prácticas podrían no ser respetuosas con los derechos humanos. 4. Los sanadores a veces pueden estar aliados con las fuentes de poder. 5. Es necesario poder distinguir a los auténticos terapeutas tradicionales (ritual de iniciación, proceso de formación de años, experiencia) del terapeuta empírico sin formación o el charlatán.

FICHA 2.5 COMUNICAR MALAS NOTICIAS

La comunicación de una mala noticia es una de las intervenciones clave en contextos violentos. El modo en que se informa de un fallecimiento, una enfermedad grave o una lesión irreversible queda con frecuencia grabado en el recuerdo de la persona de modo permanente.

Una comunicación incorrecta puede tener un impacto negativo a largo término en la persona. Dar malas noticias es un cierto tipo peculiar de entrevista que puede entrenarse.

HABILIDADES DE ENTREVISTA

Comunicar una mala noticia no resulta agradable para ningún profesional, por múltiples razones:

- *Sentirse mal por la empatía con el otro.* Ponerse en su lugar y sentir la angustia o la impotencia que el otro pueda sentir.
- *Miedo a recibir una respuesta de rabia.* La persona que comunica la mala noticia puede ser el receptor del enfado o la indignación contra la institución (hospital, organización, organismo...) a la que quizás se atribuye la culpa de los hechos. No es rara la respuesta de atacar al mensajero, ante la imposibilidad de encontrar otro interlocutor.
- *Miedo a decir «no sé».* A veces hay personas que aplazan dar información porque consideran que no sabrán contestar preguntas delicadas. Con frecuencia el profesional de ayuda quiere mostrar una imagen segura y le cuesta establecer una comunicación honesta en la que pueda aceptar que tiene una información limitada y que hay cosas que desconoce.
- *Miedo a expresar emociones.* Hay profesionales de ayuda que les cuesta aceptar la posibilidad de sentir ellos mismos pena, angustia o rabia o de que eso se pueda traslucir en la interacción con la persona a la que estamos informando.

PASOS A DAR

Existen diferentes modelos de trabajo. Desde una mirada global todos coinciden en una serie de pasos:

1. CREAR UN ENTORNO ADECUADO.

- No improvisar. Darse tiempo para «desconectar» de lo último que se estuviera haciendo y de centrarse en lo que se va a hacer. Recopilar la información y estructurarla antes de empezar para poder darla de modo coherente y no improvisando detalles de los que uno se acuerde sobre la marcha.
- Evitar las interrupciones: teléfonos, sistemas de llamada etc.
- En la medida de lo posible buscar un lugar para estar a solas con la persona afectada, o con la familia de la persona a la que le ha ocurrido el hecho. Si no es posible, crear un «área cerrada» (por ejemplo colocando a las personas en círculo cerrado alrededor de usted), evitando pasillos y zonas de paso.
- Es necesario saber quién esta y quién no. Es decir, preguntar la relación de cada una de las personas y asegurarse que realmente deben estar allí porque son personas directamente implicadas o porque las personas directamente implicadas desean que sea así. Y asegurarse de que no haya ninguna persona clave que en ese momento no está y a la que conviene esperar o avisar.
- Siempre es una buena práctica preguntar a la persona principal (el paciente, o el familiar más directo de primer grado) si quiere hablar a solas, o qué otra u otras personas desea que estén.
- Mantener una actitud amable y cordial, pero seria.

2. SONDEAR QUE SABE EL PACIENTE O LA FAMILIA.

- a. Puede que hayan sido informados con anterioridad pero en realidad afirman desconocer todo. Esto puede tener varios significados: una negación como forma de defensa, el deseo

de saber si otro profesional puede dar más información y es mejor decir que no se sabe nada o que realmente no se llegó a entender la información que se brindó.

- b. En otras ocasiones puede ocurrir lo contrario: la persona puede declararse informada y convendrá hacer algunas preguntas básicas que quizás pueden mostrar que tiene una idea completamente errónea.

3. INTENTAR SABER QUÉ Y CUÁNTO QUIEREN SABER.

La fase anterior permite ya ver el nivel de información que desea el paciente. En esto es muy importante la congruencia o no entre la información verbal y la no verbal. La cara del paciente o la familia, la postura corporal, gestos de impaciencia, de querer levantarse o mirar el reloj, signos de que se trata de algo que «ya saben» etc., indican que la persona desea una información superficial y sin excesivos detalles. Por el contrario, una actitud corporal reposada, una mirada atenta y con énfasis en los detalles, o las preguntas de clarificación, indican que la persona o la familia desean tener el máximo de información disponible.

En cualquier caso se puede hacer preguntas de control. «No sé si les interesan los detalles». «Quizás tampoco es demasiado útil entrar en estos detalles...».

En otras puede preguntarse directamente: «¿Qué cosas son las que usted le interesaría saber de lo que estamos hablando?». En ocasiones la persona que está siendo informada sobre una lesión o una enfermedad, por ejemplo, no está interesada en saber nada acerca del pronóstico, y lo que le interesa es saber si sentirá dolor o si podrá estar acompañada durante el proceso. Y la clave es responder a esa pregunta, que es la que genera ansiedad, y no a la pregunta que a lo mejor el profesional le parece más relevante o prioritaria (por ejemplo las secuelas potenciales o el pronóstico). Si se está informando del resultado de un proceso de exhumación y si los restos corresponden a los del familiar buscado, quizás la persona no desee detalles del modo en que se encontraron los restos y los signos que pudiera haber de sufrimiento o tortura.

4. DAR LA INFORMACIÓN AJUSTADA A LO QUE EL PACIENTE O LA FAMILIA DEMANDAN.

Una vez se tiene claridad del nivel de profundidad de la información se adopta la estrategia de entrevista adaptada:

- Información extensa, con detalles, entregada poco a poco y asegurando la comprensión, de manera didáctica, valiéndose de hojas, esquemas o anotaciones o cuantos auxiliares permitan mejorar la comprensión.
- Información básica, con el mensaje central de modo breve y asimilable y poniendo el énfasis en la estrategia y planes a seguir.

5. MANEJO DE LAS REACCIONES.

- En la mayoría de ocasiones, si no se espera la información, la reacción será de aturdimiento. La persona reaccionará con dificultades para asimilar la información, no realizará todas las preguntas que después puede desear hacer etc. Puede ser útil dejar a la familia un tiempo para hablar entre ellos, para informar a otros y tener un segundo espacio para compartir información con el paciente o familiares más tarde, complementando al primero. Se requiere un tiempo para aceptar la realidad de las malas noticias y es bueno ser consciente de ello y prever intervenciones escalonadas que den ese tiempo.
- No es extraño que dependiendo del entorno cultural y de la capacidad de asimilar las noticias pueden haber reacciones de ansiedad, (angustia extrema, hiperventilación, disociación u otras). Casi todas las reacciones son aceptables y el profesional debe mantener la calma y permitir un cierto espacio para que la persona pueda exteriorizar su angustia, dentro de lo que los límites de la expresión cultural de emociones señalen en este contexto. Si no se producen situaciones de violencia o de riesgo, la norma más importan-

te es actuar con calma y comprensión, manteniendo una actitud que transmita al entorno control de la situación, mostrando a la vez serenidad y una preocupación calmada. La actitud corporal de la persona de ayuda es la que mejor transmite la idea de que se mantiene el control de la situación. No es necesario dar órdenes ni actuar imperativamente si no es estrictamente imprescindible. Conviene permitir que en la medida de lo posible el propio grupo de amigos o familiares actúe conteniendo emocionalmente a la persona o personas más afectadas y tolerando un cierto nivel de «descontrol» en los momentos iniciales.

Si no hay la suficiente privacidad, aislar a la persona o personas en un entorno en que no esté sujeta a la mirada o los comentarios de otros.

Puede ser necesario aplicar técnicas de intervención en crisis (técnicas de control respiratorio, de reconexión sensorial u otras) o prescribir alguna medicación ansiolítica puntual.

- Muy raramente puede haber actitudes agresivas o de descalificación. Conviene en estos casos separar la queja de la forma de la queja. Puede haber razones reales que permitan entender una situación basal de irritación (horas de incertidumbre, sueño y cansancio acumulado, incomodidad de la sala de espera, actitud intolerante o rígida de otras personas del equipo...) que combinados con la información negativa pueden resultar en una explosión de rabia contra quien informa.

En este caso es importante mantener la calma pero sin que esto se pueda traducir como una actitud de indiferencia o menosprecio que aun irrite más a la persona. Las intervenciones agresivas afeando a la persona su conducta, exigiendo respeto o amenazando con dar por terminada la entrevista o con avisar a personal de seguridad de la institución no suelen ayudar. Por lo general aumentan la crispación y tanto informante como paciente pueden entrar en una escalada que les permite a ambos

desplazar la atención de la provisión de información dolorosa a una pugna sin excesivo sentido.

Suele ser más útil reconocer los errores («Quiero pedirle disculpas por haberle tenido esperando tanto tiempo. Además creo que ha habido una confusión con el teléfono de ustedes...») («Hoy estamos teniendo un día con muchas complicaciones. Tiene usted razón en que....»)

6. ESTRATEGIAS.

- Dar una perspectiva realista del problema, pero siempre con un enfoque positivo.
- Tras hablar de los hechos, enfatizar los pasos a dar, las tareas a cumplir y dar a la persona la sensación de que hay tareas o retos que debe / puede enfrentar y animarle a ello. Una buena entrevista debe acabar con un plan.
- Se pretende enfatizar una estrategia de afrontamiento activo, en la medida de lo posible, aunque sea en pequeños gestos. Se trata de evitar visiones de indefensión, de pérdida de control sobre el propio destino o la propia vida, que llevan a pasividad y desesperanza. En el peor de los casos «resistir» puede ser una tarea.
- Es importante clarificar los pasos a dar y marcar un camino realista y adaptado a las posibilidades de la persona. Para ello es clave partir de las opiniones y premisas del propio paciente o de la familia respecto a qué cosas convendría hacer.
- En caso de que la mala noticia sea una pérdida, convendrá planificar un seguimiento por parte del propio equipo o de otros profesionales (medicina general, organizaciones especializadas de ayuda o apoyo en duelo u otras). La norma, una vez más, sería no sobreactuar, pero si proveer contactos y recursos y en cualquier caso que encontrar el apoyo sea fácil. En este sentido las instituciones de apoyo deben intentar ser proactivas y no esperar, en los casos graves, a que la persona tenga la fuerza y la capacidad de decisión

para pedir esa ayuda. Pedir ayuda es un indicador de «salud mental». Los enfoques proactivos indican que es bueno mantener un seguimiento a distancia, con contactos periódicos que permitan evaluar si los recursos espontáneos de la persona y el entorno están operando y se va avanzando en las tareas del duelo (ver ficha sobre Acompañamiento en duelo en NIVEL 3 de intervención).

- Establecer planes de apoyo: qué debe hacer el paciente o la familia si las cosas van mal. Donde pueden acudir de manera urgente, de ser necesario.

7. FINALIZAR CON RECAPITULACIÓN Y PLANES.

- Es bueno por ultimo recapitular toda la información, ordenarla:
 - » Datos básicos y mensaje principal.
 - » Escenarios de incertidumbre y mensajes «tranquilizantes» más importantes a partir de la entrevista (si la persona afectada experimentará dolor o no en el futuro, si la persona fallecida sufrió u otros aspectos concretos).
- Plan a seguir. Horizonte de esperanza (en la medida de lo posible) y con «tareas».
- Planes de contingencia.
- Dudas de última hora y teléfonos de contacto.

FICHA 2.6 ACTIVIDADES DE PSICO-EDUCACIÓN

Las actividades de psico-educación pueden ser múltiples:

- Sesiones individuales de intervención en crisis.
- Intervenciones grupales.
- Elaboración de folletos o materiales.

Las actividades de psico-educación han sido probablemente una de las estrategias más usadas en el trabajo con supervivientes de situaciones extremas, basándose en la idea de trabajar con esquemas de promoción de la salud difundidos desde la Organización Mundial de la Salud. Al igual que otro tipo de intervenciones cuando la perspectiva de los años ha permitido evaluarlas, los resultados han sido contradictorios. En la última década algunos autores han señalado que mal realizadas o con enfoques patologizantes, pueden ser incluso perjudiciales (17).

CRITERIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN

1. Los datos parecen indicar que el riesgo de la psicoeducación estriba en *poner el énfasis en la descripción de los síntomas o las enfermedades que pudieran presentar los supervivientes*, en la necesidad de la (auto) detección precoz de los mismos y de la búsqueda de ayuda profesional si estos aparecen. Este tipo de mensajes incitarían a un auto-escrutinio que potenciaría la magnificación de estos síntomas o situarlos desde una mirada medicalizante.
2. Si se evita este tipo de enfoque y la psicoeducación se centra en la normalización de reacciones, en consejos sobre modos de enfrentar las situaciones y en trabajo sobre los propios recursos resilientes de las personas y los grupos, parece que hay datos que indican que pudieran ser actividades útiles o en todo caso no hacer daño (18).

3. Parece que aquellos grupos de población que más se benefician de este tipo de intervenciones son los que han pasado por situaciones extremas en los que es altamente plausible que existan reacciones emocionales a corto o medio término. Así, por ejemplo, los grupos de intervención psico-educativa precoz tras violación o abuso sexual parecen tener un cierto efecto preventivo (19). Tendrían mayor riesgo de resultar ineficaces o iatrogénicas cuando se espera una respuesta mayoritaria con reacciones emocionales moderadas (por ejemplo accidentes de tráfico o catástrofes naturales).
4. No existen datos concluyentes respecto a las intervenciones con padres o con maestros (20), aunque hay estudios no controlados que sugieren que podrían ser útiles.

Ejemplos de información clave para folletos psicoeducativos.

CUADRO 28. PSICOEDUCACIÓN I. EJEMPLO DE INFORMACIÓN NO CENTRADA EN SÍNDROMES.

- Tener imágenes de lo sucedido que parecen que invaden su mente, o tener pesadillas, tener una sensación de embotamiento o de distanciamiento emocional respecto de las cosas y las personas, no poder dejar de evitar determinadas circunstancias o notarse permanentemente tenso o ansioso son reacciones perfectamente normales en contextos como los que usted puede estar viviendo.
- La mayoría de las personas los tiene al principio. Al cabo de unas semanas irán desapareciendo en la medida en que el cuerpo y la mente se vayan recuperando. Por lo general tenemos recursos emocionales y capacidad para salir adelante tanto por nosotros mismos como apoyándonos en otros.
- Acepte estos síntomas como lo que son: intentos normales y saludables de su mente por dar sentido a lo que pasa, por protegerse y por recuperar el equilibrio. Y que con el tiempo y su propio esfuerzo irán desapareciendo.
- No use psicofármacos o sólo de modo puntual si es necesario porque algún síntoma le molesta mucho y no le permite funcionar con normalidad.
- Apóyese, sobretudo en la gente que quiere y que le quieren.
- Si, pese a todo, siente que las cosas le desbordan y se siente bloqueado, solicite ayuda.

CUADRO 29. PSICOEDUCACIÓN II. EJEMPLO DE CONSEJOS POSITIVOS. MANEJO EMOCIONAL INMEDIATO DEL TRAUMA

1. Manténgase activo en la medida de lo posible. Intente no dejar que hagan por usted nada que se encuentre en condiciones de hacer por usted mismo.
2. Intente organizarse con otras personas afectadas. Intente ayudar a otros y sentirse útil y parte del grupo.
3. Pruebe a mantener, en la medida de lo posible, la sensación de cuidado personal y de control sobre las cosas que le atañen a usted mismo.
4. Intente ser flexible con las circunstancias y aceptarlas y enfrentarlas tal como vienen.
5. Plantéese la situación como un reto personal.
6. Enfrente los problemas en el día a día. Evite pensar todos los problemas a la vez o anticipar las dificultades futuras mucho antes de que lleguen.
7. Si lo necesita, exprese sus sentimientos. Escuche los de los demás cuando necesiten compartirlos.
8. Cuide los horarios de sueño, comida y descanso. El ser humano en condiciones extremas a veces tiene la impresión de no necesitar comer o dormir para salir adelante.
9. Es posible pensarse como «víctima», como «superviviente» o como «resistente». Mantenga en la medida de lo posible una idea positiva de sí y de lo que puede hacer por sí mismo.
10. Evite en lo posible pensar en las consecuencias de lo que ha ocurrido y centre sus esfuerzos en tener claridad en las tareas a realizar para salir adelante.
11. Cuando sienta que las situaciones le desbordan, aléjese un rato de ellas. Procure hacer respiraciones profundas o alguna técnica de relajación o control muscular.
12. Si considera que está bloqueado emocionalmente, busque apoyo en la gente alrededor. Si no puede encontrarlo, solicite ayuda.

CUADRO 30. PSICOEDUCACIÓN III. EJEMPLO DE CONSEJOS PARA EL MANEJO EMOCIONAL A MEDIO TÉRMINO DE LAS VIVENCIAS POSTRAUMÁTICAS.

- Explicación sobre los exámenes forenses que se van a realizar por medicina general o ginecología para reducir la ansiedad ante los procedimientos médicos.
- Normalización de las reacciones emocionales o psicofisiológicas que puedan aparecer durante la violación o durante la exploración médica (sin implicar una narración de los hechos).
- Explicar las reacciones de ansiedad o de evitación que puedan aparecer en las semanas siguientes como respuestas normales condicionadas antes estímulos que recuerdan los hechos, y por tanto como formas previsibles de la mente de intentar evitar peligros futuros.
- No asignar etiquetas médicas.
- Justificar en base a lo anterior la necesidad de exponerse gradualmente a estos estímulos. Por ejemplo, intentar no dormir con la luz encendida o hacerlo sólo durante un tiempo; evitar encontrarse con amigos o fuentes de apoyo importantes porque son del género opuesto.
- En general:
 - » Introducir una expectativa de «resiliencia» y no de daño.
 - » Introducir una actitud proactiva frente a los hechos.
 - » No entrar a discutir el hecho traumático ni los sentimientos y emociones actuales (ver pautas en fichas de Nivel 1)
 - » Ofrecer contacto posterior, si es posible.

CUADRO 31. PSICOEDUCACIÓN- IV. EJEMPLO DE INTERVENCIÓN PSICO-EDUCATIVA CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Los hechos extremos con frecuencia nos cuestionan la manera de ver el mundo. Quizás se vivieron cosas que le hacen a uno preguntarse respecto al sentido de las cosas. Es importante intentar mantener visiones realistas y no permitir que lo vivido, por horroroso que sea, lo domine todo.

- Ninguna estrategia es universal, pero suelen ser estrategias que se han mostrado útiles en mucha la gente:
- Pasado un cierto tiempo las personas a nuestro alrededor pueden estar agotadas de escuchar la narración y, sin querer, evitarnos. Es comprensible, y no hay que verlo como un rechazo, sino como que cada persona tiene necesidades diferentes y algunas personas necesitan separarse un poco del dolor para salir adelante.
- Frases como «hay que olvidar lo que sucedió», «la vida continúa» o «hay que pasar página» pueden ser útiles para algunas personas, pero para otros ser excesivamente dolorosas. El objetivo no es «olvidar» como si las cosas nunca hubieran ocurrido, sino asumirlas y vivir con ello como algo que es parte de nosotros, una parte importante de nuestra vida a la que se debe y se ha hecho frente.
- En la vida hay cosas absurdas. No tiene sentido intentar razonar el absurdo. El absurdo es también parte de la vida y hay que tomarlo como tal.
- Enfrentar cuanto antes los miedos. Miedo a conducir, a salir por la noche, a nadar, a tener relaciones con otras personas... No hay que forzar nunca las cosas, pero los miedos, cuanto más tiempo pasa, más se consolidan y se asumen como irreversibles. Es bueno proponerse como tarea ir progresivamente enfrentándolos.

- Potenciar el aprendizaje sobre uno mismo a partir de la experiencia vívida. Abrir espacios que permitan explorar los límites de uno mismo y aprender de nosotras y nosotros.
- Cuando no son ofensivos para la gente que nos rodea, el uso del humor (incluso el humor negro) es una buena forma de resistencia. Ironizar sobre nosotros y nuestra manera de hacer.
- Es importante intentar buscar un sentido al sufrimiento. Este puede ser un sentido político, social o incluso religioso. En otros es simplemente humano (poder dar testimonio o volver a ver a los seres queridos). Las personas que encuentran un significado a su sufrimiento enfrentan mejor las situaciones adversas y son más resistentes.
- No centrarse solo, de existir, en las cosas que se pudieron haber hecho de manera diferente. Es importante intentar buscar aspectos positivos de la forma en que se enfrentó la experiencia y de la respuesta de los demás.
- Aceptar el derecho al resentimiento y la rabia y controlarlas cuando no es posible hacer nada, o dirigir las de manera útil y adecuada cuando sí lo es (p.ej. a través de acciones legales y de búsqueda de justicia, movilización política o social o acciones reivindicativas). Evitar responder a la violencia con violencia y mantener una ética en las acciones que canalicen la rabia.
- Si le entrevistan, cuente lo que crea que deba contar. Piense antes de hablar qué es lo que quiere decir. Rechace que le tomen fotos o le graben cuando en éstas no va a mantener una imagen acorde a la que usted quiere mostrar de sí mismo (aspecto, estado, circunstancias...). De mensajes breves y claros y evite que le arrastren al victimismo o la autocompasión.

FICHA 2.7 . TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN. TRABAJO CON EL CUERPO²⁰

En ocasiones el apoyo emocional se complementa con técnicas de contención basadas en el trabajo con el cuerpo. Existen múltiples posibilidades. Las siguientes son algunas.

1. CONTROL RESPIRATORIO.

La mayoría de técnicas de relajación y las técnicas de atención plena suelen tomar la respiración como punto de partida. Se trata de un recurso sencillo y efectivo en un espacio breve de tiempo.

Respiración diafragmática.

Aislarse del entorno (por ejemplo cerrando los ojos si esto no es angustiante) y centrar la atención en el proceso de inspiración e inspiración. Marcar el ritmo de respiración, promoviendo inspiraciones y espiraciones prolongadas (contando en voz alta o baja hasta 6).

En posición cómoda, la persona pone las manos sobre el abdomen, centrando la atención en el movimiento de subida y bajada con cada inspiración y espiración. Se busca que al centrarse en este movimiento se pueda favorecer que las inspiraciones sean más profundas y que la persona pueda tomar conciencia de cómo puede regular y pausar su respiración fijándose en los movimientos del abdomen.

En personas con dificultades para realizar el ejercicio, y teniendo en cuenta el elemento de género y las causas de la ansiedad, el consejero o la consejera puede ayudarse poniendo su propia mano suavemente en el abdomen de la persona, transmitiendo tranquilidad y ayudando a visualizar los movimientos abdominales y marcando el ritmo de las inspiraciones y espiraciones.

²⁰ Estas técnicas se complementan con las expuestas en la ficha de Mindfulness.

Acompasamiento

Cuando la persona ha logrado centrar la atención en la respiración y regularla, puede trabajarse el modo en que se genera calma interior y esta calma se expande por todo el cuerpo y visualizar el cuerpo en calma y acompasado con la respiración profunda.

2. AUMENTO DE LA CONCIENCIA CORPORAL

En los ejercicios de conciencia corporal se busca que la persona contacte con las sensaciones somáticas de todo tipo (peso, tacto, gravedad...) como modo de volver al aquí y al ahora y de alejarse de emociones desbordantes.

Para ello puede invitarse a la persona a centrar la atención en una zona del cuerpo en la que tenga este tipo de sensaciones. Por ejemplo, en el contacto de las plantas de los pies con el suelo, en la presión que el cuerpo ejerce sobre la silla en que se está sentado etc . Por ejemplo: «Esfuércese en notar como está sentado. La posición de su cuerpo. Imagine su cuerpo y la silla. Note como su cuerpo se adapta a la silla e intente sentir el peso sobre el asiento. Como si la silla le atrajera...» «Mueva los pies sobre la tierra y sienta el tacto de las piedras, de la hierba... siéntalos en la planta de su pie y concéntrese en ellos... vamos a intentar no pensar en nada y concentrarnos solo en las plantas de los pies...»

Dar a la persona un vaso de agua fría o un pequeño masaje en los hombros (si es culturalmente adecuado y aceptable) son otras formas de recuperar la conciencia corporal en personas con síntomas disociativos (ver ficha 3.10)

3. RELAJACIÓN MUSCULAR

El modelo clásico de relajación de Jacobson sugiere trabajar pautas de contracción – relajación por grupos musculares. El facilitador va dando instrucciones para que la persona vaya

sucesivamente contrayendo durante periodos de quince a treinta segundos los diferentes grupos musculares, empezando por la mano, el brazo, los hombros, la cara, la espalda, el abdomen, las piernas y los pies. Tras cada contracción sigue una relajación para poder aprender la diferencia entre el estado de tensión y el de relajación. Con cada grupo muscular se puede hacer una o varias repeticiones.

Se trata de una técnica útil pero que a veces resulta excesivamente larga para una intervención en crisis y difícil como pauta para realizar en casa si no se dispone de grabaciones.

4. TRABAJO CON TEMPERATURA Y PESO.

Se trabaja con los ojos cerrados promoviendo que la persona visualice situaciones en que pueda sentir calor en su cuerpo. La sensación de calor en las diferentes partes del cuerpo lleva progresivamente a la relajación.

Alternativamente o de manera combinada puede usarse la sensación de peso en personas con inquietud y movimientos por la angustia. Se sugiere notar el cuerpo como pesado y centrarse en la imposibilidad de moverlo por esa sensación tranquilizante de peso de los brazos, la espalda, las piernas etc.

Estas intervenciones son formas breves de trabajo con el cuerpo para contextos de crisis, que posteriormente pueden practicarse en casa.

En ocasiones puede requerirse de intervenciones grupales o individuales más complejas y prolongadas que se integran en el conjunto de la intervención psicoterapéutica (ver ficha 3.11. Trabajo con la conciencia: *Mindfulness* o Atención Plena).

NIVEL 3. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.



FICHA 3.0. INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

La indicación de no tratamiento es una intervención que puede llegar a ser compleja, realizada por un profesional de salud mental que recibe una demanda de atención efectuada por una persona que presenta problemas que serían mejor resueltos si no fueran considerados como problemas de salud mental. Es particularmente importante cuando la consideración de tales problemas como problemas de salud mental genera una percepción de incapacidad de resolverlos por el que los sufre y le hace sentir dependiente de la ayuda de un experto y cuando impide la puesta en marcha de procedimientos que podrían conducir a mejores soluciones (21, 22).

CUADRO 32: MAPA PSICOTERAPÉUTICO DE LA INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO			
FASES	OBJETIVOS	ASPECTOS A TRABAJAR	INTERVENCIONES
1ª ESCUCHA EMPÁTICA	• Enterarnos de lo que le sucede al paciente • Que el paciente sepa que nos estamos enterando	Cuál es el problema Cómo se explica el problema Qué quiere (demanda) Qué papel nos otorga Emociones asociadas	• Reflejo de sentimientos, silencio, paráfrasis, preguntas abiertas...
2ª VERSIÓN INICIAL	Acordar con el paciente una versión inicial de forma conjunta		Clarificaciones, recapitulaciones...

3ª DECONSTRUCCIÓN	Desvincular el problema que nos presenta el paciente de lo patológico y su solución del ámbito de lo sanitario	Del problema De cómo se lo explica De la demanda De la relación terapéutica Trabajo sobre las emociones	Confrontaciones, meta-comunicaciones, interpretaciones, dar información...
4ª RE-SIGNIFICACIÓN	Co-construir una nueva versión en que: • la problemática que plantea el paciente quede vinculada a su contexto cotidiano saludable • la carga emocional esté legitimada y normalizada • el rol de enfermo cambie a uno más activo e independiente		Interpretaciones, recapitulaciones, dar información...
5ª CIERRE	Despedirse	Condiciones del alta Cómo tendría que volver	Recapitulaciones, dar información...

FICHA 3.1. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA EL TRABAJO EN PSICOTERAPIA²¹

En los tres niveles de intervención ponemos en juego una serie de habilidades de entrevista que son utilizadas por los profesionales de ayuda independientemente del paradigma desde el que trabajen y a las que se atribuye un papel importante en crear la relación a través de la cual se presta la ayuda.

Para referirnos a ellas hemos propuesto un esquema que nos permite situarlas en tres niveles en los que distinguiremos distintas categorías. Nos referiremos a los tres, pero desarrollaremos más extensamente el primero:

1. PRIMER NIVEL: HABILIDADES BÁSICAS

1.1. HABILIDADES DE ESCUCHA.

Se refieren a las habilidades más básicas que posibilitan una conversación. Se encuentran expuestas con detalle en la ficha 2.1.

Incluyen cosas como:

1.1.2. *La actitud general.* Se refiere cosas como la postura, la actitud interna de no atención a lo que se dice y la suspensión de nuestra tendencia a juzgar, la atención no sólo a lo que se dice sino también a lo que se calla.

1.1.2. *Atención a la comunicación no verbal.* Muchas veces proporciona información más valiosa – y, casi siempre más fiable – que la verbal.

²¹ Estos aspectos pueden encontrarse desarrollados en Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2002) *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Desclee de Brower. Bilbao. Este texto contiene ejercicios prácticos para el entrenamiento en cada una de estas habilidades y una propuesta de formación estructurada que ha demostrado su eficacia en entornos reales publicada en Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B., Ortiz Sanchez, D., Baldor Tubet, I., González Juárez, C., & Ortiz Sánchez, D. (2010). «Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents», *Psychotherapy Research*, 20(1), 113–121

1.1.3. *Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta (utilización del Yo Observador).* La observación de nuestras propias reacciones nos proporciona una información crucial para entender las dificultades del consultante en otros contextos y para informar nuestra actividad en la terapia.

1.2. FACILITACIÓN DE LA ACTIVIDAD NARRATIVA DEL PACIENTE

La ficha 2.1 explica las siguientes habilidades orientadas a ayudar al paciente a hablar:

1.2.1. *Facilitadores no verbales y de intervención verbal mínima.*

1.2.2. *Parafrasear.*

1.2.3. *Reflejar empáticamente.*

1.2.4. *Recapitular.*

1.2.5. *Hacer preguntas abiertas.*

1.2.6. *Hacer preguntas cerradas.*

1.2.7. *Clarificar.*

1.2.8. *Silencio.*

1.3. FACILITACIÓN DE LA GENERACIÓN DE NARRATIVAS ALTERNATIVAS

En la ficha 2.1 se explica las siguientes habilidades orientadas a facilitar que aparezcan cambios en la narrativa del paciente:

1.3.1. *Interpretar.*

1.3.2. *Confrontar.*

1.3.3. *Informar.*

1.3.4. *Dar instrucciones.*

2. SEGUNDO NIVEL: HABILIDADES DE ACOMPASAMIENTO Y GUÍA

Como en el baile, en psicoterapia, terapeuta y paciente han de «acompañar» sus movimientos acordando de algún modo la dirección y la extensión que van a tener los próximos.

El acompañamiento se produce tanto en el plano verbal como en el no verbal. Determina si en un momento dado el terapeuta va a utilizar una u otra de las habilidades de primer nivel (p. ej.

si hacer un silencio, una paráfrasis o una confrontación) y también si va a asentir la cabeza, aproximar su silla, retirarse hacia atrás o sonreír.

Las habilidades de acompasamiento son entrenables pero requieren de práctica porque son efectivas cuando pasan a funcionar de un modo automático. Los instrumentos clave para desarrollarlas son la práctica supervisada y el *role-playing*.

Suelen considerarse habilidades de este nivel las de utilizar un lenguaje capaz de evocar emociones pero, a la vez lo suficientemente vago para no interferir en los procesos del paciente, la captación de señales no verbales del interlocutor y de respuesta a las mismas, la capacidad de colaboración con el paciente en la construcción de experiencias y la utilización provechosa de la propia experiencia del terapeuta en la consulta.

3. TERCER NIVEL: HABILIDADES GENERATIVAS

Son las que nos permiten utilizar las habilidades de los dos niveles anteriores al servicio de una estrategia que permite que se produzca el cambio en psicoterapia. Se corresponden en muy buena medida con «técnicas» que, a veces han sido desarrolladas por terapeutas de una determinada orientación. El desarrollo de estas habilidades requiere un entrenamiento específico con práctica supervisada.

Enumeraremos algunas y remitimos para su detalle al texto que sirve de base para este resumen (20).

3.1. DESAFIAR LA NARRATIVA ANCLADA EN LA QUEJA.

Los consultantes acuden a nosotros frecuentemente con versiones muy rígidas de lo que ha sucedido que son problemáticas porque impiden que se puedan contemplar soluciones alternativas. Esta habilidad se refiere a la capacidad de utilizar recursos conversacionales verbales o no verbales que permiten cuestión esta versión y abrir la posibilidad de que surjan otras alternativas.

3.2. CONECTAR LA NARRATIVA INICIAL CON OTROS RELATOS DEL PACIENTE Y FACILITAR EL SURGIMIENTO DE RELATOS CONSONANTES.

La conversación terapéutica avanza estableciendo nexos entre las quejas o problemas del paciente y otros aspectos de su vida o de su entorno. Este propósito recorre el proceso terapéutico en su conjunto (en realidad podría entenderse como su motor). Pero si tuviéramos que referirnos a un aspecto del proceso terapéutico en el que esta intención aparece especialmente resaltada, sería el de la construcción de la pauta problema.

Una pauta-problema es una *narrativa* construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la *repetición* de un modo insatisfactorio de *relación* consigo mismo, o con los otros significativos, en el *contexto* de una cultura.

La pauta no tiene por qué coincidir con la queja inicial del paciente. La pauta es una narrativa porque supone la descripción de una experiencia a través del lenguaje. Lo hace proporcionando una formulación a algo que se repite en la biografía y en el sistema de relaciones del paciente, en una serie de situaciones que aparecen como conectadas entre sí por un patrón de emociones, ideas y comportamientos comunes, que se acompaña de la repetición también de los intentos de solución buscados a la dificultad.

Frente a otros autores, que hablan de detección de pautas, hemos preferido hablar de construcción de las mismas para remarcar la idea de que tales pautas no nos refieren a algo que tiene existencia propia en la vida del paciente y que, de algún modo está allí esperando ser descubierto, sino que son narrativas, que representan una determinada forma de entender la experiencia personal del paciente, que ha de ser acordada entre terapeuta y paciente. En esta tarea de co-construcción el paciente requerirá que la narrativa resultante le permita reconocer su experiencia, y el terapeuta, que permita abrir posibilidades de cambio que hasta ahora no han sido contempladas o ensayadas por el paciente.

La pauta podrá ser construida en base a diferentes términos. Lo que las diferentes escuelas terapéuticas han hecho hasta la

fecha es privilegiar unos términos frente a otros para proponer la construcción de la pauta. Así, los terapeutas psicodinámicos han privilegiado la construcción en términos de la historia biográfica, los terapeutas cognitivos, en términos de pensamientos, los conductistas en términos de antecedentes y consecuentes de comportamientos observables, los gestálticos en términos de emociones, los sistémicos en términos de relaciones... Sin embargo, tales instrumentos conversacionales pueden ser utilizados, advertida o inadvertidamente, por terapeutas de cualquiera de ellas y, desde luego, por los terapeutas integradores. Y podrán ser utilizados en distinta medida en función de que la pauta se construya 1) desde la historia biográfica personal, 2) desde el pensamiento, 3) desde el comportamiento, 4) desde el sistema de relaciones y 5) desde el sistema de creencias, es decir que la conversación se estructure hablando de acontecimientos de la vida del paciente, de lo que piensa, de su comportamiento, de cómo influyen en él y cómo es influido por la relación con sus otros significativos o de su visión del mundo.

3.3. TRABAJAR CON LAS EMOCIONES

Se trata de una habilidad que recorre todo el trabajo terapéutico. Este manual contiene una ficha específica sobre este tema (ficha 3.3).

3.4. PONER A PRUEBA LOS NUEVOS RELATOS

Para que tengan efecto en la vida del consultante los relatos surgidos de la conversación terapéutica deben confrontar la prueba de ser aplicados a la realidad concreta en la que se desenvuelve el paciente. Esto puede ocurrir de un modo más o menos espontáneo o de un modo pactado y guiado por una estrategia acordada en la consulta.

3.5. AFIANZAR LOS NUEVOS RELATOS

La terapia ha funcionado cuando las nuevas perspectivas y sus consiguientes modos de afrontar los problemas se consolidan

y se automatizan de un modo que permite desenvolverse en el entorno del consultante. Lograr que esto ocurra es el objetivo de algunas estrategias que pueden desarrollarse en la terapia.

3.6. DESPEDIRSE

La preocupación por las fases finales o la terminación de la terapia ha venido de la mano del interés por las formas breves de psicoterapia. Cuando se reconoce esta importancia, ello tiene repercusiones notables no sólo al final de la terapia, sino sobre el contenido de las fases iniciales o lo que se acuerda en el contrato.

El final de la intervención psicoterapéutica, no implica necesariamente el final de la relación entre el terapeuta y el paciente. Puede dar lugar al establecimiento de unas sesiones de seguimiento, o en el caso de trastornos crónicos o recidivantes, o de existencia de estresores crónicos o de factores de personalidad que predisponen a recaídas, puede dar paso a una terapia de mantenimiento (con un contrato, unos objetivos y una forma de trabajo diferentes).

Las tareas del terapeuta que permiten guiar este proceso han sido expuestas en el apartado sobre la fase de terminación del proceso terapéutico.

FICHA 3.2. TRABAJO TERAPÉUTICO CON LA IDENTIDAD.

La identidad es un buen marco de comprensión terapéutica para el trabajo en contextos de violencia política. Podemos hablar de identidad como de la imagen que uno tiene de sí. La identidad no es algo estático sino en constante evolución, porque tiene que ver con una interacción dinámica en la que uno se proyecta en el mundo y el mundo le devuelve imágenes, con frecuencia contradictorias, de sí mismo.

La identidad se configura en la infancia a través de la palabra, la mirada y la conducta respecto a nosotros y nosotras por parte de aquellas personas que son relevantes desde el punto de vista afectivo. A partir de los 8-10 años la identidad se va consolidando y aparece progresivamente una tendencia a la consistencia en el modo de actuar y de presentarse. Solo las experiencias radicales o cuestionadoras tienen capacidad para remover elementos nucleares de la identidad.

Hay partes de nuestra identidad que están en relación directa con cómo es el entorno que nos rodea, en que el entorno entra en nosotros. Así, por ejemplo, vivir en un contexto de guerra cambia a las personas que van adoptando elementos y desarrollando muchos aspectos de una identidad social compartida alrededor del hecho de vivir en guerra.

La identidad es, en suma, individual y social: nosotros somos parte de un algo colectivo y ese colectivo está dentro de nosotros. Y va configurando la imagen del sí mismo.

La identidad no es estable y única sino que es circunstancial. Depende de con quién, cuándo y cómo se esté, la persona puede actuar, sentir y verse de manera enteramente dife-

rente. Alguien que tiene una imagen de si como imperfecto e inadecuado cuando está con su pareja o inseguro cuando está con sus padres, puede sentirse fuerte y decidido en el trabajo, y confiado en sus espacios de militancia social o política. Y es la misma persona. Lo relevante es que todas estas imágenes de si son igualmente auténticas y reales y no hay una única identidad «real» sino identidades que conviven.

¿Quiénes somos, pues?: Somos sujetos con elementos constituyentes identificatorios más o menos difusos en los que conviven múltiples referentes, que están en interacción dinámica con el entorno y las circunstancias. Sobre unos elementos que intentan mantener una coherencia básica, la identidad es fluida, dialéctica.

IDENTIDAD Y CULTURA.

Esta identidad, además, puede entenderse, en algunas culturas, desde el referente individual y en otras desde el referente colectivo. Algunas de las personas con las que se trabaja y a las que se acompaña en el trabajo psicosocial se definen a partir del colectivo. Yo soy «indígena» o «afrocolombiano». Desde esta mirada la identidad es indisociable del concepto de pertenencia y de grupo. La respuesta a la pregunta: «¿Cómo eres?», es: «Nosotros somos...» o «Cuando hacemos... soy...»

Esto puede conllevar a tener percepciones identitarias de origen grupal añadidas a las individuales. Una identidad social compartida. Así, en el Cauca los indígenas se identifican como pueblo con la idea de «resistencia». La identidad indígena es parte de una resistencia política y social firmemente arraigadas y eso brinda referentes a las personas que proceden de esa identidad colectiva.

La agresión y la violencia política llevan a buscar algún tipo de identidad de pertenencia. En los contextos de exclusión y guerra afirmar alguna identidad grupal, da fortaleza y es un recurso importante para combatir el miedo: ser parte de algo más grande, no estar solo.

En otros contextos puede ocurrir lo contrario: la violencia invisibiliza identidades y es necesario trabajar en terapia la identificación y la recuperación identitaria como forma de refuerzo. Así, por ejemplo, en el desplazamiento forzado, donde la persona pierde con frecuencia sus raíces de pertenencia y puede engrosar barrios periféricos donde no hay estructura social definida ni historia compartida.

En psicoterapia no se pretende buscar una «auténtica identidad» de la persona. No creemos que exista tal cosa. La identidad es, como decimos, algo construido y es función, entre otras cosas, del contexto. Trabajamos con las identidades percibidas. Lo que trae el consultante a la psicoterapia.

OBJETIVOS

- Trabajar la percepción identitaria del paciente (individual y colectiva) en diferentes momentos de su vida.
- Reflexionar sobre los elementos de identidad relevantes y periféricos en la construcción del self.
- Poner en relación estos elementos con experiencias relevantes (incluyendo las de pérdida o trauma).
- Trabajar el modo en que la experiencia traumática ha afectado a las diferentes áreas identitarias, cambios y producidos y nivel de acuerdo o no con ellos.

EJEMPLOS DE TÉCNICAS

- **EL EJERCICIO DE DEFINIRSE A SÍ MISMO.** Una buena manera de trabajar el concepto de identidad es intentar hacer una definición de uno mismo en el momento actual. Para ello, por ejemplo, la persona puede intentar imaginar una presentación ante sí mismo e intentaran contestar a la pregunta «Yo soy...» hasta agotar el número de respuestas con las que se presentaría. Al «yo soy» se suele responder con roles (arquitecta), con características

(alta), con atributos (simpática) o con grupos de origen (colombiana, paisa...) o de pertenencia (del Millonarios...):

«Yo soy... psicóloga».

«Yo soy...mujer».

«Yo soy...súper madre de mis hijos».

«Yo soy...simpática y alegre».

CAMBIOS. Realizar el mismo ejercicio con referencia a diversos momentos de la vida relevantes al trabajo terapéutico que se está realizando.

REFLEXIONAR TERAPÉUTICAMENTE LA RELACIÓN ENTRE IDENTIDAD Y EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA POLÍTICA.

- **¿QUÉ RELACIÓN HAY ENTRE IDENTIDAD Y TORTURA?**

El objetivo de un torturador es obtener información, una autoinculpación, humillar o intimidar. Para ello se actúa cuestionando y quebrando la identidad del torturado, buscando la demolición o deconstrucción de la identidad. El dolor, el miedo o la intimidación son formas de quiebre identitario (23).

Trabajar con supervivientes de tortura es, por tanto, entre otras cosas, trabajar con la identidad antes y después de la tortura y las estrategias usadas para el quiebre. Resistir la tortura es pensar de qué manera se logra resistir manteniendo espacios identitarios que sigan recordando al superviviente quién es y el sentido de sí mismo y su lucha, pese al horror, y lograr no ser degradado o anulado como persona.

- **¿QUÉ RELACIÓN HAY ENTRE IDENTIDAD Y CÁRCEL?**

La cárcel es una institución total. En una institución total dejan de operar las reglas de la sociedad externa y una vez se cruza la puerta la vida del interno pasa a regirse por las normas (o el caos) peculiares del sitio; se rige por nuevas reglas que no tienen nada que ver con las del mundo exterior y que transforman y moldean a la persona: conventos, sanatorios, cárceles o ejércitos son modelos de instituciones totales que actúan operando un cambio identitario en la persona. Esta acaba, para

sobrevivir, adaptándose y actuando conforme a las reglas de la institución total, que le van penetrando y cambiando. El trabajo posterior de reaprender las reglas externas y recuperar una identidad no dañada puede ser, en ocasiones, imposible.

- ¿QUÉ RELACIÓN HAY ENTRE IDENTIDAD Y CONTROL SOCIAL?

La represión política y el control social actúan a través de la instauración del miedo en la sociedad, de instaurar la desconfianza y promover el aislamiento de los disidentes, la ruptura de las redes y el quiebre de las formas de solidaridad del grupo. El miedo se convierte entonces en el regulador de las relaciones sociales, inhibe la capacidad crítica y transforma a las personas. El control social como estructura, opera sobre la identidad y convierte la violencia del sistema en parte del modo de ser de las personas (24).

- ¿QUÉ RELACIÓN HAY ENTRE GUERRA E IDENTIDAD?

Las guerras, como mostró Martín Baró (25), conllevan fenómenos sociológicos colectivos que transforman tanto la identidad como el imaginario social: la polarización y radicalización ideológica, que estrecha y maneja el campo de comprensión de la realidad, la cohesión grupal alrededor de valores identitarios surgidos a raíz de la violencia, la desconfianza como sistema, la mentira como forma de comunicación habitual etc. Hay una identidad de la guerra y las personas apenas se reconocen en aquel modo de ser cuando ésta cesa.

- ¿QUÉ RELACIÓN HAY ENTRE IDENTIDAD, EXILIO Y DESPLAZAMIENTO?

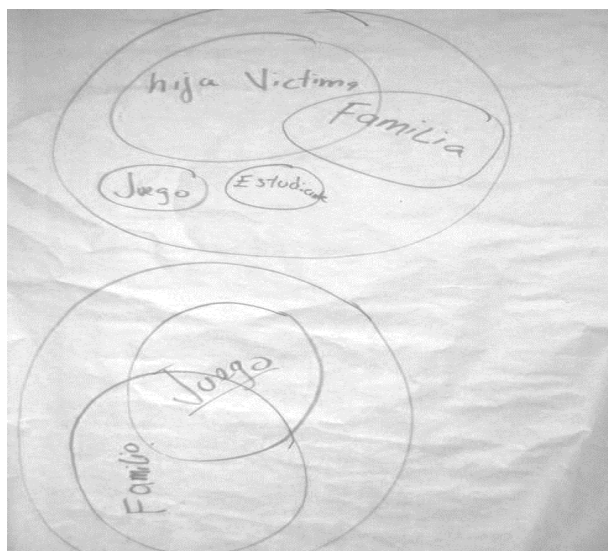
El desplazamiento y el exilio representan la pérdida de múltiples identidades nucleares a la persona: espacio, roles profesionales, proyecto de vida, afectos, amigos, cultura... Y en su lugar se entra, con frecuencia, en un espacio de desarraigo, en el sentimiento de no pertenencia. En la población originaria el concepto de territorio aglutina casi todas estas ideas en una sola. Estar lejos del *territorio* es estar lejos de la fuente de identidad colectiva.

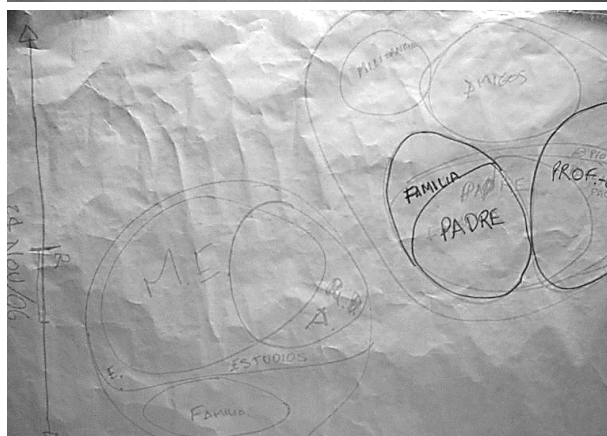
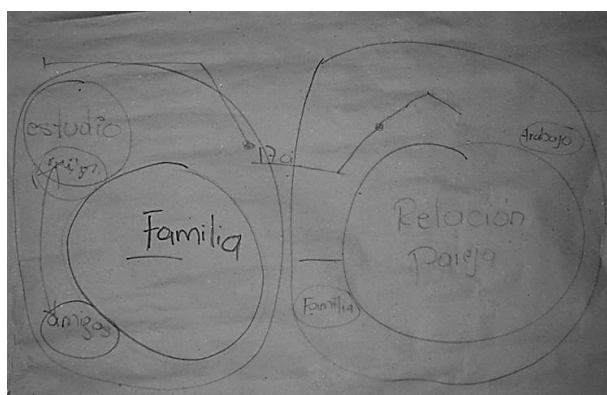
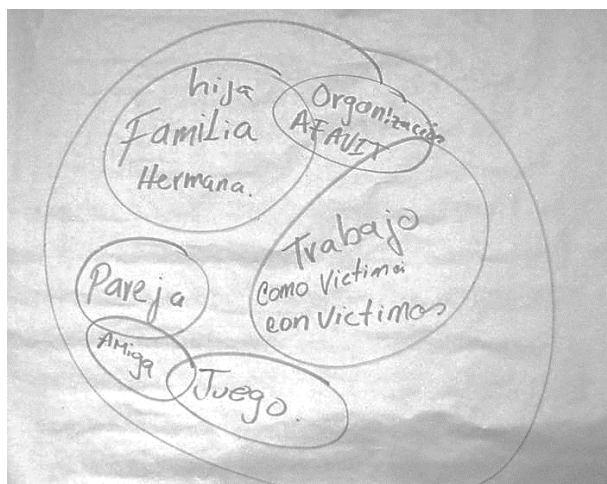
ELABORACIÓN DE UN MAPA IDENTITARIO.

Se trata de un ejercicio de reflexión ordenada y de alguna manera visual, con dibujos o gráficos. Puede hacerse con cualquier expresión artística si el paciente lo prefiere o simplemente a través del diálogo terapéutico. Integra los ejercicios anteriores dando una visión gráfica de conjunto y permite obtener una idea de *proceso*.

Podemos incluir aspectos de quienes somos, cómo somos, en que trabajamos, qué nos gusta en un primer mapa... Lo importante es que sean cosas que nos «identifican», que creemos que son importantes para entendernos. Y a continuación reflexionar sobre el peso específico en nuestra vida y el modo en que interaccionan (no se tocan, se solapan se influyen (ver figura).

CUADRO 33. MAPAS IDENTITARIOS EN PERSONAS DESPLAZADAS POR VIOLENCIA EN COLOMBIA.





El siguiente cuadro es un ejemplo de aplicación:

CUADRO 34. ELABORACIÓN DEL MAPA IDENTITARIO USANDO CÍRCULOS.

- Dibujar un círculo que significaría simbólicamente, el espacio identitario de la persona.
- Dentro del mismo ir dibujando nuevos círculos que serían cada uno de los aspectos que configurarían elementos relevantes de la identidad de esta persona.
 - » Los círculos pueden solaparse o cruzarse.
 - » Deben tener un tamaño más o menos proporcional a la importancia relativa que este aspecto pueda tener para la persona.
 - » Pueden añadirse otros elementos (colores, formas etc) que ayuden a reflejar mejor la realidad.
- En la psicoterapia puede trabajarse por ejemplo en base a tres mapas: Mapa antes del hecho extremo; mapa después del hecho extremo; mapa en el momento actual.

IDENTIDAD DE VÍCTIMA²².

Hablamos del desarrollo de una identidad de víctima como de aquellos supervivientes que con el tiempo experimentan cambios permanentes en su estar en el mundo a partir de un hecho traumático y este hecho se convierte en el núcleo alrededor del cual giran todos sus aspectos identitarios. Aunque por lo general esto puede leerse como algo negativo, no tiene por qué necesariamente ser así. Puede tratarse de una evolución buscada por la persona que decide conscientemente que quiere que su vida se estructure así.

En un análisis terapéutico se pidió, a lo largo de dos sesiones, a una madre de una persona desaparecida que elaborase su mapa identitario (a) cuando se casó, (b) cuando vivían en familia pero el hijo estaba mucho tiempo en la clandestini-

²² Este aspecto está en relación con la Ficha 0.3. Trabajo con organizaciones de víctimas.

dad, (c) poco antes de que le detuvieran, y (d) en el momento actual, en que lleva varios años desaparecido. Se observó que en el mapa actual el rol de madre de persona desaparecida invade todos los espacios que existían antes. Esto podría venir determinado por unas circunstancias negativas y ser algo que ella no querría que hubiera sido así (falta de apoyo de la familia, dificultades económicas, el único espacio en que se siente más a gusto es con otras mujeres a las que les ha pasado lo mismo...) o puede ser por una opción de vida de ella (lograr encontrar a su hijo y poder denunciar a los responsables, por encima de cualquier otra cosa en la vida).

La vida anterior de la persona es removida completamente por la desaparición forzada de su hijo y aparece una nueva identidad. Esto, puede significar la aparición de alguien fuerte, resiliente aunque precio de ello pueda ser un marcado deterioro de su relación profesional y de pareja... En otras, más complejas, puede ser solo una expresión negativa, de recreación en elementos de sufrimiento y de actuación y actualización constantes del trauma. En estos casos, por suerte una minoría, el trabajo requiere de especiales cautelas para no incrementar esta identidad de víctima a través de intervenciones que fomenten la dependencia (en este caso respecto al terapeuta) o que alimenten el sentido de persona irremediablemente dañada, emocionalmente frágil o enferma. El trabajo en terapia es ayudar a reconstruir el proceso sin juzgarlo y acompañar la toma de decisiones al respecto.

FICHA 3.3. TRABAJO CON LAS EMOCIONES²³

INTRODUCCIÓN

Las emociones son probablemente la principal vía de acceso terapéutico en pacientes que han pasado por situaciones de violencia:

- No fuerza la narración de hechos.
- Ayuda a conectar con las experiencias de la persona.
- Permite indagar sobre las narrativas.
- Permite conectar las respuestas corporales y cognitivas.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Reflexionar sobre las emociones como vía de acceso a los contenidos traumáticos y a la repercusión de los mismos.
- Facilitar el trabajo sobre identidad y creencias a partir de las emociones en el momento de los hechos y en el momento actual.
- Conectar con la experiencia traumática, permitiendo el reprocesado de la experiencia.
- Permitir separar a la emoción de quien siente la emoción y aprender de la observación y la reflexión sobre ella.

MARCO CONCEPTUAL

El trabajo con las emociones recorre necesariamente todo el trabajo terapéutico. Las emociones son disposiciones del organismo que aseguran una reacción rápida – no mediada por la reflexión ni el análisis – a situaciones activadoras (5,6). En realidad, podría pensarse que el trabajo psicoterapéutico tiene por objeto conseguir que esas reacciones del organismo dejen de activarse

²³ Esta ficha está basada en Rodríguez-Vega, B., & Fernández-Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower.

automáticamente en determinados momentos y que se abra, por tanto la posibilidad de otra visión de la situación y de otro modo de actuar, de sentir y de pensar; como un modo de liberar al paciente del enclavamiento en la emoción que determina el significado y la construcción narrativa en la que se incluye el problema por el que consulta. Trabajar poniendo el foco en las emociones codificadas en episodios concretos de la vida de la persona puede tener el efecto de ayudar a la persona a recuperar memorias autobiográficas de episodios específicos y empezar a romper, así, por ejemplo, el sesgo hacia memorias autobiográficas sobregeneralizadas al que tienden las personas que experimentan trastornos depresivos. El efecto terapéutico se produce, por ejemplo, cuando el paciente «deja de ser el pánico que actúa en su lugar» y en vez de ello, toma conciencia de su miedo, mira en profundidad su significado, entiende que se siente asustado por algo, y puede evaluar la dimensión del peligro y elegir un plan de acción frente al mismo. En ese sentido todo el trabajo psicoterapéutico sería necesariamente trabajo con las emociones.

UN ESQUEMA GENERAL PARA EL TRABAJO CON LAS EMOCIONES

En este apartado propondremos una estrategia general de trabajo específicamente orientado al trabajo con las emociones que puede ser útil en algunas ocasiones. El esquema que sigue, busca estructurar los aspectos generales del trabajo con las emociones, sea cual sea la cualidad de estas (26). Este esquema puede, además, utilizarse al mismo tiempo con algunas técnicas de conexión emocional que desafían la narrativa de la persona como el análisis de los triángulos del conflicto, las técnicas de silla vacía, la escultura o alguna otra técnica. También es importante destacar que habrá ocasiones en las que la conversación terapéutica desarrollará todo este esquema, mientras que habrá otras en las que se pondrá en juego solo parcialmente este esquema. Por ejemplo una única intervención puede ocurrir cuando a través de la emoción simplemente se conectan dos escenarios diferentes, sean contemporáneos o separados en el tiempo.

En el trabajo con las emociones:

1. El terapeuta escucha los elementos emocionales incluidos en el discurso narrativo del paciente: «Se fue de casa y cuando llegué, me encontré su armario vacío. No dejó nada» (a través de la habilidad de «calibrado» o integración de la comunicación verbal y no verbal y la respuesta terapéutica a ella (27), el terapeuta percibe como el paciente aprieta las mandíbulas y ahoga las lágrimas que surgen en sus ojos).
2. La terapeuta le devuelve esa comprensión al paciente. Normalmente lo hará en forma de paráfrasis, reflejos empáticos o preguntas: «Así que cuando llegó, se encontró con que se había llevado todas sus cosas con ella... ¿Cómo se sintió en ese momento?...o «Parece que llegar a casa y ver que ella se lo había llevado todo, le hizo sentirse muy enfadado, pero también muy triste.. ¿es así?»
3. El terapeuta recoge cuidadosamente el acuerdo del paciente. Es decir está muy atento a notar si su intervención ha sido aceptada o no por éste: «Sí. Creo que es así, que me siento tremendamente enfadado y triste» o «No sé por qué dice usted eso. Creo que he asumido perfectamente que ella quería romper la relación y lo que quiero es pasar página de una vez». Si la intervención ha sido aceptada, probablemente la conversación terapéutica podría avanzar en el sentido que proponemos a continuación. Pero si la intervención suscita el segundo tipo de respuestas, el terapeuta habrá de detenerse en ello y valorar si es más adecuado pasar por encima en ese momento, para recogerlo después, sería el caso, por ejemplo, de una intervención en fases muy iniciales o valorar, si es importante y la relación con el paciente se lo admite, hacer una intervención del tipo de la confrontación: «Me dice, Javier, que lo tiene muy asumido, pero yo he notado que cuando habla de la marcha de su mujer, le tiembla la voz y surge la emoción en sus ojos, ¿Lo ha notado usted también?»
4. Una vez que terapeuta y paciente han acordado la emoción emergen-

te (tristeza, rabia, culpa, vergüenza etc..), y le han puesto nombre—preferiblemente con el término escogido por el paciente - el terapeuta puede afianzarla más, facilitando que el paciente la haga suya. Nombrar las emociones puede ser una forma de empezar a regularlas.

5. Son útiles las intervenciones que conectan la experiencia del relato con una experiencia corporal actual. El efecto de esta micro intervención es empezar a integrar lo cognitivo con la experiencia somatosensorial. Por ejemplo: «Sí. Se siente muy enfadado y por eso aprieta la mandíbula o se le llenan los ojos de lágrimas»
6. La terapeuta ayuda al paciente a enfocar su atención sobre esa emoción. Lejos de salir escapando de esa emoción o de actuarla impulsivamente como otra forma de huirla, la terapeuta ayuda con esa actitud de aceptación no crítica de las emociones del consultante, a que este pueda empezar a centrar la atención en ellas, observarlas y empezar a aceptarlas: «Céntrese en ese enfado...(silencio)... dígame...¿dónde lo siente? O ¿cómo lo siente? o Cuénteme qué es lo que siente ahora, en este momento...»
7. El terapeuta está ya, ayudando a evocar la emoción y a actualizarla, a hacerla presente en la sala de terapia. Puede además, utilizar un lenguaje evocador, que ayude a acompasar o sintonizar con la narrativa del paciente.. También para promover su comprensión empática de la situación del otro puede concentrarse en la experiencia del consultante y preguntarse ¿Qué es lo que puede estar sintiendo esta persona en un canal visual, auditivo, cenestésico..?
8. PACIENTE: *En el pecho, es como una presión que no me deja respirar*
 TERAPEUTA: *Quizás pueda decirme si hay alguna sensación más. Cuando le ocurre esto... ¿Le viene alguna imagen, algún sonido?*
 PACIENTE: *No, no es solo esa presión.*
9. La terapeuta invita al paciente a preguntarse a qué le predispone esa emoción. ¿Qué acción, qué pensamientos, que visión del mundo impone esa emoción?

TERAPEUTA: *Y ese enfado ¿Qué le impulsaría a hacer?... Si hiciera caso de ese enfado... Si ese enfado que me dice que siente pudiera hablarle ¿Qué le pediría que hiciera?*

PACIENTE: *La mataría, la cogería del cuello y la mataría...*

TERAPEUTA: *¿La mataría?*

PACIENTE: *Es una falsa, todo en ella es falso... Nunca ha sido sincera...*

10. Una vez establecida a qué acción predispone y que visión del mundo impone la emoción, la terapeuta puede invitar al paciente a reflexionar en la visión de sí mismo que se asocia a ella ¿Qué diálogo mantiene consigo mismo en el momento de sentir esta emoción?... Es decir ¿Qué se dice de sí mismo esta persona durante esta experiencia emocional? ¿Qué siente sobre sí mismo al (o por) tener ese sentimiento?

11. El paciente del ejemplo, acordó con el terapeuta la emoción de enfado o rabia, después el terapeuta le pidió que se centrara en ella y que le dijera donde la sentía: el paciente contestó:

TERAPEUTA: *Centrándose ahora en esta presión, qué pensamientos le vienen acerca de si mismo.. Yo soy.. yo estoy...*

PACIENTE: *Que yo soy un inútil que no vale ni para matarla, que es lo que me gustaría hacer...*

12. Si una emoción se hubiera producido sólo en una situación concreta y no produjera problemas precisamente porque se impone en situaciones frecuentes en la vida del paciente, no sería objeto de atención psicoterapéutica. Una vez reconocida, nombrada, localizada y caracterizada en términos de predisposición para la acción, y sostén de una visión del mundo y de sí mismo, la terapeuta ayuda al paciente a preguntarse si esa misma emoción, con esa constelación de fenómenos impulsivos y cognitivos aparece en otros ámbitos de la vida del paciente. El terapeuta utiliza, ahora, una estrategia basada en la conexión de narrativas para proponerle al paciente «ir hacia los lados con la emoción»

TERAPEUTA: *Y si ahora se centra en esa emoción de enfado de la que hemos estado hablando este rato, en esa tensión, en esas ganas de saltar sobre alguien... ¿La reconoce? ¿Se dio sólo el otro día o hay otras veces*

en las que la ha sentido? ¿Podría contarme alguna otra situación en la que también haya aparecido ese sentimiento?

PACIENTE: *¡Claro, con Julián; sin ir más lejos el lunes!...*

14. El terapeuta invitará al paciente a explorar otras situaciones de su vida actual en las que esa emoción aparezca explorando episodios concretos en los que ha aparecido (No descripciones generales de situaciones tipo: no «cuando peleo con mi jefe» sino «El lunes pasado, cuando yo llegaba tan contento pensando en ... y, entonces, ...». Hecho esto, puede ser más fácil o natural que se inicie lo que llamamos «ir hacia atrás con la emoción»:

TERAPEUTA: *Así que se siente rabioso, enfadado y eso le lleva a creerse también un inútil.... Javier, si se centras de nuevo en esta emoción que me dice que apareció el día que llegó a casa y encontró que su mujer se había ido, y que es la misma que sintió el lunes con Julián y hace quince días con Laura, y va hacia atrás en los recuerdos de su vida... Si nos preguntamos por las primeras veces que apareció ese sentimiento que ahora vemos que es tan frecuente en su vida... ¿Qué le viene?*

PACIENTE: *Me viene..me acuerdo de cosas de la infancia..me viene el recuerdo de cuando mi madre me dejó en el internado... No teníamos medios y la única forma de que yo estudiara era que me fuera al internado de los curas.. eran otros tiempos. Cuando me dejó allí.. me sentí como un gusano, yo no quería quedarme.. pero ¿Qué podía hacer?.. ¡Aguantarme!..*

Es importante tener en cuenta que a la hora de establecer conexiones entre escenas consonantes, el elemento desde el que se busca esta resonancia es la emoción: se buscan escenas «en las que ese sintió así, con esa presión aquí que le hace sentir la rabia...», no escenas «en las que también hizo...» o «en las que también pensó». Es la emoción la que actúa de puente entre una u otra escena.

15. El terapeuta conecta las emociones que aparecen en escenas distintas de la vida del paciente:

TERAPEUTA: *En esa ocasión, se sintió también enfadado y rabioso, pero parece que, además tan pequeño e insignificante como un gusano. Parece que se sentía muy indefenso...*

PACIENTE: *Es posible que ahora también...*

17. El terapeuta vuelve a la actualidad de la vida del paciente con aprendizajes nuevos acerca de él:

TERAPEUTA: *Así que crees que debajo de esa rabia o de esa idea de matarla, lo que hay es un sentirte muy frágil, muy indefenso... quizás eso te lleve a tener miedo y a querer defenderte de ese miedo agrediendo a otra persona.. ¿puede que sea así?*

De este modo, el terapeuta vuelve con ese conocimiento de la vida de esa persona y la forma de afrontar las situaciones consonantes a la escena actual. Esto abre la posibilidad para el paciente de incorporar soluciones alternativas, si estas han emergido o a suscitar interrogantes acerca de la visión de un único camino posible (el de la narrativa inicial, impuesta por la emoción) como forma exclusiva e inevitable de resolver un problema:

TERAPEUTA: *Así que parece que en su vida ha afrontado ese sentimiento de miedo y de indefensión, el que tuvo cuando se encontró solo en el colegio de los curas, llenándole de rabia y atacando usted, antes de que otro lo haga... Pero entonces, usted se sentía tan pequeño como un gusano... usted era un niño que no podía cambiar las cosas... Pero ahora usted ya no es ese niño, aunque parece, que por dentro, lo sigue creyendo..*

PACIENTE: *No había visto así las cosas. Es posible que ese miedo a que me abandonen, a que me dejen y a volver a sentirme tan pequeño... esté aún ahí...*

TERAPEUTA: *Es posible también que si usted se decide a enfrentar ese miedo, se de cuenta de que también es ya una persona adulta con sus recursos y sus capacidades, las que no tenía entonces... Es posible que se encuentre, entonces, con que la crítica de otra persona ya no tenga que hacerle sentir como alguien sin valor y agredir o discutir con violencia para evitarlo.. ¿Qué le parece esto que estamos hablando?*

CUADRO 35. MODELO DE EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DE EMOCIONES Y SU CONEXIÓN CON LA IDENTIDAD Y LA NARRATIVA ACTUAL DEL PACIENTE.

- Emoción predominante en el momento de los hechos. Rabia, tristeza, impotencia, serenidad, bloqueo. O el nombre que la persona le quiera dar y que le permita identificarla.
- Emoción predominante en el momento actual, al evocar los hechos.

Trabajo conjunto con:

- Funcionalidad psíquica. ¿Para qué me sirve o me podría servir precisamente esa emoción? (lo importante es la narrativa que se pueda elaborar a partir de la emoción que se está trabajando).
 - » Interpretación subjetiva. ¿Qué me dice?
 - » Objeto / Dirección. ¿A quién iría dirigida esa emoción? (p.ej. rabia)
- Pensamientos asociados a la emoción / Diálogo interior. «¿Se acuerda de qué tipo de pensamiento le puede venir a la cabeza en esos momentos....?»
- Ir hacia los lados. En las relaciones con otros, ¿hay algún tipo de situaciones en que se suele sentir igual?. ¿Es en general o con alguna persona específicamente?
- Ir hacia atrás. ¿Puede recordar situaciones similares en el pasado en que se haya sentido de una manera similar? ¿Es posible establecer paralelismos o hay algún tipo de pauta que se repita?
- Imagen de sí / Construcción de narrativas. ¿Es real? ¿Le define? ¿Coincide con la imagen “racional” que tiene de cómo es usted?. ¿Qué se puede aprender?
- ¿Qué nos dice esta emoción sobre la persona que estaba ahí en ese momento como protagonista de los hechos? ¿Y sobre la persona que está aquí ahora?
- Relación entre narrativa y self ideal. Modelos y posibilidades de cambio.

FICHA 3.4. TRABAJAR TERAPÉUTICAMENTE CON LA TRISTEZA Y LAS NARRATIVAS DE SUICIDIO.

El trabajo con la tristeza como emoción tiene algunas peculiaridades añadidas al trabajo general con emociones (ficha 3.3).

Es necesario distinguir si la tristeza es la expresión del sentimiento que genera una narrativa de infravaloración de la persona o si es la expresión de una narrativa de pérdida, de pérdida en el mundo externo (la casa, un ser querido) y/o de pérdida en el mundo interno, como ocurre en las situaciones de pérdida de confianza básica en el mundo, como en ocasiones pasa con las víctimas de hechos traumáticos en general. En este segundo caso puede ser útil trabajar desde un modelo de duelo (ficha 3.15) o desde el impacto de las pérdidas en el sistema de creencias (ficha 3.8) o la identidad (ficha 3.2).

El primer caso. En cambio, nos llevaría a centrarnos más en el trabajo sobre los diálogos internos y la valoración que la persona hace de sí misma. El esquema general del trabajo con emociones continúa siendo útil, pero la terapeuta ha de estar preparada para trabajar más frecuentemente con:

- El diálogo interno: Que suele estar dominado por voces críticas que auto-descalifican o exigen duramente a la persona: Habrá que estar atento para captar situaciones, dentro del contenido de lo referido por la paciente, que nos permitan devolverle una imagen de sí misma como alguien valiosa. O buscar situaciones relacionales que hayan puesto en cuestión el aprecio por sí mismo del paciente.
- Utilizar habilidades que conecten la experiencia de tristeza con las circunstancias impactantes actuales.
- Explorar ideas o deseos de suicidio u otra forma de auto-daño y trabajar con ello como se señala más abajo.
- Transmitir la esperanza de la salida de la situación.
- Enmarcar el tratamiento farmacológico, si se va a indicar, en el marco global de la intervención.
- Devolver una imagen valorada del paciente tanto en la interven-

ción individual como cuando la conversación se mantiene delante de personas significativas para él, como los miembros de su familia.

TRABAJAR CON NARRATIVAS DE AUTODESTRUCCIÓN O SUICIDIO.

Las ideas de suicidio son frecuentes en los pacientes depresivos. A algunos clínicos no familiarizados con la salud mental les cuesta preguntar explícitamente por ellas, muchas veces, pensando que el hacerlo puede inducir las. El temor a hacer este tipo de preguntas que frecuentemente muestra el personal de ayuda, no está justificado. Hasta la fecha no se conoce que nadie que no se haya planteado seriamente el suicidio y que lo haya llevado a cabo porque se le haya ocurrido a partir de una pregunta de su médico u de otro personal de ayuda. En cambio el que se pase por encima de este hecho y se ignore, puede tener consecuencias fatales. Las guías de práctica clínica intencionales son muy claras en este sentido y hacen recomendaciones de explorar sistemáticamente las ideas de suicidio cuando existen indicios de una narrativa de tristeza.

La exploración de las ideas de suicidio ha de realizarse de modo escalonado, pasando a la siguiente pregunta sólo si la respuesta a la anterior es afirmativa:

- Preguntar primero sobre si en esa situación se ha planteado que no valga la pena seguir viviendo,
- caso de respuesta positiva, si ha pensado en hacer algo para quitarse la vida,
- en ese caso si ha pensado en la forma,
- si es así, si ha hecho planes concretos y,
- en caso afirmativo, si lo ha intentado.

El deseo de autolesionarse o de matarse aparece con frecuencia en situaciones de crisis que están teñidas de tristeza o automenosprecio. Pero merece la pena recordar que no todos los deseos suicidas surgen desde la desesperanza. Se dan casos

de suicidios desde la desesperación o el miedo., Por ejemplo, una persona en plena crisis psicótica o disociativa puede tirarse por una ventana en el intento de escapar de unos hipotéticos enemigos. O el paciente que acaba de recibir un diagnóstico de cáncer, palabra que le lleva al recuerdo traumático de la muerte de su padre por la misma causa treinta años antes, puede suicidarse obsesionado por la sola idea de que su camino va a ser el mismo y con el deseo de no hacer sufrir a su familia.

Algunas de las ideas que siguen son útiles para añadir al trabajo más general expuesto antes:

- Revisar conjuntamente el inicio del deseo de suicidarse. En ocasiones, la exploración del inicio del deseo nos da pistas acerca de la pauta problema que esconde ese deseo.
- Buscar la emoción que lo suscita y trabajar con ella como describíamos antes (ficha 3.3).
- Discutir las consecuencias de un posible acto suicida. Revisarlas para cada una de las personas de su entorno significativo. Si no existen esas personas o la discusión en esos términos resulta negativa, la terapeuta puede ofrecerse como persona a la que sí le afecta que el paciente se suicide.
- Acordar un aplazamiento del acto suicida. El pacto para un aplazamiento de cualquier conducta que pueda resultar irreversible permite ganar tiempo. Cuando la persona está enclavada en esa emoción de desesperanza, la visión de posibles caminos alternativos se reduce y hay una reducción del campo experiencial. Ganar tiempo para poder salir de esa «visión en tunel» es fundamental.
- Prever conjuntamente con la paciente lo que va a hacer en las próximas horas o días
- Conectar con la red de apoyo familiar o social. Disminuir riesgos en la familia y garantizar el acompañamiento a la persona

Disponer el seguimiento de la ayuda psicoterapéutica y/o otras medidas de protección de paciente si se evalúa que la cobertura del entorno no garantiza la protección de la persona de sí misma.

FICHA 3.5. TRABAJAR TERAPÉUTICAMENTE CON EL MIEDO EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA.

El miedo es una (1) *emoción* generalmente desagradable, (2) en relación con la *percepción real o imaginaria*, (3) de una amenaza a la *integridad física o psicológica*, (4) de carácter *específico o inespecífico* (5) en el *presente o futura* (6) hacia la persona o hacia elementos significativos de la identidad de la persona (familia, entorno) (7) de carácter *protector oparalizante* (8) y que es posible *aprender y desaprender*.

En contextos de violencia (9) puede ser una forma de *control social*, (10) que tiene por tanto una *lógica subyacente* (11) y que puede implicar una determinada *estrategia* para provocarlo.

Así pues hay que considerar los siguientes elementos clave:

1. El miedo es, en origen, una emoción adaptativa que permite al ser humano sobrevivir en condiciones de amenaza. Los animales que no sienten miedo se extinguen antes. Viene determinada por circuitos cerebrales que se activan ante estímulos determinados.
2. El miedo prepara al cuerpo para enfrentar mejor las situaciones: aumenta la activación cardíaca y las hormonas necesarias para estar despierto, activo y alerta. Fija la atención en la amenaza. Lo que conlleva que a veces impide ver el contexto y analizar otros elementos.
3. El miedo es un problema cuando:
 - » En lugar de activar, bloquea.
 - » En lugar de avisar, mantiene el cuerpo en una alarma permanente.
 - » Cuando no discrimina entre elementos relevantes y no relevantes.
 - » Cuando no tiene una causa evidente y por tanto no permite planificar acciones de defensa.
4. El miedo, raramente, puede ser primario, anclado en elementos

etológicos (por ejemplo, miedo a las serpientes), pero en la mayoría de casos es aprendido por experiencias negativas desbordantes (por ejemplo, miedo a las figuras de autoridad). Y como tal susceptible, cuando es así, de ser entendido y trabajado.

5. El miedo se retroalimenta. Sentirse con miedo asusta.
6. Cabe separar el miedo del pánico (miedo descontrolado) del terror (miedo real insuperable que genera respuestas irracionales). Conviene trabajar el miedo en fases precoces para evitar que pueda derivar en pánico o terror.
7. Frente a una situación de amenaza caben dos tipos de estrategias:
 - » Afrontamiento activo, cuando es posible actuar sobre la causa.
 - » Estrategias de regulación emocional cuando no es posible actuar sobre las causas o cuando la emoción es excesivamente desbordante.

Cada una de ellas permite enfoques complementarios y pueden trabajarse técnicas destinadas a uno u otro aspecto.

OBJETIVOS

- Trabajar el miedo como emoción.
- Trabajar el contexto y la lógica del miedo.
- Trabajar la relación entre miedo y percepción de seguridad y amenazas Evaluación de riesgos y Asesoramiento en la toma de decisiones.

EJEMPLOS DE TÉCNICAS

PONER NOMBRE A LOS MIEDOS.

1. Trabajar conjuntamente intentando poner rostro a la sensación de miedo inespecífico. SEPARAR LOS MIEDOS CONCRETOS (sensación de alarma ante una amenaza conocida que hay que enfrentar) de los INESPECÍFICOS (sensación vaga de amenaza sin referente exacto, que nos impide funcionar con normalidad y que implica

- la idea de vulnerabilidad, pues no es posible defenderse).
2. Una vez detectados los miedos inespecíficos, conseguir transformarlos en específicos DÁNDOLE NOMBRE, es decir, explicitar al máximo el origen y la lógica de los miedos inconcretos.
 3. TRABAJAR INDIVIDUALMENTE O EN GRUPO ALTERNATIVAS Y MODOS DE ENFRENTAR cada uno de los temores específicos. Es decir, pensar y planificar qué se va a hacer ante cada uno de los posibles escenarios, tanto en el ámbito individual como familiar y comunitario.

Si el miedo al futuro se logra que, de manera individual o en grupo, se concrete en el miedo compartido a que –por ejemplo- haya un operativo militar en la zona y se provoquen situaciones de violencia, será posible pensar o discutir en qué condiciones se podría producir, que escenarios se podrían dar y qué tácticas resilientes (individual o colectivamente) sería posible emplear para enfrentar ese eventual ataque.

Mientras el miedo era innumerable, no era posible defenderse de la amenaza y la inexistencia de una táctica acrecentaba la sensación de miedo a lo innumerable o a lo desconocido. El silencio asociado a lo no hablado o lo no hablable lo potencia.

No suele ser una buena estrategia adaptarse a la situación amenazante sin hacer nada, ya que con esta actitud se tiende a minimizar el riesgo, a inhibir la comunicación y, por lo tanto, a exponerse más al peligro.

Finalmente, si bien parte del trabajo supone aceptar que los hechos puedan tener una lógica o poder poner un rostro a los miedos, no significa que siempre podamos identificar las amenazas o que los podamos controlar y cabe trabajar la tolerancia a la incertidumbre.

ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

- Trabajo con el miedo como emoción (Ver Ficha 3.3. Trabajo con Emociones).
- Trabajo con el modo en que el miedo repercute en el cuerpo.

CUADRO 36. EJEMPLO DE TRABAJO CON SEGURIDAD Y AMENAZAS: ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A PERSONA AMENAZADA.

¿Qué amenaza? Pensar y definir la amenaza del modo más operativo y concreto posible.

¿Por qué la amenaza?

- » Dotar de lógica: contexto político
- » ¿Qué busca la amenaza?

¿Qué quieren de mí?, ¿cómo esperan que reaccione? ¿silencio? ¿sumisión? ¿huida? ¿aislamiento por huida de los demás? ¿parálisis? ¿confusión y pánico? ¿lesiones graves - muerte?.

Impacto del miedo.

- » Personal. Experiencias, hechos previos, manera de ser y afrontar.
- » Familiar. ¿Apoyo?, ¿culpabilización por las consecuencias para el grupo?, ¿reproches?
- » Organización o entorno. Acostumbrados – «Cierre de filas»; Rechazo – Aislamiento; Desconfianza (¿sabemos todo de él?).

Elementos protectores y desequilibrantes del miedo.

- » Protectores: Alerta; Ayuda a saber cuándo retirarse; Ayuda a reflexionar.
- » Desequilibrantes: Muy prolongado, Sin relación con hechos o amenazas reales (papel de los rumores), Sensación de pérdida de control; Provoca reacciones impulsivas: riesgo para sí o para otros.

Toma de decisiones.

- » ¿Por qué estoy en esto? Valores relevantes para la persona.
- » Estrategia: trabajar con perfil alto frente a trabajar con perfil bajo.
- » Buscar estrategias de protección («paraguas»).
- » Riesgos que se pueden asumir y riesgos no asumibles.
- Ventajas y desventajas de tener medidas de protección.
- Perspectivas a corto, medio y largo plazo.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO.

- Elaborar una cartografía del miedo

CUADRO 37. EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS INDIVIDUALES EN PERSONA AMENAZADA POR SU TRABAJO COMO ACTIVISTA DE DERECHOS HUMANOS.

Visión política y de contexto

- Mapa de poder
- Personas con capacidad de decisiones e interlocutores
- Estrategias de cabildeo
- Sistemas de alerta temprana
- Activación de redes de solidaridad

Vías jurídicas y legales

- Medidas de protección nacionales
- Medidas de protección internacional

Estrategias de seguridad

- Horarios
- Llamadas
- Recorridos
- Espacios seguros – zonas de seguridad.

CUADRO 38. EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS CONTEXTUALES EN PERSONA AMENAZADA POR SU TRABAJO COMO ACTIVISTA DE DERECHOS HUMANOS.

No estar solo. Romper el aislamiento. Evitar estar encerrado en una burbuja con los propios miedos.

Separar rumores de datos ciertos. Buscar las fuentes primarias de información y fuentes de contraste de información de fuentes primarias.

Fortalecimiento emocional de la persona amenazada. Escucha, clarificación, mantener el control y distancia.

Técnicas de regulación. Relajación, respiración, técnicas de mindfulness.

Detectar y manejar la presión del entorno en la toma de decisiones. Libertad de decisión.

Valorar cuándo y cómo hablar con la familia o con personas relevantes afectadas por la situación. Controlar el modo en que se difunden las noticias.

FICHA 3.6. TRABAJAR CON EMOCIONES DE AGRESIVIDAD, IMPOTENCIA O RABIA.

La mayoría de personas experimentan en momentos puntuales emociones desbordantes en conexión con hechos de violencia que constituyen formas normales de expresión de situaciones de indefensión o impotencia. Estas emociones pueden aparecer de manera puntual y constituyen parte de los derechos de la víctima. Los sentimientos de rabia o ira pueden ser la legítima expresión de la indignación moral ante las injusticias sufridas o el dolor. Son formas saludables de establecer una diferencia entre el mundo interno y el mundo externo y de colocar el origen de la agresión en el agresor y rebelarse frente a ello.

Este tipo de sentimientos puntuales pueden manejarse desde el entorno familiar o comunitario, requiriendo en ocasiones de intervenciones focales de Consejería (ver ficha 2.2).

En otras ocasiones estos sentimientos se cronifican y pasan a ser un modo de relacionarse de la persona con el entorno, convirtiendo la convivencia en difícil. En estos casos puede ser necesario ir más allá de las intervenciones focales y hacer un abordaje más profundo.

RABIA COMO SÍNTOMA O COMO PAUTA PROBLEMA.

Los sentimientos de ira o rabia son con mucha frecuencia la forma de expresión de problemas subyacentes que conviene detectar. No se trata de una ira primaria, sino de la forma en que encuentra su canal de expresión otros elementos.

Sugiere que esto puede ser así cuando la persona o el entorno refieren que hay habido un cambio brusco a partir de un determinado momento. Algunos de los elementos que pueden estar por debajo serían:

- La irritabilidad asociada a un cuadro depresivo severo y a la percepción de que el entorno no entiende ni apoya de modo adecuado.

- La ira o la rabia asociada a formas de ansiedad elevada que impiden a la persona poner distancia emocional con lo que le ocurre en cada momento y le llevan a reaccionar en cortocircuito.
- Sentimientos inexpresables de vergüenza o culpa, frente a los que la rabia o la ira (como formas de actuación) sirven de estrategia para evitar la conciencia y la reflexión, que es excesivamente dolorosa.
- Recuerdos o imágenes dolorosos o traumáticos, frente a los que la ira actúa como mecanismo para alejarlos momentáneamente de la conciencia.
- Cambios en la visión de los demás o del mundo a raíz de hechos de violencia que pueden conllevar:
 - » La percepción del mundo como un lugar hostil del que es necesario defenderse.
 - » La percepción de los seres humanos como egoístas, dañinos, desleales o insensibles.
 - » La percepción de los vínculos afectivos como potenciales amenazas de sufrimiento futuro.

Algunos de estos elementos requerirán de un abordaje específico de la causa, especialmente en el caso de la depresión o la ansiedad.

CUADRO 39. MANEJAR EL RESENTIMIENTO HACIA EL AGRESOR.

- Ayudar a poner palabras a los sentimientos negativos. Distinguir la naturaleza de los mismos
- Validarlos como éticamente legítimos
- Distinguir entre víctima y agresor para poder analizar hacia quien se está dirigiendo en la actualidad las emociones negativas. Posibilidad de que se está transfiriendo la rabia o el resentimiento al entorno (familiares, amigos...) por considerar que no apoyan la rabia o la expresión de actitudes o ideas violentas de la víctima. Explorar situaciones de ruptura con el entorno.
- Detectar situaciones de auto acusación o de rechazo a si mismo derivados de la vergüenza por experimentar este tipo de sentimientos. Buscar conjuntamente la lógica.

- Detectar situaciones de rabia dirigida hacia la propia persona con intentos de justificación del agresor. Analizarlas conjuntamente en detalle. Buscar alternativas que permitan redirigir y canalizar los sentimientos negativos hacia los causantes del hecho o los hechos traumáticos.
- Reconceptualizar la rabia como (a) una emoción que expresa resistencia (b) que puede constituir una energía transformadora que puede permitir cambiar una realidad considerada negativa (c) que tiene el riesgo de volverse contra la propia persona sino se canaliza de modo adecuado, haciendo con ello que el victimario haya logrado su propósito de someter a la víctima condenándola al dolor y al resentimiento permanente.

EN SUMA,

- Aceptar y validar la rabia como legítima y en ocasiones éticamente necesaria.
- Evitar los efectos negativos en la relación con la familia y el entorno y prevenir daños.
- Buscar los efectos positivos – si es posible – entendiéndola como energía de lucha y transformación de una realidad dañina.
- Una vez realizado este trabajo, en algunos casos, si esto puede ser relevante para la víctima
- Explorar la posibilidad de ejercer el derecho y el privilegio ético del perdón, en aras de causas mayores (p.e. ayudar a la despolarización social y la desactivación de conflictos anclados en la acumulación de resentimientos entre las partes) o por experimentar la vivencia personal de estar por encima del agresor y del daño.
- Si esto fuera así, trabajar en el encuentro terapéutico el significado del perdón y los pasos que en su caso pudieran darse de modo real o simbólico en esta dirección.

EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DE LA RABIA, LA AGRESIVIDAD O LA IMPULSIVIDAD.

El esquema de exploración de la rabia es el mismo que se describió en la exploración del conjunto de emociones (ficha 3.3). En la propia exploración puede empezar el trabajo terapéutico.

Algunos de los elementos que pueden trabajarse serían:

1. ELABORAR UN DIARIO DE LA IRA.

Describir situaciones

- » Dónde, con quien.
- » Disparadores

2. ¿DÓNDE COLOCA LA EMOCIÓN?. ¿EN QUÉ PARTE DEL CUERPO?

Es importante conectar la narrativa verbal con la experiencia corporal de la rabia. La emoción de rabia nos habla fundamentalmente del cuerpo que responde ante una percepción real o imaginada de amenaza física o psicológica. La rabia, por tanto, se siente y aunque la no la podemos reducir a la sensación corporal, no se produce sin esa sensación: aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, rigidez de mandíbula, dolor de cabeza, apretar los puños, subir el volumen de la voz, conductas motrices expresivas (gritar, levantar un dedo, señalar---). Como, además, pueden ser emociones difíciles de aceptar por la persona, por la connotación negativa de la que suelen acompañarse, es útil, promover la conexión entre el nivel de expresión corporal y el verbal, con objeto de facilitar el reconocimiento de la rabia, así como la aceptación de esta como sentimiento propio de la persona.

3. ATRIBUCIONES. TEORÍA O NARRATIVA SOBRE LA IRA

Explorar la secuencia de hechos y el modo en que este indica una supuesta «cadena causal», que sería la narrativa que la persona tiene sobre los hechos.

4. EXPLORAR LA FUNCIONALIDAD DE LA RABIA.

Explorar qué ocurre tras la rabia o la ira. ¿Es una forma útil de manejar a los que le rodean?. ¿Qué consecuencias inmediatas y a medio / largo término tiene sobre la relación con los demás?

¿Para qué le es útil? (explorar por ejemplo potenciales beneficios del miedo que la ira provoca en los demás). Explorar conjuntamente formas alternativas de lograr ser respetado por los demás.

Explorar la teoría de la frustración como atribución causal (explorar si la persona no tolera la frustración de sus deseos pasando de la demanda a los intentos de seducción y cuando estos se muestran inútiles, a la amenaza y finalmente la ira). Explorar conjuntamente la responsabilidad personal en el proceso (la escalada en las diferentes etapas es predecible y por tanto prevenible) y buscar alternativas para lograr lo que se busca, aceptando un límite a las exigencias al entorno.

5. CONTROL DE LOS IMPULSOS.

Trabajar en cuatro aspectos:

- a. Prever situaciones y prevenirlas
- b. Detección temprana analizando las sensaciones corporales
- c. Estrategias de «tiempo muerto». Evitar enfrentar el «no» como derrota y experimentar la «no ira» como éxito
- d. Una vez recuperado el control poder hablar del tema en algún momento con la persona afectada si es posible.

TRABAJO ESPECÍFICO SOBRE ATRIBUCIONES

El análisis de las causas y atribuciones y de la funcionalidad abre diferentes vías terapéuticas específicas.

CUADRO 40. ATRIBUCIONES DE IRA Y RABIA. VÍAS TERAPÉUTICAS.

ATRIBUCIONES/ FUNCIONALIDAD	VÍAS TERAPÉUTICAS
1. Querer controlar al entorno. La violencia, la rabia o la ira son con frecuencia formas útiles y eficaces de control del entorno. Provocan desde simplemente el deseo del otro de evitar este tipo de situaciones, hasta el miedo o el pánico abiertos. En cualquier caso logran el objetivo de control del entorno.	<i>Explorar maneras alternativas de poder buscar lo que uno desea; evitar crear entornos de control por el miedo</i>
2. Evitar enfrentar la frustración. La persona desea ver satisfechos sus deseos en el mismo momento en que los expresa. Querer todo y quererlo ya.	<i>Ejercicios de colocarse en la posición del otro y el derecho de uno mismo y del otro a decir no. Tolerancia al retraso en las gratificaciones</i>
3. La ira como forma de pedir ayuda cuando la persona se siente mal.	<i>Explorar formas alternativas de pedir ayuda</i>
4. Como expresión de miedo. Expresión de rechazo a los demás por inseguridad, timidez, vergüenza o incapacidad de manejar emociones de afecto.	<i>Analizar las razones y el modo en el que la ira protege. Experimentar alternativas asumiendo el riesgo al rechazo</i>

5. Como respuesta a cosas que la persona imagina que el otro piensa o atribuciones que hace a los demás de agresión o ataque	<i>Buscar evidencias. Preguntar</i>
6. Como respuesta a ataques percibidos a la identidad (expresado a través de conceptos como el honor, el orgullo, la dignidad u otros). Formas de valoración exagerada del yo y del derecho al respeto y la valía.	<i>Analizar los valores relevantes. Poder dar (y recibir) elogios y críticas de los demás; El orgullo como muestra de debilidad</i>
7. Como forma de manejo del estrés y la tensión.	<i>Técnicas de relajación. Mindfulness. Técnicas de tiempo muerto y técnicas de regulación cognitiva</i>

Raramente el trabajo con la ira queda en una intervención focal breve. Probablemente el análisis más a fondo refleje pautas problema que requieran explorar en la psicoterapia otro tipo de elementos relacionales o intrapsíquicos.

LA RABIA COMO PAUTA PROBLEMA ANCLADA EN LA HISTORIA BIOGRÁFICA

La emoción de rabia o ira ayuda a la vida, tiene un papel de facilitar la diferenciación, la separación, el camino para convertirse en individuo único, para separarse de modo equilibrado de los cuidadores o de los padres y emerger como una persona diferenciada de ellos. La rabia ayuda también a la protección y mantenimiento de esa autonomía física, emocional y social. Nos sirve también para afrontar situaciones que suponen un desafío, a ponerse en marcha o a desarrollar acciones que lleven a cambios deseables. La rabia o ira en ese sentido tienen una expresión saludable para la persona.

Cuando buscamos posibles activadores o sucesos precipitantes (ficha 3.3) podemos encontrar desencadenantes actuales o situaciones antiguas que no se han procesado adecuadamente. La rabia/furia puede ser el legado psicológico de una ausencia de ayuda o de una falta de reconocimiento de necesidades en un periodo de vulnerabilidad infantil o incluso en momentos clave de la vida adulta. La expresión abierta de rabia/furia puede haber sido la única forma que ha sido posible aprender en etapas críticas de la vida de pedir ayuda. Por eso, al trabajar terapéuticamente estos aspectos es importante no reproducir situaciones evocadoras y prover un ambiente empático y respetuoso que ayude a la persona a reconectar con sus hipotéticos sentimientos de abandono y con el sentido del ser que es, de modo natural, relacional, que es un ser que crece y se desarrolla en la relación con los demás.

Cabe reflexionar como la persona replica o anticipa experiencias de abandono o negligencia y el modo en que esto acaba por generar mayor soledad.

- Discutir las posibles consecuencias del paso a un acto agresivo hacia otras personas como paso previo a observar de continuo nuestro estado mental y nuestra respuesta física hasta el punto de poder detectar la emergencia de los primeros indicios de la rabia o de la ira.
- Sin la rabia quizás no cambiaríamos las cosas injustas o cosas que nos molestan pero se trata de sentir rabia hacia la acción o la situación, no hacia la persona. Se propone centrar la ira en la acción y no en quien realiza la acción. Desde una perspectiva de trabajo en mindfulness (ficha 3.14) se hablaría, en palabras del Dalai Lama que nos mostraríamos airados con la acción, pero compasivos con la persona (Ekman, Lama, & Goleman, 2010).
- Elaborar el pensamiento autorreflexivo. Poder darse cuenta y pensar: «esto que siento es rabia» ofrece un mayor grado de libertad, y la posibilidad de actuar sobre la emoción y dejarla pasar sin reaccionar a ella. Las técnicas de respiración y trabajo con la corporalidad son sumamente útiles en este sentido.
- Prepararse para la respuesta: Cuando tomamos conciencia de que algo nos ha generado o nos puede generar rabia es mejor preparar la respuesta y retrasarla en el tiempo.

FICHA 3.7. TRABAJAR CON LAS EMOCIONES DE CULPA Y VERGÜENZA²⁴.

Hablamos de culpa como la emoción negativa que surge cuando la persona realiza actos que transgreden el sistema de normas o valores que son significativos para él o que la cuestionan en su identidad. Estos actos pueden ser hechos físicos (cosas que hizo o que dejó de hacer) o hechos mentales (pensamientos, sentimientos o fantasías).

Como el sistema de normas y valores de cada persona es peculiar de ella misma y no siempre la persona es consciente de ellas (con frecuencia se trata de mensajes no explícitos por parte de las personas que eran relevantes en la infancia), no es raro que ante un mismo hecho diferentes personas tengan diferentes tipos de culpa o que una persona refiere que se siente culpable por algo sin que sepa exactamente por qué, o que refiera que sabe y reconoce que esa culpa es absurda... pero que no puede evitar sentirla ni sacarse la de la cabeza.

Epidemiológicamente aproximadamente una de cada cuatro personas que han pasado por experiencias extremas tienen vivencias de culpa asociadas. Cuando estas son graves, se trata del principal factor de mal pronóstico en la elaboración de las vivencias extremas. La culpa complica extraordinariamente el trabajo terapéutico.

NIVELES DE INTERVENCIÓN. ACCIÓN SIN DAÑO EN EL TRABAJO CON VIVENCIAS DE CULPA

La primera decisión que el terapeuta debe tomar cuando se enfrenta a vivencias de culpa es a qué tipo de culpa se enfrenta y cuál es la mejor actitud posible.

²⁴ Por la dificultad y los riesgos que entraña el trabajo con la culpa es recomendable poder leer material más extenso adicional. Se recomienda como texto de apoyo Pérez-Sales P. *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Ed Desclee de Brower. Bilbao.

- Hay un primer nivel de lo que podríamos denominar CULPAS COTIDIANAS O REMORDIMIENTOS. Se trata de una sensación de desasosiego derivada de pequeñas trasgresiones del ideal de nosotros mismos. Ocurren frecuentemente y la persona tiene generalmente el dilema de decidir entre lo que debe y lo que desea, o entre lo que decidió o lo que quizás debería haber decidido.

Este tipo de culpas son motivo frecuente de consulta en el marco del trabajo de Consejería (NIVEL 2).

Una señora cuyo marido desapareció hace dos años en el marco de un operativo militar había sido invitada a una fiesta familiar. Hasta la fecha nunca había asistido a ningún hecho similar porque le parecía que «no era correcto» y le generaba una angustia y una culpa enormes.

Un consejero (Ficha 2.2) exploraría el dilema que tiene la señora, por qué es importante para ella no ir a espacios que pudieran ser lúdicos, el significado de este hecho y las ventajas e inconvenientes de hacer una cosa u otra, y la ayudaría a decidir lo que creyera mejor. Una figura de autoridad (Ficha 2.3), por ejemplo una hermana de una comunidad de monjas a la que acude a misa, tras escucharla le diría quizás que está sufriendo mucho y que no ve nada malo en que acuda, que su marido querría eso y que le aconseja que vaya al cumpleaños familiar.

En ambos casos la persona resuelve el dilema y su angustia disminuye.

- Hay un segundo nivel formado por lo que podríamos denominar CULPAS COMPLICADAS, en la que lo que aparece en la vida de la persona es una pauta problema alrededor de las vivencias de culpa. Estas emergen de manera periódica y son sumamente dolorosas para la persona.

Este tipo de culpas pueden ser motivo de consulta, aunque es frecuente que sean un hallazgo casual en el curso de una terapia. Requieren de un trabajo sistemático de exploración y terapia que requiere de habilidades terapéuticas de nivel profesional (NIVEL 3). Son las que abordamos en la siguiente sección.

Cuando el consejero habla con la señora observa que está muy delgada, viste de negro y presenta diversas heridas. En la conversación refiere tener pesadillas en que sueña con su marido desaparecido, despertando con mucha angustia. Esta angustia solo se calma cuando se rasca con las uñas con violencia en brazos y piernas. Esto la tranquiliza. Apenas come. Refiere que habían tenido amenazas y que su marido estaba pensando en vender la tierra e irse y que no lo hicieron porque les ofrecían muy poco dinero y ella no quería alejarse de su familia porque le daba seguridad.

Durante la conversación la persona se muestra angustiada al hablar del tema y se rasca varias veces, aunque progresivamente se va sintiendo mejor. Se decide darle cita para una evaluación más profunda.

- Hay un tercer nivel formado por lo que denominamos CULPAS INTRATABLES. Se trata de culpas extraordinariamente dolorosas e insoportables en las que la persona puede estar actuando la culpa contra sí misma. Se trata de culpas que con frecuencia enfrentan a la persona al suicidio como vía de alivio. Estas culpas se asocian sobre todo a: (a) hechos en que la persona tuvo una responsabilidad real en los hechos. Es objetivamente cierto y la dificultad esta en asumir esta responsabilidad por la magnitud del daño causado a otros (b) en que se asocia a emociones intensas de indignidad o vergüenza, de cuestionamiento de sí mismo como persona (c) cuando se asocia a imágenes horribles o grotescas que emergen a la conciencia y resultan intolerables.

En este caso a la persona le cuesta en ocasiones un enorme esfuerzo que puede tomar incluso años, llegar a «pactos de vida» que le permitan recuperar una cierta normalidad con períodos buenos o malos de estabilidad emocional. El terapeuta debe considerar si es adecuado desmontar esta frágil coraza de protección que ha construido la persona y abrir las heridas.

La señora refiere sentirse bien, aunque no sabe si acudir a la fiesta de cumpleaños. Cuando el terapeuta pregunta como desapareció su marido refiere que no desea contestar. Este insiste y reitera la pregunta. Finalmente la mujer refiere con angustia creciente que ese día los paramilitares habían entrado en el pueblo. Ellos y sus dos hijas estaban en la casa. Los paramilitares iban por las calles

con listas de gente a la que iban llamando y pedían presentarse en la plaza. Su marido estaba en una de las listas, pero decidió esconderse en el lugar de los animales. Cuando los paramilitares iban llegando a su casa ella suplicó a su marido que saliera porque si no quizás tomarían represalia con las hijas y podrían abusar de ellas. Que no pasaría nada por contestar unas preguntas. Él se resistió pero ella empezó a levantar el tono de voz cada vez mirando a sus hijas. Cuando él finalmente salió a la calle, lo hizo llorando, a pasos cortos, y cuando se entregó se tapó la cara con las manos, y esa imagen ella no la puede olvidar. Nunca lo volvió a ver.

Mientras cuenta esto la mujer va entrando en un estado de agitación y de pronto se golpea violentamente la cabeza varias veces contra la pared de la consulta, insulta al terapeuta y tiene una crisis pseudo-convulsiva y queda inconsciente durante veinte minutos. Cuando despierta esta sonriente y parece no recordar nada de lo ocurrido.

El terapeuta siente que no se dan las condiciones para garantizar que se cumple el principio de Acción Sin Daño y realiza una terapia focal centrada en aspectos de la vida cotidiana y aspectos relacionales con las hijas, evitando centrar el trabajo en las emociones de culpa.

TRABAJO CON CULPAS TRATABLES.

El trabajo con culpas tratables puede requerir un número de entre 5 y 10 sesiones, distanciadas en el tiempo para poder sedimentar el trabajo que se realiza en terapia., Requiere de un acuerdo terapéutico respecto a la necesidad y la relevancia de abordar este tema y el aviso de que es posible experimentar emociones negativas durante las primeras sesiones. Es bueno consultar textos más amplios que describen un amplio abanico de técnicas y abordajes que se adaptan a la narrativa de culpa de cada paciente.

Algunas de las claves terapéuticas son:

- **ENCUADRE**

En las culpas cotidianas podemos intentar hacer un trabajo directo de «desmontar» la culpa por reducción al absurdo. Pero en las culpas más complejas que abordamos en el nivel 3 este abor-

daje puede ser perjudicial y hacer sentir al paciente como infantil, absurdo o inmaduro por tener unas vivencias que son *sobreimpuestas*, es decir, que ella *no eligió* tener. Por eso es importante:

- » Aceptar las vivencias de culpa de la persona y no minimizarlas o decir a la persona que son ridículas o sin sentido o intentar descartarlas sin más.
- » Desculpabilizar» por sentir culpa. Poder explicar a la persona que uno no es responsable de las emociones que siente. Enamorarse o sentir rabia son emociones que aparecen. Si la persona puede mantener una distancia con las emociones, puede empezar a observarlas, analizarlas y entenderlas.
- » No pretender rebatirlas aplicando la lógica del terapeuta (que es seguramente la lógica que ya han empleado –inútilmente– familiares y amigos).
- » Legitimar las emociones. Esto conlleva admitir la posibilidad de la culpa («Vamos a aceptar la posibilidad de que usted fuera culpable») pero no en la proporcionalidad ni en la relación causal (...»aunque quizás no estemos de acuerdo en que tanto es usted culpable. Quizás para usted, usted tiene la culpa de todo lo que pasó, y para mí haya que tener en cuenta otras cosas y quizás la parte que le toca a usted no sea ni siquiera la más relevante...»). Rebatir *completamente* la culpa puede infantilizar y hacer sentir mal al otro.

- ELEMENTOS A EXPLORAR

1. Si en la culpa hay una transgresión de una norma real o simbólica, puede ser importante explorar el sistema de normas de la persona. Las normas pueden ser explícitas (cosas que las personas importantes de la infancia decían) o pueden ser implícitas (ejemplos de personas importantes de cómo se comportaban ellas). Puede ser importante evocar situaciones de la vida en que se hayan puesto de manifiesto estos valores y estas normas. Podría ser relevante explorar como percibe la persona estas normas y si está de acuerdo o no con ellas. Esto incluiría no solo normas familiares, sino convenciones sociales o normas religiosas o culturales.

2. Puede ser relevante explorar la relación de la persona con figuras relevantes de la infancia o la actualidad a las que pudiera estar fallando o decepcionando (real, simbólicamente o de manera fantaseada) y explorar vías para trabajar esta relación en la terapia.
3. Puede explorarse los contextos que disparan la culpa. Qué personas o situaciones la evocan y por qué ellas. ¿Qué nos permite reflexionar?
4. Es posible trabajar sobre el acto que genera la culpa. Reconstruir las circunstancias en que se tuvo que decidir. Las cosas que se sabían, las que no se sabían, los miedos, las certezas. Y entender que en la culpa la persona se juzga no por lo que sabía entonces (que quizás decidió en poco tiempo, de manera intuitiva y bajo un shock emocional) sino por lo que sabe ahora (cosas que le han ido contando, cosas que aprendió y sobre todo saber qué pasó al final con la decisión que se tomó). Juzgarse por lo que pasó entonces y no por lo que ahora sabemos.
5. Evitar el pensamiento rumiativo. El mejor ejemplo son las preguntas sin respuesta. Muchas veces la persona se pregunta «Y si...» ó «Y si yo...». Se trata de preguntas que generan angustia y que no son resolubles. Pueden aceptarse como expresión de angustia, pero sin alimentarlas, entrando en un diálogo terapéutico especulativo.
6. Explorar si para la persona es significativo la distinción entre responsabilidad y culpa. Mientras la responsabilidad indica que la persona hizo algo que tuvo determinadas consecuencias (la persona cometió un error), en la culpa hay un componente moral (la perdona quiso hacer daño). Desde ahí es posible trabajar (a) la necesidad de asumir que todo el mundo comete errores incluso cuando actúa con todo el amor y la mejor intención. No es posible prever todo (b) que es bueno asumir la responsabilidad de los errores y que eso hace grande a la persona. Pero separándolo de la culpa.
7. Explorar si existen componentes de vergüenza asociados o que complican la culpa. Hablamos de vergüenza como de la emoción negativa que siente la persona como consecuencia de la mirada social. Tiene que ver con el cuestionamiento de uno mismo

y los problemas de autoestima que surgen en base a lo que la persona cree que los demás dicen o piensan. La vergüenza es una emoción destructiva, que lleva a la persona a esconderse, a inhibirse, que va más allá de los hechos que generaron la culpa para cuestionar a la propia persona: su manera de ser, su valía y su capacidad. Si esto es así, se requerirá de un trabajo específico adicional sobre este aspecto que persiga (a) evitar que se genere a partir de una experiencia negativa (b) rescatar elementos positivos y de fortaleza de la persona de esta y otras experiencias vividas y trabajar los elementos identitarios positivos.

8. Explorar las formas en que la persona maneja la culpa. Entre las posibilidades pueden estar:

- » Formas de auto-castigo o de buscar el castigo de otros o de instituciones legitimadas para ello
- » Formas de expiación y sacrificio
- » Conductas de reparación o de compensación o mitigación del daño (reales o simbólicas) hacia los percibidos como perjudicados
- » Conductas de aislamiento o vergüenza.

Explorar el valor de cada una de estas opciones y la importancia que tiene para la persona. Explorar alternativas pero evitando hacer recomendaciones sobre lo que es adecuado o inadecuado, respetando la decisión de la persona sobre las formas de afrontamiento simbólico que más percibe la persona que le ayudan.

- CULPA Y PERDÓN.

Muchas de las estrategias anteriores pueden llevar a un punto en que se plantee alguna forma de perdón:

Perdón externo:

- » Encuentro o ceremonias de perdón por parte de la persona que fue perjudicada.
- » En el caso de una persona fallecida, formas de perdón simbólico.
- » Perdón por parte de otras personas vinculadas a las personas perjudicadas.

Perdón interno:

- » Perdón por parte de los referentes morales de la persona
- » Perdonarse a sí mismo desde el derecho a cometer errores.

Si bien se tiende a pensar que facilitar maniobras de perdón es el punto final deseable, es importante entender que el perdón conlleva un elemento de violencia simbólica importante que hace que deba ser visto con cautela.

El perdón en un encuentro con la víctima debe ser iniciativa de la víctima. El perdón debe ser siempre un privilegio de la víctima, no una obligación. Si la víctima no lo vive así, los encuentros son nuevas formas de violencia que van en detrimento de la víctima y que deben ser proscritas.

- » Las maniobras simbólicas o los rituales de perdón pueden ser beneficiosos cuando cobran sentido simbólico y tienen un valor de reparación de la relación entre las personas implicadas en los hechos. Cuando restauran los equilibrios. Entonces son formas terapéuticas poderosas.
- » En algunas formas de ritual de perdón hacia sí mismo o por otros puede parecer que se pretende «borrar el pasado». La culpa muchas veces nos vincula a seres queridos y es una forma de recordarles y tenerles presentes. El objeto del trabajo no es borrar el pasado sino poder *asumirlo* incluyendo la cuota de responsabilidad que sea necesaria, e intentar convivir con él con menos dolor.

Por eso, el final de esta etapa de la terapia no es cuando no se tiene culpa sino cuando la culpa es tolerable y permite vivir. Pero vivir conlleva tomar decisiones y tomar decisiones implica la posibilidad de hacerlo mal y equivocarse. Y el reto es ser capaz de vivir con ello.

- TRABAJAR CON NARRATIVAS DE VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN

Las autonarrativas de la persona, es decir, aquellas que afectan a la descripción de la experiencia de sí misma, pueden sostener emociones que socaven la opinión de la persona acerca de sí misma y que la coloquen, frente a las demás, en una situación de comparación de resultados siempre deficitarios.

Sentir vergüenza es sentirse disminuido a los ojos de los demás. La vergüenza prepara a quien la experimenta para desaparecer de la vista del otro. Se diferencia de la humillación en que, en ésta última el juicio negativo del otro se experimenta como arbitrario o injusto. La humillación en lugar de incitar a esconderse o desaparecer puede derivar en deseos de restitución de la dignidad o de venganza.

Lo mismo que en otras emociones, la terapeuta puede utilizar el esquema general de exploración descrito pero además, cuando la vergüenza es una de las emociones dominantes, puede ser de especial utilidad:

- » Establecer una relación de confianza que aporte seguridad y experiencia emocional constructora de la aceptación del sí mismo.
- » Estar atento o atenta a las señales de aparición de vergüenza durante la entrevista. En ocasiones la terapeuta preferirá pasarlas por alto y no señalarlas muy al comienzo de la relación, con objeto de evitar una exposición emocional que suscite evitación o abandono del trabajo terapéutico por parte del paciente. Algunos ejemplos de estos indicadores pueden ser la mirada baja o huidiza, silencios, dificultad de expresar emociones en general, sonrojo etc... Más adelante, cuando el paciente se sienta más seguro en la relación, se podrán utilizar estos indicadores como reforzadores del discurso del consultante.
- » Reconocimiento explícito y legitimación del sentimiento de vergüenza cuando surge durante la entrevista.

- » Identificación de las escenas de vergüenza basadas en las relaciones interpersonales.
- » Observación de los diálogos internos o «voces interiores» que la persona sostiene consigo misma y que ayudan al mantenimiento de esa autonarrativa: «No sirvo para nada, porque nunca podré ser como ella», «Mejor que nadie se entere de que estoy aquí, a ver si paso desapercibido». Reconocimiento de la autonarrativa que sostiene la vergüenza como un «guión» protector de la persona de otras narrativas que suscitarían emociones más dolorosas o cuyo afrontamiento requiere la ayuda psicoterapéutica.
- » Explorar situaciones que devuelvan imágenes positivas y que afirmen los valores y virtudes de la persona
- » Afianzar narrativas de autoafirmación. Esta autoafirmación no es la de la afirmación frente a los demás, sino la de afirmarse junto a los demás. Es decir se trataría de tener en cuenta las necesidades propias equilibradas conjuntamente con las necesidades de las otras personas. La idea de autoestima ahí contenida incluye siempre la empatía interna por las propias necesidades y por las necesidades de los demás.

FICHA 3.8. TRABAJAR CON EL SISTEMA DE CREENCIAS

Todos los seres humanos tienen una determinada manera de entender lo que le rodea. Una visión del mundo y de lo que cabe esperar en él. Esta visión depende de muchos factores, entre otros, las experiencias tempranas infantiles y el entorno vincular, así como elementos ligados a la cultura. Las expectativas respecto a la conducta esperable en un ser humano pueden implicar asunciones o expectativas respecto a la bondad, la confianza, la comunicabilidad, la intimidad u otros que no dependen de un proceso racional sino que surgen del contraste acumulado diario con la realidad. Los hechos traumáticos cuando son extremos influyen en esta manera de pre-concebir la vida y al ser humano, bien confirmando expectativas previas negativas, bien cuestionando expectativas o creencias positivas.

Habría por tanto un elemento experiencial profundo que entra a cuestionar el sistema de creencias básico de la persona respecto al modo en que ella misma funciona (ver ficha 3.2 Sobre Identidad), o el modo en que funcionan los otros y el mundo en general. En la mayoría de los casos hay un cuestionamiento de ciertas ilusiones básicas (la ilusión de invulnerabilidad, la ilusión de control, el sesgo de atribución causal ante hechos positivos y negativos...).

DIBUJAR EL MAPA DE CREENCIAS.

Igual que en el trabajo con la identidad, el primer paso en la terapia con el sistema de creencias es acceder a una conciencia de esa visión del mundo y del modo en que el hecho traumático la ha cuestionado. Cuál ha sido el impacto. En ello pueden influir:

- Creencias previas. ¿Qué esperaba la persona de la vida o de los demás?. En entornos violentos, con personas en situación de

guerra o huida, la vida previa de la persona puede estar basada en experiencias de desarraigo o abandono, frente a los que ha desarrollado o no recursos resilientes. Una nueva experiencia de abandono o de huida puede quebrar creencias previas de resistencia o puede reforzar creencias de indefensión y vulnerabilidad.

- Experiencias vitales. ¿Qué experiencias previas ha tenido la persona que le han influido decisivamente?. ¿Qué ha aprendido de ellas?. Es importante separar los aprendizajes *conscientes* (en forma de reflexiones) de los aprendizajes *inconscientes* (en forma de cosas que ahora la persona hace o no hace, siente o no siente, busca o no busca, sin en realidad darse cuenta o haber buscado el cambio).
- Discutir algunos de los ejes clave del sistema de creencias²⁵ y en especial
 - » El papel del azar en la vida.
 - » La ambigüedad y la inseguridad en las relaciones interpersonales.
 - » Las expectativas de control del entorno.

El cuestionario VIVO (28) es una herramienta sumamente útil que provee una exploración exhaustiva del sistema de creencias y de identidad, así como de elementos emocionales y de afrontamiento después de experiencias extremas.

TÉCNICAS DE TRABAJO

1. REFLEXIONAR SOBRE LAS CREENCIAS IMPLÍCITAS: BUSCAR EL PUNTO DE EQUILIBRIO.

Las creencias tienen una base experiencial e implícita y por tanto el cambio de las mismas pasa por la toma de conciencia y por la búsqueda de experiencias que cuestionen estas creencias.

²⁵ Pueden ampliarse los conceptos, así como técnicas de trabajo con los mismos en el libro Pérez Sales P (2006). Trauma, culpa, duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Ed Desclee de Brouwer. Madrid.-

Dicho de otro modo, si tras una violación sexual la persona presenta un marcado retraimiento hacia cualquier tipo de contacto afectivo en general, y contacto corporal en particular, esto tiene que ver con memorias somáticas de los hechos y con cambios en la manera de ver a las personas tras los hechos. Ambos aspectos pueden trabajarse en paralelo y buscar el trabajo con la memoria (ficha 3.8) y la exposición progresiva a experiencias que desafíen las creencias.

Para ello es necesario que la persona tome conciencia de estos hechos y decida intentar modificarlos. La terapia cognitiva respecto a las creencias no busca tanto cambiar estas, como colocar a la persona en disposición de que pueda intentar exponerse a experiencias que las cuestionen. Dicho de otro modo, poner en plano consciente que la creencia inconsciente de que *todos los hombres son potenciales agresores* o que *todas las relaciones afectivas acaban por provocar dolor* puede poner a la persona en disposición de intentar desafiar este hecho a través de una exposición progresiva a relaciones interpersonales.

El trabajo de reflexión socrática sobre estas asunciones o creencias (en el sentido clásico de refutar las creencias todo/nada/siempre/nunca; los sesgos atribucionales y otros elementos clásicos de la terapia cognitiva) permite esto. Ello no significa que la persona tenga errores cognitivos o de juicio o que tenga creencias equivocadas (lo que sería tanto como asumir que vivimos en un mundo de fantasía en el que cabe esperar siempre lo positivo o que existe una manera «correcta» de ver el mundo y entender la violencia que ocurre en él) sino que la experiencia de su vida le ha enseñado cosas que quizás merece la pena arriesgarse a poner a prueba.

2. BUSCAR CONJUNTAMENTE EXPERIENCIAS RE-SIGNIFICANTES.

En personas muy dañadas puede ser simplemente la propia relación vincular con el terapeuta en unas primeras fases. En momentos posteriores, experiencias de la cotidianeidad. Este

proceso debe por fuerza ser voluntario (no prescrito), progresivo (no forzado), seguro (evitar al exposición a experiencias con probabilidad de re-traumatización).

3. TRABAJO CON EJES CONCEPTUALES RELEVANTES.

En la fase previa hemos perfilado un conjunto de elementos clave: azar, ambigüedad versus uso de estereotipos, significado y necesidad del control etc. Para cada uno de ellos existen técnicas específicas terapéuticas que pueden usarse.

4. TÉCNICAS VIVENCIALES.

Pueden ser útiles las técnicas que trabajan con la escenificación de escenas temidas (terapias de tipo gestáltico u otras) o terapias de corte somato-sensorial como el EMDR (ver ficha 6.2) que buscan trabajar las sensaciones corporales y las emociones ligadas a las experiencias extremas como vía de modificar las creencias asociadas a ella.

FICHA 3.9. NARRACIÓN Y TRAUMA

Una de las características que definen el hecho traumático es su carácter de experiencia para la que con frecuencia no hay palabras. Se trata de una experiencia incommunicable, intransmisible desde el punto de vista del superviviente y, por lo mismo, incomprensible para el oyente (de nuevo desde la perspectiva de la víctima). Decir «*le entiendo*» o «*imagino por lo que ha pasado usted*» puede ser inadecuado.

Es por ello que aproximadamente para una de cada tres personas, ante experiencias traumáticas, no hay una necesidad de contar sino que la experiencia es asimilada y la persona se enfoca hacia elementos prácticos o hacia el futuro. En aquellas personas para las que contar es necesario, este contar es limitado. Suele tratarse de narraciones breves, un pequeño número de veces, y a personas cercanas, lo que permite validar la experiencia, tener el reconocimiento de los otros de lo vivido y construir un hilo narrativo lógico, es decir, un contarse a sí mismo las cosas.

En ocasiones este contar es insuficiente o existen elementos anclados del discurso.

En la terapia de situaciones traumáticas suele haber en un momento u otro una narración de los hechos. Parte de la idea básica de que para que terapeuta y paciente puedan trabajar juntos debe haber un mínimo de información compartida sobre los hechos que motivan la consulta.

Ahora bien, narrar los hechos no es un requisito necesario en el tratamiento de reacciones postraumáticas. La narración:

- Puede constituir un acto de violencia hacia la persona que no necesita o no desea contar por entender que no tiene palabras o que estas expresan solo pálidamente la realidad y la banalizan. Es necesario respetar este sentimiento básico de alienación y no imponer.
- Puede estar culturalmente proscrito en determinados entornos.
- Puede re-traumatizar a la persona o actualizar el dolor o enfrentarla a elementos de culpa o vergüenza innecesarios.

En general el relato de los hechos raramente está indicado en las entrevistas iniciales, más allá de una breve descripción para permitir el posterior trabajo conjunto. Mucho menos el relato forzado profundizando en detalles escabrosos en el supuesto entendido de que el terapeuta necesita saber la verdad o que esto surtirá un efecto catártico en la persona. En ocasiones narrar lo inenarrable puede tener un gran valor terapéutico pero para ello se requieren unas condiciones.

A no ser que haya un deseo manifiesto espontáneo del superviviente, resulta más relevante poner el foco de atención en poder explorar y evaluar las diferentes *narrativas* que trae la persona sobre esos hechos que acaban de ocurrir (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...), detectar cuáles de estas narrativas pudieran ser disfuncionales en el futuro (por ejemplo autoacusación y vergüenza severas) y trabajar conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos.

CONDICIONES PARA UN NARRAR TERAPÉUTICO.

Es preferible *bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos* hasta que en el contexto de la terapia se den las condiciones para que la persona pueda hacer una reconstrucción que permita trabajar una reelaboración de los mismos y la construcción de narrativas alternativas, allí donde éstas pudieran ser disfuncionales.

Estas condiciones son:

- La persona entiende que le puede ser útil rememorar los hechos de manera estructurada.
- Desea hacerlo. Desea, en alguna medida, comunicar al terapeuta lo que ocurrió. Se ha construido un vínculo de apoyo que permite acompañar en el proceso de re-conceptualización.
- Se dan las condiciones para hacerlo (tiempo suficiente para no abrir temas dolorosos que pudieran quedar a la mitad; condiciones de intimidad para que la narración pueda hacerse con confianza).

Las versiones estereotipadas, repetidas una y otra vez a amigos o familiares de manera mecánica y contada sin resonancia afectiva no son útiles como herramienta de trabajo. En consecuencia hay un trabajo de *maduración* del momento del recuento de hechos a través de crear un vínculo sólido, proveer las condiciones y estimular el deseo y la necesidad de contar.

El arte no consiste en lograr arrancar el máximo número de detalles de lo ocurrido, sino en saber elegir el momento adecuado que permita conectar con las emociones para resignificar los hechos.

FORMAS ESTRUCTURADAS DE TRABAJO CON EL RELATO DEL TRAUMA

En ocasiones esta narrar puede ser parte del trabajo terapéutico del paciente entre sesiones. Una forma clásica es el trabajo de escritura libre (29). En el modelo clásico consiste en escribir sobre el trauma durante al menos 20 a 30' al día durante de 4 a 6 días consecutivos (ver cuadro):

CUADRO 41. ESCRIBIR SOBRE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA.

Indicaciones generales.

- La principal regla es no parar de escribir durante el todo el tiempo que dura el ejercicio (20-30 minutos). Si la persona no sabe qué contar o escribir, puede repetir o parafrasear lo que ya se ha escrito o puede reflexionar y poner en relación lo escrito con problemas actuales.
- Preferible narrar cosas que nunca se hayan contado, que se hayan contado poco o que se hayan contado con poco detalle.

Proceso de trabajo.

- Elegir la experiencia. Puede ser (a) la más traumática (b) la que más te ha influenciado en tu vida (c) la que vuelve repetidamente como imágenes u otros síntomas intrusivos.
- En el relato entrar a fondo en emociones, sentimientos y reacciones durante los hechos.
- Pasar, en la misma sesión, a otro evento si se quiere.
- Si el ejercicio es excesivamente difícil, escribir sobre conflictos actuales que se crea que tiene relación potencial con los hechos traumáticos.

FICHA 3.10. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE SÍNTOMAS INTRUSIVOS: IMÁGENES VÍVIDAS Y REMEMORACIONES ANGUSTIANTES.

Existen numerosas técnicas de corte cognitivo-conductual en su mayoría cuyo objetivo común es el tratamiento sintomático de los síntomas intrusivos. Todos incluyen, de una u otra forma, la exposición reiterada al estímulo. Cambia el modo de presentar el estímulo (en imaginación o en vivo) la intensidad de la presentación (jerárquica y gradual o de una sola vez), el contexto (con o sin relajación previa, posterior o intercalada), el apareamiento o no de auto-verbalizaciones u otros.

La exposición con prevención de respuesta ha sido considerada clásicamente como el tratamiento de elección del estrés posttraumático en general y de este tipo de síntomas en particular (30). El EMDR, una variante que consideramos en una ficha aparte, es considerado como tratamiento psicológico standard de elección basado en la evidencia en la guía *mhGAP* sobre buenas prácticas en atención primaria de la Organización Mundial de la Salud (31).

Dado su carácter más agresivo y potencialmente angustiante no suelen estar indicados de entrada frente al trabajo de Asesoramiento, apoyo y re-conceptualización de índole más general, a no ser que el paciente manifieste directamente que las rememoraciones son el principal problema al que se enfrenta o que los síntomas sean profundamente invalidantes.

Todos ellas comparten la creación de un espacio simbólico seguro bien como paso previo a cualquier ejercicio de exposición, bien como estrategia en si misma de control de la ansiedad. En ocasiones pueden ser útiles los denominados objetos contra-fóbicos, que tienen un rol tranquilizador, de descarga y de anclaje en la realidad (cuadro 42).

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN AL RELATO.

Existen múltiples opciones sencillas. Un ejemplo sería grabar un relato de 10 a 15 minutos con una descripción detallada

de los hechos con el mismo teléfono del paciente y escucharla varias veces al día con unos auriculares en entornos diversos. Cada una de las sesiones de escucha no debería darse por finalizada si no hay unos niveles bajos de ansiedad.

Una técnica clásica de rememoración estructurada es la *Exposición al relato escrito del trauma*(29) (Ficha 3.5).

CUADRO 42. CREACIÓN DE ESPACIOS SEGUROS..

CREAR UN ESPACIO FÍSICO. Un rincón en una tienda de un campo de refugiados, una habitación en la casa, la casa de un amigo o el bar de la esquina. Este lugar ha sido acondicionado de tal modo o reúne unas condiciones tales que transmite calma, bien por la decoración (posters de motos para unos, paredes blancas para otros), bien por el sonido (música clásica para algunos, heavy metal ensordecedor para otros), bien por la decoración (libros...) los olores u otros elementos. Es un espacio en el que nadie entra y es posible abstraerse el tiempo que sea necesario pensando en nada o con actividades que requieran abstracción (un libro, un cuaderno, música...) y que sean incompatibles con las emociones e imágenes.

UN ESPACIO IMAGINARIO. Un paisaje, un lugar cuya evocación es incompatible con las emociones negativas. En niños es interesante proponer que elijan un «lugar seguro» de algún relato, un cuento o de momentos anteriores de su vida en el que pueden esconderse de los miedos o las imágenes y donde ninguna imagen va a poder llegar a molestarles.

UN ESPACIO PERSONAL: Llamar, avisar o quedar con personas significativas que transmiten equilibrio por su sentido del humor, su capacidad para escuchar o su aparente calma y capacidad de saber siempre lo que hay que hacer.

USO DE OBJETOS CONTRAFÓBICOS. Análogamente puede usarse objetos con valor simbólico tranquilizador (un muñeco, una persona, una botella de agua, un amuleto...) que provean de seguridad y protección.

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN A IMÁGENES O SECUENCIAS.

Se basan en una recreación controlada y manipulación de la imagen o la secuencia mental persecutoria (cuadro 43).

CUADRO 43. TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN A IMÁGENES O SECUENCIAS.

Realizar una evocación interior de la secuencia traumática en momentos prefijados del día. Al cabo de unos días de práctica guiada emplear alguna de las siguientes técnicas:

- Ir reduciendo progresivamente el tamaño de la pantalla, haciéndola más pequeña y distante.
- Hacer versiones «abreviadas», más cortas.
- Hacer visualizaciones «a trozos».
- Visualizar la secuencia cambiando el final.
- Rebobinar el video a toda velocidad hasta llegar a una primera imagen segura y plácida. Repetir hasta que el rebobinado sea automático al empezar el flashback y prácticamente lo aborte.

Reconstrucción guiada / Diario del síntoma. Un elemento común de los fenómenos intrusivos es su carácter de inacabados. Puede ser útil elaborar un diario de los mismos que ayude a completarlos:

- Identificar aquellas cosas que disparan el flashback o el recuerdo traumático y hacer una monitorización: ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?, ¿Con quién?. Escribir si es posible la secuencia de imágenes y emociones. Cabe desarrollar a partir de ello un plan de prevención de flashbacks.
- Descripción detallada. En el caso de las pesadillas se ha observado, por ejemplo, como el hecho de escribirlas a primera hora de la mañana nada más despertar hace que en el siguiente sueño se pueda avanzar más rápidamente y haya la posibilidad de llegar a un final y romper el ciclo de recurrencia. En el caso de los flashbacks es posible favorecer el recuerdo de algunos elementos.

Balancear pensamientos e imágenes evocantes. Hacer una lista de las cosas positivas que le han pasado a la persona, de tal modo que por cada recuerdo negativo se pueda contrarrestar con al menos un recuerdo positivo. Por ejemplo, en el caso de un familiar desaparecido en el hundimiento de un barco, acordarse de las tardes en que de niños eran felices y evocar fotografías mentales agradables, para contrarrestar la idea intrusiva obsesante de que quizás el agua estuviera helada cuando se ahogó.

TÉCNICAS COGNITIVAS DE EXPOSICIÓN A RUMIACIONES E IDEAS OBSESIVAS.

Basado en estrategias de contención, estrategias de no bloqueo y técnicas de re-estructuración cognitiva (cuadro 44):

CUADRO 44. EXPOSICIÓN A ELEMENTOS INTRUSIVOS DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DE TIPO COGNITIVO..

ESTRATEGIAS DE CONTENCIÓN DE RUMIACIONES E IDEAS RECURRENTE.S.Por lo general es inútil intentar suprimir un pensamiento. Cuanto más se intenta no pensar en algo, más se suele pensar en ello, existiendo en ocasiones incluso un efecto rebote. Es más útil, en consecuencia, recomendar:

- *Dejar pasar.* No intentar bloquearlos pensamientos o imágenes, sino ‘dejarlos pasar’. Saludarlos mentalmente y verlos alejarse. Como metáfora puede usarse la siguiente: «el pensamiento es como un tren que pasa por la estación y usted se encuentra en el andén. Si intenta detenerlo, le arrollará. Eso es lo que ha venido haciendo hasta ahora. A partir de ahora vamos a intentar lo contrario: dejar que el tren pase». Se desarrolla un espíritu de «coexistir» con estas imágenes o pensamientos invasivos, dado que olvidar o suprimir no resulta efectivo.
- *Aplazar.* Explicar al paciente que se proponga ver un ‘vídeo mental’ de los hechos traumáticos durante la noche. Cualquier situación conflictiva durante el día será remitida a ese espacio especial de la noche, evitando estar todo el día bloqueado por las imágenes intrusivas: Cuando le vengán esas imágenes córtelas pensando: eso no me toca hasta las...» Generalmente cuando llegue la hora elegida para sentarse y dedicar quince minutos a las imágenes estará usted entretenido en otra cosa y no deseará hacerlo o le será fácil buscar una actividad alternativa.
- *Detener.* Las técnicas de parada de pensamiento suelen ser

mucho menos eficaces que las dos anteriores y solo como recurso en recámara. Consiste en el uso de un elemento simbólico que corte la cadena de pensamiento. Por ejemplo, una banda de goma en la muñeca que es soltada suavemente a la vez que la persona gritar mentalmente '¡basta!', o cambiar un papel de bolsillo.

RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Se persigue tener una percepción adecuada del trauma y no colocar filtros a los aspectos no negativos. Por ejemplo, acordarse de las vidas que se salvaron, en lugar de la que se perdió; de los días que se aguantó las curas en el hospital, en lugar del día en que se cedió y se puso a gritar e insultar al personal que le cuidaba.

ENTRENAMIENTO EN AUTO-INSTRUCCIONES. Ayudar a que la persona detecte aquellos pensamientos que la angustian y le provocan distrés y elaborar juntos pensamientos positivos que los sustituyan, de tal modo que cuando venga uno, se pueda alegar el otro («voy a ser capaz de...», «ánimo, adelante...»).

FICHA 3.11. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE PESADILLAS

Los trastornos del sueño constituyen la principal y más importante queja de las personas que han pasado por situaciones extremas. Hasta un 75% de personas, según estudios han tenido pesadillas tras experiencias traumáticas severas y en un 20% estas pesadillas son o han sido muy angustiantes.

Un 60% de las personas presentan insomnio, secundario o no a las pesadillas.

CONTENIDO DE LAS PESADILLAS - FUNCIÓN ADAPTATIVA

Las pesadillas pueden estar en relación con el trauma original o con estresores actuales que actúan como disparadores (*trigger*), (por ejemplo un embarazo, estrés laboral, ruptura de pareja).

Las pesadillas pueden reinterpretarse de modo no patologizante como intentos de la mente para:

- Exponerse repetidamente al estímulo o al vínculo atemorizante buscando como enfrentarlo. Un entorno en el que ensayar soluciones y salidas nuevas a la situación.
- Intentos por entender la experiencia.

TÉCNICAS DE TRABAJO

- Aprender técnicas de relajación o meditación. Desarrollar una jerarquía de aproximación basada en los contenidos de las pesadillas.
- Exposición directa al sueño temido (por ejemplo a través de EMDR –ver ficha 3.7 y 6.2).
- Escribir la pesadilla inmediatamente después de que ocurra y repasarla en imaginación al menos 1 hora al día hasta que pro-

- gresivamente desaparece (aproximadamente a las 2-3 semanas).
- Modificación de contenidos. Trabajo conjunto decidiendo que le gustaría soñar esa noche. Escoger imágenes placenteras y repasarlas antes de acostarse.
- Experiencia de triunfo. Es una combinación modificada de las ideas anteriores. Esta técnica puede desarrollarse de manera individual o en grupo y no requiere la narración del hecho traumático.

CUADRO 45. MANEJO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS PESADILLAS.

- Seleccionar una pesadilla y escribirla.

Cambiarla como uno quiera, escribiendo en detalle la nueva versión. Discutir la nueva versión con el terapeuta, en grupo o con amigos sin hablar de la antigua.

Repasarla mentalmente varias veces al día, durante 5 a 20 minutos.

Introducir un final no angustiante. Lo importante en esta técnica no es exponerse a la imagen del sueño sino cambiar el final.

- En niños el trabajo simbólico (con arena o plastilina) puede ayudar a escenificar la pesadilla y discutir conjuntamente el final no angustiante).

FICHA 3.12. MANEJO DE SÍNTOMAS INEXPLICADOS Y SOMATIZACIONES.

Definimos en general el paciente con somatizaciones como aquel que expresa la tensión y el malestar psicológico a través del cuerpo, sin entrar a distinguir los diferentes subtipos (hipocondría, síntomas psicógenos o de conversión...). La sospecha de que pueda haber un componente psicógeno no debe hacer eludir una buena exploración clínica, para estar seguros de que no hay una enfermedad médica subyacente.

El paciente, en la consulta, tiene interés en hablar de sus síntomas físicos y muy poco de síntomas psicológicos. Por ello es importante, para establecer el vínculo, mostrar interés por la enfermedad física y dedicar el tiempo que se pueda al recuento completo de síntomas y dolencias al menos una vez. Una vez establecida la relación de confianza, será posible trabajar otros aspectos.

Bajo ningún concepto deben emplearse expresiones del tipo «Usted no tiene nada....», «Lo que le pasa es psicológico...» o «Todo esto son los nervios....», que es lo que está acostumbrado a oír el paciente. Este tipo de expresiones le van a cerrar en banda. Las somatizaciones aparecen generalmente no por una fantasía, sino por un proceso de amplificación de síntomas realmente existentes y sobrevalorados.

OBJETIVOS

- Poder enlazar los síntomas físicos con hipotéticos conflictos en áreas intra-psíquicas o de relación.
- Proteger al paciente de exploraciones y pruebas innecesarias, así como de la sobre-medicación.
- Disminuir el sufrimiento psicológico.

ELEMENTOS A EXPLORAR

- Tener una descripción de cómo es un día normal en la vida del paciente, y de cómo se inserta en ella los síntomas.
- Explorar:
 - » Coincidencias entre el inicio de los síntomas y algún hecho vital reciente o en un pasado cercano.
 - » Coincidencias entre los síntomas del paciente y los de algún familiar importante. Significado inconsciente que esto puede tener.
 - » Funcionalidad de los síntomas de la paciente dentro del contexto familiar. Quien los padece. Cómo responden los demás.
 - » Modo en que se ha expresado dentro de la familia los conflictos y problemas emocionales.
 - » Posibilidad (generalmente negada) de que haya algún vínculo entre situaciones emocionalmente difíciles y la reagudización de síntomas.
 - » Significado que da la persona a los síntomas. Qué hace cuando aparecen.

POSIBLES LÍNEAS DE TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO.

1. Identificación y verbalización de emociones en momentos complejos (tristeza, rabia, impotencia, ansiedad...). Búsqueda de otras vías de expresión emocional.
2. Trabajo con el contexto familiar para que no potencien los síntomas, con la idea de racionalizar las conductas de búsqueda de ayuda y de evitar los posibles elementos funcionales del problema.
3. Intentar concienciar a la persona del problema explicando la teoría de la amplificación de síntomas (el problema es la gran sensibilidad hasta para síntomas menores, no que no existan síntomas como erróneamente se le puede haber dicho).
4. Ofrecerse como persona de contacto en caso de presentar síntomas y dudar qué hacer.

5. Aumentar el círculo de relaciones sociales y las actividades para evitar focalizar toda la atención en los síntomas.
6. En ocasiones se trata de personas conformistas, con una sumisión aparente, hasta que de repente explotan. Trabajar la autonomía y la independencia personal para evitar llegar a las situaciones de explosión.
7. Ayudar al paciente a elaborar las dificultades y los conflictos con las personas del medio que pudieran estar más o menos enterrados.
8. Trabajar poco a poco la responsabilización (en lugar de «depositar» el síntoma en el médico / psicólogo, devolverle que el síntoma lo tiene el propio consultante y es el consultante el que debe luchar contra esa molestia para intentar vivir lo mejor posible. Promover un rol activo frente al síntoma, en lugar del rol de sufridor indefenso.
9. Valorar la existencia de síntomas de ansiedad o depresión coexistentes y tratarlos adecuadamente (de manera farmacológica en algún caso, a través de grupos de mentalización en otros).
10. En el contexto de una catástrofe o de violencia. Valorar especialmente el miedo a nuevos episodios / miedo a la muerte / miedo a la pérdida de familiares / enfermedad como modo de mantener a la familia cerca y no perderla de vista.

FICHA 3.13. TRABAJO CON SÍNTOMAS DISOCIATIVOS.

Se habla de disociación como de estados de conciencia modificados de causa psicógena que implican la separación temporal de la persona de la conciencia completa del entorno. Hay una alteración del estado mental que, en el contexto de experiencias traumáticas, puede indicar una sobrecarga emocional.

Hay que distinguir los síntomas disociativos de la disociación estructural. Los primeros son frecuentes y son estados transitorios breves en que la persona puede estar como ausente o distraída, o presentar síntomas (anestesia, parálisis...) que son equivalentes psicológicos de esa tensión emocional que provoca la rememoración del hecho traumático.

En la disociación estructural estos cambios pueden llegar a instalarse durante largo tiempo y la persona puede presentar estados alterados de conciencia que duren días o semanas, oscilar entre diferentes estados de conciencia (y/o disociados) en lapsos muy breves de tiempo o actuar de modo diferente en función de cuál de estos estados tenga el control del yo de la persona.

El cuadro 46 indica algunas estrategias de manejo de los síntomas disociativos transitorios.

La disociación estructural, muy rara, indica generalmente un daño psicológico severo, suele anclar sobre experiencias traumáticas tempranas e indica unos niveles de desorganización identitaria y de dificultades en el control de la actividad mental que requieren de técnicas específicas de alta complejidad y una psicoterapia de largo término. Esta buscará la reintegración y reunificación de los diferentes estados del yo a través de un proceso que incluye

generalmente tres fases. En la primera, muy largay con pre-
visibles altibajos habría un trabajo basado exclusivamente
en el refuerzo del vínculo paciente-terapeuta y en trabajar
elementos de *insight* del modo de relacionarse con los de-
más y de psicoeducación sobre lo que es la disociación y
como está afectando a la persona. El terapeuta jugaría en
gran medida un rol de figura vincular con el que es posible
establecer una relación diferente al vínculo desorganizado
de la infancia y «reaprender» poco a poco las emociones e
interacciones adecuadas e inadecuadas ante las situaciones
percibidas como amenaza. Si se avanza suficientemente, en
una segunda fase se entraría al recuento y análisis de los
hechos traumáticos buscando elementos «olvidados» e in-
tentando la reconexión entre los dos mundos disociados
integrándolos en una sola memoria con un solo patrón de
emociones, cogniciones y reacciones asociado. La fase 3, de
consolidación, refuerza y profundiza el vínculo estabiliza-
dor trabajando sobre situaciones concretas. Todo el trata-
miento puede tomar varios años.

Los síntomas transitorios, en cambio, pueden ser re-
conceptualizados desde una visión normalizadora como
intentos de la mente de aislarse de estímulos muy ansió-
genos o emocionalmente cargados y trabajar la conciencia
del aquí y el ahora a través de técnicas de mentalización y la
aproximación progresiva y gradual a estos estímulos.

En algunos casos las imágenes intrusivas la experiencia
de situaciones que evocan los hechos traumáticos puede
provocar episodios de desconexión o disociativos. No es
posible evocar los hechos sin que la persona se vea sobrepasada y tienda a desconectar del entorno.

CUADRO 46. CONTROL DE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS.

TÉCNICAS DE ANCLADO SENSORIAL O GROUNDING.

- Anclado físico. Aumentar la conciencia sensorial al caminar, sentir el tacto de objetos cercanos, respirar o beber líquidos fríos.
- Ejercicios de “estar en la conversación”. Durante la comida, al ver la televisión o escuchar la radio, comentar y debatir con los demás y dar retroalimentación. Estar en el aquí y ahora de lo que se habla.
- Concentrarse en aspectos del entorno físico. Observar detalles de la habitación, el lugar del cuerpo en el espacio.
- Cambiar rutinas. Por ejemplo al ir a trabajar, horarios de tareas o actividades del día a día como ducharse o cocinar.

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN COGNITIVA.

- Dejar mucho tiempo libre favorece que la mente quede en blanco y que se llene con recuerdos traumáticos. Por eso en algunas personas es al retirarse cuando de pronto aparecen, muchos años después, los síntomas intrusivos. Es bueno planificar actividades especialmente en momentos de mayor tensión.
- Utilizar el pensamiento normal como bloqueador del intrusivo. Entrenar a la persona en intentar sistemáticamente no pensar en más de una cosa a la vez. Centrar el pensamiento en un solo tema, a ser posible el aquí y ahora de lo que se está haciendo.
- Previo pacto, pedir a la familia que corten los periodos en que vean a la persona ausente o sumida en rumiaciones.

FICHA 3.14. TRABAJO CON LA CONCIENCIA: MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA.

En supervivientes de experiencias traumáticas y especialmente en contexto de disociación es especialmente relevante el trabajo con la conciencia plena. Llamamos *mindfulness* a una forma especial de estar atento y ser conscientes momento a momento, segundo a segundo, instante a instante. El entrenamiento en *mindfulness* consiste en aprender a estar atento con conciencia de estar atento, como «prestar atención de una forma especial, con intención y sin hacer juicios, al momento presente» (32,33).

Para entrenarlo se utilizan estrategias basadas en prácticas ancestrales de meditación mediante focalización de la atención en la respiración, en el cuerpo o en el flujo de emociones y pensamientos y ejercicios de yoga.

No se trata de concentrarse, sino de tener una atención relajada que deja que las cosas fluyan y lleguen a nuestra conciencia. Se trata de utilizar la mente de forma plena y darse cuenta de los que ocurre en cada instante, como si fuera la primera vez que ocurre. En la Atención Plena o Mindfulness:

1. No se juzga. Se observa lo que ocurre. Cuando el juicio es inevitable porque la mayor parte de las veces aparece de forma automática, se trata de darse cuenta de que existe, de cómo es y de dejarlo estar.
2. Paciencia. Hacer los ejercicios sin esperar resultados y practicar sin intentar conseguir nada.
3. Mirar como si fuera la primera vez. La meditación es un proceso de ser testigo, sin cambiar nada, y para darnos cuenta de todo es preciso mirarlo como si lo hiciéramos por primera vez.
4. Confianza en uno mismo, en sus pensamientos y sentimientos. Sólo se nos pide que nos demos cuenta de lo que ocurre y que no juzguemos si lo estamos haciendo bien o mal.
5. No hay que hacer ningún esfuerzo ni luchar contra lo que surja en nosotros.

6. Aceptación. Significa tomar conciencia y admitir todo aquello que se origina dentro de nosotros momento a momento tal como es. Dejar ir y no apegarse. Nuestra mente se aferra a determinados estados, sobre todo cuando son agradables y pretendemos que permanezcan y no cambien, pero las sensaciones, emociones y pensamientos no responden a nuestros deseos, son van y vienen cuando ellos quieren. La aceptación consiste en dejar que aparezcan y se vayan y ser testigos de su fluir, sin apegarse a ellos. Para transmitir esta idea, los instructores de meditación cuentan un cuento acerca de cómo se cazan monos en la selva. Los cazadores colocan una caja con un plátano dentro y con una ranura pequeña suficiente para que entre la mano del mono que es atraído por la presencia del plátano. El mono cierra la mano para coger el plátano pero con la mano ocupada por su botón ya no puede salir. La solución sería dejar el plátano y abrir la mano, pero el mono se pega a él y queda atrapado. Realmente lo que le atrapa es su deseo de no abandonar el plátano, de aferrarse a él.

El objetivo de la meditación es entrenarnos a estar presentes, dándonos cuenta del aquí y ahora sin irnos al futuro o al pasado y tomando plena conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor. Enseñarnos a ser plenamente conscientes de lo que pasa en nuestra mente y en nuestro cuerpo sin que nos lleve a actuar ni física ni mentalmente. No estamos buscando un objetivo concreto más allá de mejorar la salud. La atención plena se entrena practicando igual que ocurre con el ejercicio físico.

Los ejercicios de *mindfulness* o atención plena tienen en común el mantenernos en el presente, a diferencia de la tendencia natural de la mente que es a vagar incansablemente llevándonos al pasado y al futuro.

En cuanto aparecen las distracciones el instructor nos invita a darles la bienvenida porque significa que nos hemos dado cuenta de ellas y podemos volver a lo que estábamos haciendo. Los pensamientos son sucesos que pasan por la mente sin

más trascendencia. La aceptación comienza con la aceptación de nuestras distracciones sin reproches. Además permite dejar de lado las distracciones de la vida diaria, parar y ser más conscientes de nuestros estados internos, cultivar un estado de calma interna y un sentimiento de renovación.

Permite tomar conciencia de que nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones son pasajeros y que nosotros somos quienes observamos el fluir.

La técnicas de *Mindfulness* proponen cambiar la conciencia de y la relación con los pensamientos más que cambiar el contenido de estos.

En la práctica puede ser tan sencillo como parar un momento en la vida diaria y dedicar dos o tres minutos a centrarnos en nuestra respiración. Esto nos situará en el aquí y ahora y romperá la espiral de estrés en la que solemos sumergirnos.

En el estado *mindful* de la mente o estado de atención plena, se puede modular la intensidad de los recuerdos, disminuir la reactividad, generar esperanza y establecer una nueva identidad o una nueva narrativa como es la de ser una persona con recuerdos dolorosos pero no ser o estar arrastrado por el dolor.

Se consigue un desarrollo del yo observador y ayuda a la des-identificación de los síntomas. Más que invitar al paciente a que relaje una tensión muscular descubierta, se le invita a que la observe y a descubrir más acerca de ella.

A través de la conciencia plena, la capacidad del paciente de observar la experiencia presente se expande. El terapeuta enseña conciencia plena a través de preguntas como:

¿Qué estás sintiendo en tu cuerpo ahora?

¿Dónde experimentas la tensión exactamente?

¿Cómo de grande es el área de tensión?

¿Qué sensaciones sientes en tus piernas cuando hablas de lo que sucedió?

¿Qué pasa en tu cuerpo cuando te enfadas?

Cuanto más precisa sea la pregunta, mejor.

El trabajo terapéutico ocurre en el límite de la ventana de tolerancia. En un estado de *atención plena* se aumenta el espa-

cio de la ventana de tolerancia y la capacidad para manejar el dolor y el miedo.

Nosotros no somos nuestra ansiedad ni nuestros temores y por tanto estos no tienen por qué dominar nuestra vida (32). Al prestar atención a nuestro pensamiento nuestra relación con él cambia. Quizás también cambie nuestra forma de hablar de ello: en vez de «temo» decir que «tengo pensamientos llenos de miedo o temor», resaltando que nosotros no constituimos el contenido de nuestros pensamientos. «Estoy muy triste». O «Hay un sentimiento de tristeza ahora».

A continuación transcribimos un guión de atención a la respiración que puede ayudar a la práctica de Mindfulness(32).

MINDFULNESS DE LA RESPIRACIÓN

Ahora, según estás sentada aquí, permitiendo que tu cabeza y cuello esté alienada con los hombros, descansando las manos en las rodillas, en una posición erguida pero no rígida... permitiendo que los hombros estén relajados y caídos, el cuerpo en contacto con la silla....sentado con las cualidades de una montaña, completamente presente en el cuerpo, estable, en alerta,....

Y cuando estés listo, presta atención al hecho de que estás respirando, presta atención a tu respiración... centrando tu atención en la respiración a través de las fosas nasales, o prestando atención al pecho o al abdomen.....puedes elegir el lugar que te permite mejor ser consciente de tu respiración.....notando cómo entra el aire en el cuerpo y cómo sale de tu cuerpo.....cabalgando en las olas de tu respiración con atención plena....momento a momento.....sintiendo la sensación de la respiración, cómo cambia en cada momento....

Es mejor permanecer en contacto con tu respiración eligiendo el mejor sitio para ti, las fosas nasales, el pecho, el abdomen, intentando centrarte siempre en el mismo lugar y sintiendo las sensaciones de la respiración entrando y saliendo....en este momento.... y en este momento..... y en este momento.....mientras estamos sentados aquí y ahora.

En la medida de lo posible, mantén el interés en la respiración, sintiendo el universo completo de sensaciones asociadas.... sentado aquí.... siendo acariciado por el aire que te rodea... conduciendo ese mismo aire hacia dentro....dejándolo marchar hacia fuera..... respirando, percibiendo que cada inspiración es un nuevo comienzo.... cada espiración un dejar marchar.

Más pronto o más tarde vas a descubrir que no es fácil mantener la atención en la respiración, la mente tiene vida propia y comenzará a divagar en la forma que la mente divaga, reconociendo y aceptando el hecho de que si la mente divaga es precisamente porque las divagaciones acompañan de forma inherente a la mente, de la misma forma que las olas acompañan de forma inseparable al mar. No hay nada malo en que nuestra mente se vaya al pasado o la futuro, esté planeando, o preocupándose, o con fantasías o con sueños...o aburrida o impaciente, o con sueño....todo esto es normal....y cuando te des cuenta...prestando atención a lo que está en tu mente permite que se vaya, sin presionar, sin empujarlo..... sólo reconociéndolo, dejándolo estar mientras con suavidad acompañas a tu atención de vuelta a tu abdomen, o pecho o fosas nasales.....de vuelta a tu respiración bien en el momento en que el aire entra.... bien en el momento en que el aire sale.....y de nuevo te focalizas en tu respiración como el centro de la atención.... Y si la mente se pierde un centenar de veces, cada una de ellas de forma suave, amable, respetuosa, con paciencia reconoces qué está en tú mente,.... sea lo que sea.....quizás haciendo notas mentales, como pensar, planear, preocupándose,.....y después sin ser crítico sin juzgarte..... Simplemente reconociendo lo que ha aparecido, vuelves a prestar atención a las sensaciones de la respiración en este momento, aquí y ahora, una y otra vez., una y otra...y otra.....cada vez como si fuera la primera vez, cada momento el único momento.....

Y por ello continuamos trayéndola una y otra vez a nuestro foco de atención: la respiración. Una y otra vez la acompañamos amablemente a nuestra respiración, sin juzgarnos a nosotros mismos, sin criticarnos, simplemente con curiosidad vamos observando hacia donde se dirige la mente, trayéndola con amabilidad

de nuevo a nuestra respiración.

Aceptando que las cosas son exactamente tal y como son, advirtiendo nuestros cuerpos en su conjunto, respirando, segundo a segundo a segundo a segundo...con atención plena en el momento presente, permitiendo que nuestra mente sea cariñosa y afectuosa con nosotros mismos, compasiva, con aceptación hacia uno mismo.

No es que estés fallando o haciéndolo mal si tu mente no permanece centrada en la respiración.... estás descubriendo cómo funciona la mente, y no es necesario pararlo simplemente darte cuenta de qué está ocurriendo....

Y de nuevo recordando que aquello que estamos cultivando en estos momentos es la atención, pudiéndola simplemente mantener, toda ella, en la experiencia presente de nuestra respiración, en nuestro cuerpo como un todo, que se encuentra en estos momentos sentado aquí, respirando.

Y percibimos en algunos momentos cómo, a pesar de intentar mantener la atención en nuestra respiración, nuestra mente vuela, y va de aquí para allá, y nos olvidamos de nuestro cuerpo, y perdemos la conciencia del ahora, pues nos hemos ido a algún otro lugar, en el pasado o en el futuro, o nos encontramos dándole vueltas a algún problema, o algún otro tipo de lucha o roce con alguna persona o con nosotros mismos, y percibimos en este preciso instante dónde ha ido nuestra mente, y simplemente y de forma amable y cariñosa devolvemos nuestra atención a la respiración, cómo entra el aire y cómo sale... .Momento a momento.

Lo mejor que puedas, sin forzar, sin presionar, sin dirigir. Tan sólo permitiéndonos estar aquí, en el momento presente, con nuestro cuerpo, en su totalidad. Sentados aquí, respirando. Lo mejor que puedas, permaneciendo completamente atentos en el momento presente, en el ahora, en el preciso momento que estamos viviendo en este segundo.

Redirigiendo nuestra atención de las divagaciones de nuestra mente al momento presente, a este momento exacto, aceptando las cosas que nos rodean tal y como son, con aceptación, con conciencia plena. Y volviendo amablemente de nuevo a nuestra respiración, una y otra vez, una y otra vez.

TRABAJAR SENSACIONES EN EL AQUÍ Y AHORA, EN EL MOMENTO PRESENTE E INTEGRARLAS EN LA NARRATIVA

En estos y otros ejercicios y en muchas de las intervenciones que se utilizan en el tratamiento de las consecuencias de las experiencias extremas, el terapeuta trabaja en el aquí y ahora de la experiencia del paciente. El trabajar en el momento presente durante la terapia, en presencia del terapeuta tiene el valor de entrenar en directo, de modo experiencial, en el aquí y ahora con la terapeuta, posibles nuevas alternativas a la narrativa de sufrimiento.

Dirigirse al aquí y ahora de la experiencia significa dirigirse más que a su contenido o narrativa a desafiar o a intentar una transformación del aprendizaje procedimental codificado en la memoria implícita (34). Trabajar en el momento presente implica estrechar el foco sobre la «experiencia sentida de lo que ocurre durante un corto estiramiento de la conciencia» (35). Janet (36) se refirió a la «presentización» como la capacidad de ser consciente del momento presente mientras te das cuenta de su relevancia para el pasado y sus implicaciones para el futuro (37).

Se le ayuda al paciente a diferenciar entre tener una experiencia y explorarla, entre estar atrapado por una experiencia y estar ansiosos acerca de esa experiencia, y sentir curiosidad por ella (38). Se le enseña al paciente a dar un paso atrás, observar e informar de ello (más que revivir la experiencia). Descubre la diferencia entre tener una experiencia y examinarla en el aquí y ahora, días o años después de que la experiencia tuviera lugar.

FICHA 3.15. ACOMPAÑAMIENTO EN EL TRABAJO DE DUELO.

Llamaremos duelo al proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un trabajo, un proyecto vital, la salud o el empleo...) se adapta y se dispone a vivir sin ello. A la forma en cómo la gente enfrenta estas pérdidas lo llamamos habitualmente trabajo de duelo.

Este trabajo será tanto más arduo cuanto mayor sea la centralidad de lo perdido en estas historias, cuanto mayor sea el peso de estas historias en la construcción de la identidad del sujeto y cuanto más complejas sean las relaciones entre los elementos emocionales vinculados a ellas y al hecho mismo de la pérdida.

En este tipo de contextos se dan sobretodo pérdidas traumáticas, frecuentemente masivas y de carácter súbito o imprevisto. Esto hace que sean pérdidas para las cuales no se estaba preparado, lo que genera una mayor dificultad de asimilar el hecho y el «sin sentido» del mismo.

MITOS Y REALIDADES DEL AFRONTAMIENTO DEL DUELO

Exactamente igual que decíamos que no hay que confundir la condición con la persona, y que ante hechos traumáticos graves, una mayoría de gente tiene mecanismos de afrontamiento que les permiten manejar las emociones, algo similar ocurre con el duelo. Constituye un espacio común –y un error- afirmar que si alguien no está triste tras una pérdida «tarde o temprano saldrá».

CUADRO 47. MITOS Y REALIDADES EN EL PROCESO DE DUELO.

MITOS	REALIDADES
La depresión o la desesperación intensas son inevitables.	La mayoría de la gente no muestra una depresión de intensidad clínica.
El malestar es necesario y su ausencia indicaría patología.	Las reacciones de duelo no tienen por qué ser necesariamente dolorosas y la gente que no las manifiesta en su momento no tiene por qué desarrollar problemas en el futuro.
Es importante elaborar la pérdida, ya que la negación o el bloqueo de sentimientos y pensamientos, es improductivo y patológico.	Cuanto más se piense sobre las causas del suceso o se intente buscar sentido a lo ocurrido, el malestar psicológico es más intenso y duradero.
La expectativa de recuperación es buena a largo plazo.	Una minoría importante de personas tiene una escasa o nula recuperación después de mucho tiempo.
Se alcanza un estado final de resolución en el que se «acepta» finalmente la pérdida.	Para muchas personas, lo sucedido nunca va a ser aceptado como algo «real» o «justo», especialmente para sucesos repentinos.

ADAPTADO DE WORTMAN C, SILVER RC (1989). *THE MYTHS OF COPING WITH LOSS*. J. CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 57, 349-357

DUELO ASOCIADO A SITUACIONES TRAUMÁTICAS

El duelo asociado a situaciones traumáticas tiene una serie de características específicas que es preciso tener en cuenta y que tienen que ver con su:

- CARÁCTER MASIVO.
- CARÁCTER MÚLTIPLE (pérdida, quizás, de más de un familiar, de casa, objetos, trabajo, proyectos de vida...).
- CARÁCTER SÚBITO: no hay tiempo para un proceso de adaptación o preparación a la pérdida por parte de familiares o amigos como en el envejecimiento o la enfermedad.
- AUSENCIA DE RESTOS: con frecuencia éstos no pueden localizarse, lo que puede provocar:
 - » Imposibilidad para llevar a cabo rituales y funerales de manera individual (en terremotos, hundimientos...) o existencia de fosas comunes (en guerras, epidemias...).
 - » Dudas sobre la veracidad de la muerte y las esperanzas de que la persona sigue milagrosamente viva y perdida (en casos de accidentes ferroviarios o aéreos).
- NECESIDAD DE APLAZAR EL DUELO POR LAS CONDICIONES, ya sea luchar por sobrevivir, ocultar el duelo o por el peligro de las manifestaciones de dolor.
- CARÁCTER ABSURDO: dificultad para encontrar sentido a la muerte. Especialmente si por ejemplo quien ha fallecido es mucho más joven que quien le sobrevive.
- SOBREALORACIÓN Y MITIFICACIÓN DEL AUSENTE si éste tuvo una actitud considerada posteriormente heroica.
- IMÁGENES TRAUMÁTICAS asociadas a la muerte. Preocupación por el sufrimiento del familiar antes de la muerte.
- VERGÜENZA POR SOBREVIVIR.
- FANTASÍAS COMPENSADORAS de reparación o venganza.
- PRESIÓN SOCIAL: papel de los medios de comunicación, con riesgo de magnificación o distorsión, con invasión de la privacidad. En el caso de muertes por guerra o violencia, existencia de campañas políticas o de propaganda contra la honra o la dignidad de los fallecidos.
- DIFICULTAD PARA ESTABLECER RESPONSABILIDADES y sensación de impunidad de los responsables.

TAREAS DEL DUELO.

El duelo no es algo que le pasa a las personas. Es un trabajo que las personas hacen activamente. Aceptaremos con Worden (39) que se trata de un trabajo que supone la realización de cuatro tareas que se enuncian reformuladas en términos más constructivistas en el cuadro 48. El mismo cuadro incluye en otra columna lo que podrían ser signos de que la tarea está siendo realizada activamente o que está habiendo dificultades para realizarla (40–42).

CUADRO 48. TAREAS DEL TRABAJO DE DUELO Y EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES DE QUE LA TAREA ESTÁ EN CURSO.

TAREA	EJEMPLOS DE MANIFESTACIONES DE QUE ESTÁ EN CURSO
1. Construir un mundo sin el objeto perdido.	• Hablar de lo perdido en presente. «Juan es estupendo» • Ilusiones: «Me pareció verlo allí mismo, de pié...» • Sensaciones de presencia: «Lo noto detrás de mí, oigo su respiración...»
2. Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía..	• Dificultad para expresar o contactar con los sentimientos: «Todo el mundo lloraba y a mí es como si se me hubieran secado las lágrimas», «Es normal, la vida es así, creo que lo he superado...» • Aparición de sentimientos problemáticos o que entran en conflicto con otros: «Yo ya estoy fastidiada, pero ellos se van a enterar: hasta que no acabe con ellos no pararé...», «Si en lugar de llamar por teléfono a urgencias la hubiera llevado yo mismo yo mismo al hospital se hubiera salvado...», «La verdad es que, durante su enfermedad a veces desee que se muriera ya...»

3. Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido.	• Dificultad para resolver problemas prácticos que antes se resolvían con lo perdido: «Ella se encargaba de todo, yo no voy a ser capaz de salir adelante yo y menos de hacerme cargo de mis hijos...»
4. Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, lo que, precisamente, supone no la reorientación de un afecto que queda <i>vacante</i>, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo <i>sin</i> el objeto perdido, y que es capaz de albergar objetos dignos de ser amados.	• La realización del trabajo de duelo puede estar dificultada por prejuicios sobre lo que supondría hacerlo: «Si no estuviera así sería porque no le había querido de verdad...», «¿Quieren que me olvide de ella?»

Lo que resume el cuadro es un modelo que tiene como objeto servir de instrumento para guiar el trabajo terapéutico. Las tareas no se realizan sucesivamente. Lo más frecuente es que se trabaje en ellas simultáneamente. Desde luego no hay normas respecto al orden en el que resulta más adaptativo realizarlas. Por ejemplo, en una situación de catástrofe, lo más adaptativo será comenzar por aquella a la que hemos asignado el número 3, aunque los rituales funerales más comunes en nuestro medio privilegian el que se comience con la 1 (con el funeral de cuerpo presente, la homilía en la que se habla del difunto en pasado o la asistencia al acto del enterramiento) o con la 2 (con la suspensión de normas sociales de contención de emociones que se produce en los velatorios).

Como en otros temas, podríamos contemplar tres niveles de actuación para personas que están llevando a cabo una relación de ayuda.

El primero se corresponde con el del Primer Apoyo Psicológico y consistiría en utilizar los conocimientos sobre los procesos de duelo para facilitar o, al menos, no entorpecer, los procesos de duelo de las personas que contactan con ellos en el ejercicio de su actividad. Este nivel incluye la aceptación de la expresión de emociones, por ejemplo a través del llanto, una actitud empática ante estos sentimientos, la utilización de términos claros y que faciliten una conexión con las emociones cuando son los transmisores de información (muerte, amputación...), la facilitación de instrumentos para llevar a cabo operaciones necesarias para que se lleve a cabo el duelo (una sala donde se puedan encontrar los familiares que van a compartir por primera vez el hecho del fallecimiento, pañuelos de papel, un espacio seguro, tiempo...).

PRINCIPIOS EN EL ACOMPAÑAMIENTO

- 1. El trabajo con personas en duelo puede adaptarse a una serie de «principios» (Que son válidos para los tres niveles de intervención) que se resumen en el siguiente cuadro:

CUADRO 49. PRINCIPIOS PARA EL TRABAJO EN SITUACIONES DE DUELO.	
PRINCIPIO	COMENTARIO
1. Evitar los formulismos	• Los comentarios sociales al uso («te acompaño en el sentimiento», «hay que seguir adelante», «hay que ser fuerte») no suelen ser de utilidad. Generalmente los supervivientes ya los han oído y si presentan problemas es porque no les han servido. • Si el ayudador no sabe que decir es preferible que lo reconozca diciendo algo así como «No sé qué decirte»

2. Tomar en consideración el factor tiempo.	• El trabajo de duelo requiere tiempo. Evitar presionar y explorar autoexigencia y presiones del entorno. • Hay fechas difíciles - Reacciones de aniversario - Otras fechas: primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo...
3. Interpretar la conducta anormal como normal.	• Hay fenómenos normales que pueden provocar alarma en el superviviente o en su entorno: Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad... • Tranquilizar informando de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo.
4. Alentar la expresión de diferencias individuales.	• Ayudar a legitimarlas si las hay. • Explorar si la estrategia de un(os) miembro(s) de la familia puede interferir con la de otro(s).
5. Ofrecer apoyo continuo.	• Disponibilidad con especial atención a momentos clave (aniversarios...). • Explorar disposición de otras redes de apoyo.
6. Explorar la forma en la que la persona en duelo ha afrontado su situación hasta ahora.	• Ojo a estrategias para evitar el dolor como consumo de sustancias (Incluidos psicofármacos).

2. El segundo nivel se correspondería con el que hemos llamado Asesoramiento o *counselling* realizada por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente, pero que no es, necesariamente, un profesional de la salud mental. El proceso de exploración del estado de desarrollo del proceso y la elección de estrategias para facilitar la conclusión de tareas pendientes se da en el contexto de esa relación de ayuda.

Un esquema que puede servir para organizar la conversación terapéutica con personas que están realizando el trabajo de duelo es el que se resume en el siguiente cuadro:

CUADRO 50. ESQUEMA PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS QUE ESTÁN ATRAVESANDO POR SITUACIONES DE DUELO.

¿QUÉ HACER?	COMENTARIOS
1. Elección del duelo como foco para el trabajo	• Lo hacemos cuando el problema que pretendemos enfrentar pueda ser puesto en relación con una historia de pérdida. • No es preciso que haya referencia al mismo en la demanda inicial de la persona a la que pretendemos ayudar. • A veces es necesario explorar activamente posibles pérdidas: • «¿Ha ocurrido algo importante en su vida durante este período?» • «¿Qué le hizo sentir eso?», «¿Qué le vino a la cabeza?», «¿Qué es lo que hizo entonces?», «¿Cómo se sintió después?», «¿Y ahora?» • Explorar pérdidas recientes y pérdidas pasadas que puedan haber sido activadas por éstas.
2. Determinación de la(s) tarea(s) pendiente(s)	• Explorar si el sujeto está teniendo dificultades para llevar a cabo alguna de las cuatro tareas. Cómo fue desarrollándose cada una de ellas y cómo se siente el paciente con respecto a ellas en el momento actual. • Esto nos sirve como guía para la exploración del duelo y para abrir el campo de la conversación sobre él.
3. Facilitación del trabajo pendiente	• Se pueden utilizar algunas de las «estrategias» y «técnicas» que aparecen en el cuadro incluido en el apartado sobre intervenciones psicoterapéuticas.

3. El tercer nivel se correspondería con lo que hemos llamado psicoterapia y vendría definido por ser llevado a cabo por un profesional de la salud mental o un agente de salud conve-

nientemente entrenado para ello. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias.

- a. Cuando las dificultades en el proceso de duelo han dado ya lugar a problemas de salud mental graves que requerirían esta intervención independientemente de su origen (un cuadro psicótico, un cuadro depresivo con ideas de suicidio incoercibles...).
- b. Cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas.

El modelo de Worden ofrece un *molde* sobre el que construir la *pauta problema* para trabajar según los principios que guían el trabajo psicoterapéutico en general.

El trabajo psicoterapéutico con pacientes que tienen problemas relacionados con el trabajo de duelo se puede caracterizar por unas estrategias que se resumen en el siguiente cuadro:

CUADRO 51. ESTRATEGIAS PARA EL TRABAJO EN SITUACIONES DE DUELO.

ESTRATEGIAS	COMENTARIOS
I. RECONSTRUIR LA HISTORIA DE LA PÉRDIDA FACILITANDO LA EXPRESIÓN DE LOS SENTIMIENTOS Y SIN EMITIR JUICIOS	• Animar al paciente a pensar en la pérdida, facilitándole, con el manejo de los silencios y de las señales de que se le está escuchando, tiempo y espacio para ello, y pidiéndole que relate la secuencia de hechos que se organizaron alrededor de la misma y las emociones asociadas a ellos • Preguntas: «¿Cómo se enteró?», «¿Qué estaba usted haciendo entonces?», «¿Qué es lo que le dijeron exactamente?», «¿Cómo se sintió?», «¿Qué le vino a la cabeza?», «¿Qué hizo?», «¿Cómo se sintió entonces?», «¿Cómo se siente ahora al recordarlo?», «¿Qué le hace pensar esto?...o, también «Cuénteme cosas sobre cómo era...», «¿Qué hacían juntos?», «¿Cómo se enteró usted de su enfermedad?» «Describalo...», «¿Cómo se enteró de su muerte?», «¿Cómo se siente sobre todo esto?»)

2. TRANQUILIZAR, CREAR UN ENTORNO SEGURO	• Normalizar comportamientos que, aunque no son patológicos, a veces resultan alarmantes, como las sensaciones de presencia, las pesadillas o las reviviscencias. • Legitimar las diferencias individuales. • Ante el miedo a hablar de la pérdida o rememorar determinados hechos, manifestar la disposición a apoyar y su idea de que tal expresión no suele dar lugar a problemas incontrolables. • Hacer notar que la estrategia de evitar hacer presente lo que el paciente teme, ya ha sido ensayada. • Hablar de la posibilidad de que afrontar el malestar de hacer presente lo temido en la consulta (Un lugar seguro, con el apoyo del terapeuta) pueda servir para evitar que se haga presente fuera.
3. RECONSTRUIR LA RELACIÓN	• Animar al superviviente a que nos narre la historia de su relación con lo que ha perdido y facilitarle que lo haga haciendo hincapié en los afectos (positivos o negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados. • Preguntas: «Cuénteme como fue su vida con...» (...), «¿Cómo ha cambiado su vida desde que murió?» (...), «Toda relación tiene sus altos y bajos. ¿Cuáles fueron los suyos?», «Toda relación tiene sus altibajos, me ha contado muchas cosas buenas (o malas) en relación con ella ¿Puede recordar también algún momento menos bueno (o menos malo)?»
4. ESCLARECER	• Ayudar al paciente a ponerse en disposición de desarrollar un nuevo modo de ver los hechos. • Explorarse respuestas tanto afectivas como factuales. • Evitar el refugio en sobreentendidos como «ya se puede usted imaginar», «lo normal», «como todos los matrimonios», «como cualquier padre», y pedir al superviviente que concrete, porque nos interesa precisamente el modo en el que esto le sucedía a él o ella personalmente. • Preguntas: «¿Cuáles eran las cosas que le gustaban de...?», «¿Y cuáles las que no?» o, mejor «¿Qué le hubiera gustado que fuera distinto?».

5. EXPLORAR LOS CAMBIOS EN COMPORTAMIENTOS Y RELACIONES	• Esto puede poner de manifiesto • Dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemáticos. • Preguntas: «¿Cómo es su vida ahora?», «¿Cómo ha intentado compensar la pérdida?», «¿Quiénes son sus amigos?», «¿Con qué actividades disfruta?»
6. CONSIDERAR LOS PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA AYUDA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DUELO	• Ver cuadro « principios básicos en la ayuda a personas en situación de duelo»

Para desarrollar estas estrategias pueden utilizarse algunas técnicas que se enumeran en el cuadro siguiente:

CUADRO 52. TÉCNICAS PARA EL TRABAJO EN SITUACIONES DE DUELO.

TÉCNICA	COMENTARIO
1. UTILIZACIÓN DE UN LENGUAJE EVOCADOR	• No evitar la utilización de términos evocadores de emociones (muerte, perder, viudo) a favor de términos más neutros (fallecer, óbito, «lo que paso»...)
2. UTILIZACIÓN DE SÍMBOLOS Y OBJETOS DE VINCULACIÓN	• Puede ser útil permitir o pedir al superviviente que muestre fotos, imágenes o recuerdos del fallecido o de lo que se ha perdido, ya que ello facilita la emergencia de los afectos en la relación con la terapeuta. • Explorar la existencia de <i>objetos de vinculación</i>, discutirla y, si parece conveniente traerlos a terapia. Son <i>objetos</i> cargados con un simbolismo, a través de los cuales se mantiene la relación con el fallecido (fotos, relojes, plumas, sortijas collares...); el superviviente necesita saber siempre exactamente donde está para no sentir angustia.
3. USO DE ESCRITOS	El acto de escribir facilita el contacto con las emociones y la búsqueda de significados. Se puede usar para • escribir al difunto, • hacer un diario del proceso de duelo, • utilizar este medio para «resolver» discusiones pendientes, • decir cosas que no tuvieron ocasión de comunicar antes.

4. USO DE DIBUJOS O COLLAGES	• Sobre todo en niños.
5. ROLE PLAYING	Se puede usar para: • facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de nuevos significados. • actualizar conflictos pendientes con la persona ausente. Una modalidad especialmente útil en estas situaciones es la de la silla vacía. • modelar o entrenar habilidades, sobre todo en personas que están teniendo dificultades en la tercera tarea (enfrentar los problemas prácticos de la vida sin lo que se ha perdido).
6. SILLA VACÍA Y DO- BLE SILLA	• El superviviente puede comunicar al desaparecido algo pendiente imaginándolo en una silla colocada a su lado. • También puede ocupar esa silla e imaginar cómo será recibido por el desaparecido lo que acaba de decir, para luego volver a ocupar la suya y continuar la «conversación».
7. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	• Analizar asunciones implícitas y diálogos internos, es particularmente útil por ejemplo, para tratar con los problemas referentes a los sentimientos de culpa o responsabilidad que parecen en forma de «¿Y si...?» («Si yo no le hubiera pedido que viniera», «si se lo hubiera advertido», «si hubiera ido yo...»).

8. CONFECCIÓN DE UN LIBRO DE MEMORIAS	• Puede emprenderse como una tarea colectiva, facilitando el que la familia entera, incluidos los niños, comparta el intento de reconstruir la relación con el ausente, reuniendo, fotos, escritos, recuerdos...
9. IMAGINACIÓN GUIADA	• El paciente imagina al muerto, con los ojos cerrados y tiene ocasión de establecer algún tipo de <i>diálogo</i> con él

INTERVENCIONES Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS.



FICHA 4.1 ACOMPAÑAMIENTO PSICOJURÍDICO.

Las actividades de acompañamiento psicojurídico son acciones transversales de trabajo conjunto entre profesionales psicosociales y del derecho en el apoyo individual y colectivo a víctimas.

Se desarrollan intervenciones de los tres niveles, que incluyen:

1. Toma de testimonios.
Talleres de memoria colectiva.
Toma individual de testimonios. Manejo de crisis.
2. Trabajo en identidad. La víctima como sujeto de derechos y potencial actor social o político.
3. Procesos de búsqueda de justicia. Acompañamiento en la decisión de judicializar o no. Análisis de contexto, fortalezas, dificultades y escenarios.
4. Programas de apoyo y protección a testigos.
5. Preparación de comparecencia a juicios y audiencias. Evaluación del riesgo de re-traumatización y actividades psicológicas de prevención.
6. Acompañamiento y prevención de desgaste en letrados, representantes legales.
7. Manejo de amenazas y miedo.
8. Interlocución entre actores (grupos de apoyo, organizaciones de derechos humanos, organizaciones políticas, prensa, equipo jurídico y víctimas).
9. Dilemas en momento críticos.
10. Discusión del concepto de reparación. Qué y cómo.
11. Preparación para la sentencia.
12. Realización de peritajes.
13. Evaluación de credibilidad del testimonio.
Evaluación de secuelas.

FICHA 4.2. ENTREVISTA DE TESTIMONIO: NARRACIÓN DE HECHOS

En contextos de violaciones a derechos humanos el testimonio es a la vez un deber ético y una posibilidad terapéutica. Narrar los hechos permite dotarlos de sentido al construir un hilo narrativo. Pero es también un modo de colocarlos en el contexto político en el que ocurrieron. En contextos de violencia colectiva no se deben considerar los síntomas de modo independiente a las causas sociales o políticas que los generaron, desvirtuando su auténtica naturaleza. Además, en contextos donde ha primado el silencio y donde se ha privatizado las experiencias de sufrimiento, el reconocimiento social de los hechos tiene una importancia capital. El terapeuta, en este sentido, actúa como testigo social de la injusticia.

Por este motivo se plantea muchas veces en terapia la necesidad de las víctimas de poder dejar constancia escrita de su testimonio y se plantea el dilema de si es compatible testimonio y terapia.

El testimonio puede en sí mismo tener una dimensión terapéutica si se ajusta a determinadas normas ética y procedimientos de trabajo.

NORMAS ÉTICAS.

Hay al menos tres elementos especialmente relevantes:

- El **CONSENTIMIENTO** explícito del consultante a dar testimonio.
- Pacto respecto a los **FINES** del testimonio (es decir, no usarlo para denuncias o publicaciones sin el consentimiento explícito de la persona).
- Garantizar la **confidencialidad** y la **SEGURIDAD** de la información cuando ésta pueda poner en riesgo la integridad o la vida del superviviente.

TÉCNICAS

Para la entrevista de testimonio hay que tener en cuenta los siguientes pasos (43,44):

1. **PREPARACIÓN.** En caso de requerirse un traductor, debe realizarse antes una discusión con él sobre su papel y ensayar el modo en el que se va a trabajar.
2. **ALIANZA DE TRABAJO.** La persona que realiza la entrevista se asegura que hay expectativas realistas respecto a la finalidad del testimonio y sobre su papel.
3. **DAR EL TESTIMONIO.** Si es posible, registrar la narración con una grabadora o cámara de video o, si no, tomar notas que puedan ser sistematizadas posteriormente. La persona que entrevista tiene un papel activo e interrumpe el relato para preguntar sobre las reacciones emocionales en una determinada situación o para clarificar situaciones. La recogida de testimonio suele seguir la siguiente estructura:
 - Nombre, procedencia y por qué es importante dar testimonio.
 - Hechos anteriores a la(s) situación(es) traumática(s).
 - Hechos traumáticos con el máximo detalle posible: lugar, hora, personas implicadas (información para identificarlas). Si es necesario puede apoyarse en dibujos o esquemas.
 - Consecuencias: manifestaciones físicas y emocionales, percepción de seguridad y protección, efectos en la vida cotidiana.
 - Esperanzas y deseos para el futuro.
 - Declaración final afirmando que cuanto se ha dicho se ajusta fielmente a la verdad.
 - Revisión y edición conjunta del testimonio, aclarando detalles confusos.
4. **CIERRE SIMBÓLICO.** La persona firma el documento final (y la persona entrevistadora puede firmar como testigo del proceso). Una copia del documento queda en la historia clínica (si las condiciones de seguridad no recomiendan otra cosa) y otra es entregada a la persona para el uso que quiera darle.

QUÉ HACER

- Animar a la persona a que siga hablando cuando lo hace de manera breve, pero sin dirigir lo que está diciendo, con algunas técnicas como (ver Ficha Habilidades Básicas):
 - » Repetir lo último que ha dicho: (entrevistado) «...entonces llegaron los de la otra comunidad», (entrevistador) «... ¿los de la otra comunidad?».
 - » Usar sonidos o monosílabos como «ya, si, si, entiendo, ya...»
 - » Hacer preguntas neutras como «¿Y qué pasó entonces?» o de profundización «¿por qué le parece que pasó eso?».
- Hilvanar las preguntas de una manera fluida, que de un sentido de conversación, evitando los cambios bruscos de tema.
- Interrogar por una sola cosa en cada pregunta, evitando la confusión de temas como sería preguntar: «¿Han estado a gusto en el albergue porque han llegado suficientes cosas a través de donaciones?». Lo adecuado sería separar si están bien en el albergue y qué piensa del número y el contenido de las donaciones.

QUÉ NO HACER

- Inducir la respuesta con preguntas del estilo «¿Cree usted que a la mujer no se la tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones?» en lugar de preguntar «¿Cree que se cuenta con todas las personas por igual a la hora de tomar decisiones?» o, por ejemplo, decir «Hábleme del problema de la comida», en lugar de «¿Cómo cree que está funcionando la distribución de comida?».
- Preguntas cuya respuesta tenga un fuerte condicionante de aceptación social como podría ser «¿usted se considera racista?», en lugar de «¿le molesta que hayan venido personas de otras comunidades a instalarse en esta zona?».
- Mostrar entusiasmo, mover la cabeza o apuntar detalladamente según qué opiniones, descartando o tomando un breve apunte de las opuestas.

El proceso de testimonio trata de transformar un hecho doloroso en un documento que es una memoria viva, evitando la angustia de vivir con una narración pendiente de ser contada. Así, esa experiencia vivida puede pasar de ser un elemento de autodestrucción a uno de construcción social. Para llevarlo a cabo, requiere hacer un trabajo de dignificación, de recuperación de la confianza de la persona consigo misma y de la sensación de control sobre la vida y el entorno.

Además de tener una dimensión psicosocial, la persona también puede utilizar el testimonio como instrumento legal o de denuncia, si así se pacta. En dichos casos, el texto escrito del testimonio puede evitar que la persona tenga que narrar una y otra vez los hechos traumáticos protegiéndola en contextos que podrían volverla a traumatizar. Para ello, sería adecuado revisar el texto eliminando los detalles poco relevantes jurídicamente, embarazosos, comprometidos o que pudieran provocar una reactivación del sufrimiento psicológico. En esta actividad nuestra implicación se limitaría a asesorar a la persona superviviente en ese sentido, facilitarle la documentación médica y, en todo caso, información sobre los organismos de derechos humanos cuya función es precisamente la de denuncia.

FICHA 4.3. CÓMO ENFOCAR EL IMPACTO PSICOSOCIAL EN LAS PERSONAS Y LOS EQUIPOS.

El trabajo en contextos de violencia o catástrofe se realiza frecuentemente en situaciones que producen estrés, no sólo en las poblaciones afectadas, sino también en las personas que trabajan con ellas. Básicamente se trata de pensar en cuáles son las fuentes de tensión, los efectos que el estrés produce y las formas de afrontamiento más eficaces que tienen los equipos en situaciones de conflicto para enfocar ese impacto, tanto en términos individuales como grupales.

Las situaciones traumáticas resultan impactantes no sólo por haberlas vivido (ser víctimas directas o testigos), sino también por haber oído empáticamente narraciones de los hechos (lo que implica un enorme gasto de energía emocional) o por imaginar, en cada narración, que es lo que probablemente han vivido quienes han estado ahí y lo que ello pueda remover en la propia persona.

El desgaste de las personas y los equipos puede leerse desde dos ópticas: la clínica y la psicosocial.

La primera estaría en relación con 5 tipos de experiencia emocional de la persona que presta ayuda:

- a. Estar en el mismo escenario que las víctimas y ser testigo directo de atrocidades (*experiencias traumáticas*).
- b. El impacto de la escucha de hechos horribles y el impacto traumático de dicha escucha (lo que denominamos *trauma vicario*).
- c. El desgaste asociado a la empatía con la persona afectada (la denominada *fatiga de compasión*). La empatía es precisamente la habilidad terapéutica que da mayor eficacia a las intervenciones de apoyo emocional y tiene una base biológica en las denominadas neuronas espejo y en circuitos que parecen que han ido evolucionando y desarrollándose filogenéticamente. Estos circuitos resultan activados cuando la persona está en contacto con otros seres humanos sufrientes. Como todo órgano sometido a tensión y activación constante puede provocarse un desgaste y

un agotamiento del mismo si no se realizan medidas adecuadas de cuidado y soporte o si la persona, con la experiencia de trabajo, no logra distanciar y controlar el trabajo y las emociones asociadas al mismo.

- d. Por la confrontación con las propias experiencias de dolor en nuestra vida que el trabajo que realizamos pueda remover (*Identificación y auto-análisis*).
- e. La posibilidad (cada vez más real en determinados países) de ser amenazados, verse en situaciones de violencia o sufrir acontecimientos traumáticos como secuestros o atentados (*Inseguridad, tensión y miedo*).

La segunda mirada tiene que ver con aspectos asociados con la vivencia de trabajar en situaciones críticas:

- a. Cómo se posiciona cada cual, qué expectativas tenía antes de implicarse en las acciones de apoyo y cuál es la realidad que se ha encontrado.
- b. Claridad en los objetivos y en la tarea y sentido percibido de la misma.
- c. Problemas organizativos —si hay financiamiento, dificultades de coordinación, falta o no de claridad en la tarea, etc.
- d. Dilemas éticos ligados al trabajo humanitario — por ejemplo, vergüenza por tener recursos que la población afectada no tiene, percepción de incapacidad de hacer «lo suficiente» y con la visión que se tiene de la situación y del papel que uno debería desempeñar en ella.

Todo lo anterior (los aspectos individuales y grupales-organizativos) ocurre entremezclado. En otras palabras, el personal de ayuda puede sufrir cuadros de estrés acumulativo derivados de uno o más de los anteriores elementos que, por si solos, pueden ser manejables, pero que en su conjunto pueden ir provocando una sobrecarga acumulada. A esto, en ocasiones, puede sumarse el impacto de determinados hechos críticos especialmente impactantes que son los detonantes

aparentes de la situación de crisis.

El hecho de que el estrés suela ser acumulativo impide muchas veces ser consciente del proceso de inmersión progresiva en una experiencia que llega a ser totalizante: nada hay fuera de la tarea y la tensión es vista como el estado natural de las cosas. No estar bajo tensión, de hecho, podría ser incluso un signo de trabajar mal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

La expresión de desgaste y la tensión raramente tiene la forma de un cuadro clínico, como el estrés postraumático. Es mucho más frecuente que se manifieste de modo indirecto a través de signos como:

- La **PÉRDIDA DE HUMOR**, el uso frecuente del cinismo y el **HUMOR NEGRO** inapropiado.
- Un **LENGUAJE DISTANTE** y «técnico» al hablar de los supervivientes. Hablaríamos, en psicología, de una **DESPERSONALIZACIÓN** o **COSIFICACIÓN** de la persona a la que se acompaña como reacción de defensa para intentar reducir o eliminar la identificación con ella y por tanto el grado en que nos afecta su situación. Niveles moderados de esta despersonalización son absolutamente sanos y necesarios. Pero convertir a las personas con las que trabajamos en números o verlos como enemigos que, por ejemplo, «sólo hacen que pedir, pedir y, si pueden, aprovecharse», no.
- La **INCAPACIDAD PARA CONCENTRARSE**, el cansancio excesivo y o bien el insomnio (la sensación de que nunca es necesario dormir) o la hipersomnia (dormir la mayor parte del tiempo durante los días «libres»).
- **SENTIRSE DESBORDADO POR INCIDENTES MENORES**. Por ejemplo, un retraso en una actividad secundario que es vivido y actuado ante el resto del equipo como una catástrofe. Cualquier pequeño error de los demás es visto como un fallo intolerable. Cualquier enfado puede vivirse como ataque personal.

- La **ANSIEDAD** con preocupaciones constantes sobre todo y una posible somatización de esa ansiedad (dolores de cabeza, mareos, epigastralgias u otros síntomas «menores»).
- La **INCAPACIDAD DE DESCONECTARSE DE LA SITUACIÓN**, a pesar de ser ya poco eficaz el esfuerzo. Esto se manifiesta, por ejemplo, en:
 - » Rechazo a dejar de trabajar al final de la jornada oficial sin una clara justificación para ello en términos de efectividad.
 - » Conversaciones monográficas en el tiempo libre sobre las tareas que quedan pendientes.
 - » Descuido de la propia seguridad o descuido de las necesidades físicas básicas con comportamientos heroicos y arriesgados evidentes que pueden poner en riesgo a sí mismo o a los demás.
- La **DISOCIACIÓN**, sensación de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo, como en un sueño. Todo parece una pesadilla, irreal.
- La **DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA AL MUNDO EXTERIOR**: incapacidad de sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad y sensación de **ALEJAMIENTO** de los demás.
- La **TRISTEZA** marcada, la búsqueda de aislamiento, con sensación de que uno necesita aislarse para «ahorrar fuerzas» porque todas las cosas que vive le superan.
- El **CONSUMO EXCESIVO** de tabaco, marihuana, alcohol u otras sustancias. Es notorio el caso de equipos de trabajo que tras el día toman «algunas cervezas», que resultan no ser solo «algunas». No se trata tanto de evaluar en términos de alcoholismo o no, como del uso del alcohol u otras sustancias como anestesiantes emocionales o como vías de escape para no hablar de los que resulta angustiante o para hablar de una manera que no conlleve una implicación emocional intensa.
- Estos y otros muchos signos indirectos suelen tener algunos ejes comunes que la persona debería intentar analizar.

DINÁMICAS EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO EN SITUACIÓN DE GUERRA O VIOLENCIA POLÍTICA²⁶

Las dificultades manifestadas más comunes, planteadas por los miembros de los equipos en situaciones extremas –como la guerra o la violencia política– tienen que ver con unos ejes que están en la interacción entre la persona y el grupo:

- **OMNIPOTENCIA O IMPOTENCIA:** En los equipos es posible observar la negación de las limitaciones individuales, familiares, institucionales y contextuales, en el abordaje de los problemas. La persona (o el equipo, pasando por encima de quien disienta) puede desarrollar la noción de una capacidad ilimitada de acogida, comprensión, empatía, y de promover una motivación que los supervivientes claramente no presentan (*«podemos salvarlos, podemos rescatarlos del daño, podemos hacerlo todo»*). Cuando la movilización material y emocional del equipo respecto de un caso no da resultados, se produce una gran frustración.

La omnipotencia, o idea de que uno puede y debe resolverlo todo, cuando choca con el principio de realidad, puede llevar con facilidad a la persona a derivar hacia el polo opuesto de la impotencia (*«es imposible hacer algo», «las cosas no cambian» «nada resulta», «no podemos superar las condiciones políticas» «la gente no se implica»*).

Así, una dinámica que se observa frecuentemente en los equipos en situaciones de gran tensión es ver como los trabajadores en el ámbito individual, o los equipos como grupo humano, oscilan entre estos dos polos / arquetipos y tan pronto se está en una hiperactividad omnipotente (probablemente irreal) como se puede pasar al desánimo, a la sensación –igualmente irreal– de derrota anticipada, impotencia o de inutilidad de tantos esfuerzos mirándolo en conjunto.

²⁶ Pérez-Sales P. (1996). *Cómo destruir su organización*. Mimmo. Y Lira, Elizabeth (1999). *Mirando hacia atrás: un balance de 20 años de experiencias en el Cono Sur*. En Pérez Sales P (1999). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Ed exLibris. Madrid.

- **CONFIANZA INGENUA O DESCONFIANZA DEFENSIVA.** Lo que está en juego aquí es la relación entre la persona que presta apoyo y las personas u organizaciones con las que se trabaja. En contextos inestables o inseguros puede oscilarse entre una dinámica de confianza ingenua y una de desconfianza defensiva. Así, en un primer momento el proceso de ayuda puede tener que ver con la acogida irrestricta, abierta y acrítica de quienes llegan solicitando atención. En todos los contextos las personas no son ni buenas (en el sentido absoluto del término), ni malas (en el sentido absoluto) sino capaces de lo mejor y lo peor según las circunstancias, especialmente cuando están sometidas a la presión de la supervivencia. En estas circunstancias es plausible que algunas personas a las que se brinda apoyo desarrollen actitudes insolidarias, de clara supervivencia individual, que intenten engañar o sacar ventaja de la situación. Por ejemplo, la institución de ayuda puede ser agredida o sufrir un atentado y la información necesaria para ello provenir de un señalamiento de alguien que fue atendido en su momento.

Una reacción comprensible es pasar de la confianza ingenua a la desconfianza defensiva: esto es una lucha en la que no es posible fiarse de nadie. Mejor establecer distancia, fijar normas rígidas sin excepciones y regularse por criterios técnicos. Mejor no hacer amistad - ¿cómo fiarse? -, no creer las historias -¿qué querrá sacar éste de mí?-, no hacer favores – después no lo agradecen...-. Trabajar en estas condiciones es difícilmente sostenible.

- **SOBRE-INVOLUCRACIÓN O DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL.** Cuando no existen unos límites claros, las personas del equipo se pueden ver desbordadas por las expectativas de los supervivientes en las que se mezclan aspectos jurídicos, sociales, reivindicativos o económicos, junto a los propios del trabajo clínico. Esta apelación junto al dolor y el sufrimiento puede hacer extremadamente difícil establecer límites razonables, y puede generar dinámicas bien simbióticas, bien de rechazo hacia las personas con las que se trabaja. Se oscila así en un eje que tiene en un

extremo la adopción de actitudes inadecuadas de implicación excesiva en tareas que competen a otros organismos o instituciones o a la propia comunidad y en el otro un distanciamiento técnico que enmarque la intervención en el estricto ámbito clínico, viendo sólo enfermedades y no personas.

La omnipotencia, la confianza ingenua y la sobre-involucración son el preludeo a la impotencia, la desconfianza y el distanciamiento técnico, es decir, al desgaste personal. Frente a ello es imprescindible que las personas que están en situaciones de apoyo en crisis intenten mantener algunos principios básicos:

- TENER OBJETIVOS REALISTAS.
- VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS CAPACIDADES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS A LOS OBJETIVOS.
- SER SANAMENTE DESCONFIADO. En contextos complejos desde el punto de vista político o social un cierto nivel de desconfianza es sano y es un buen mecanismo de defensa. Pero esta desconfianza no puede llevar al aislamiento o a la hostilidad con aquellos a los que debemos acompañar. Para ello es necesario tener un buen análisis de contexto, de manera continuada y reflexiva e intentar enfocar los aspectos de seguridad de una manera lo más objetiva y protocolizada posible y no por intuiciones o contextos emocionales.
- IMPLICADO, PERO NO VIVIENDO PERMANENTEMENTE EN UNA TRINCHERA. Es importante sentirse comprometido con la realidad. Los fines de semana están para trabajar cuando es necesario hacerlo. La implicación es un factor clave para desempeñar bien en el trabajo. Pero esto no puede llevar a sentimientos negativos (culpa si en algún momento no se hay espacios de ocio, rechazo hacia los miembros del equipo que no trabajan con «suficiente» implicación, irritabilidad si algo se interpone en la «tarea», etc).

Estas dinámicas individuales (y en ocasiones grupales) repercuten en los equipos y pueden aparecer SIGNOS DE DESGASTE COLECTIVO:

- **HOSTILIDAD ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO:** los equipos que han trabajado bajo condiciones amenazantes o críticas suelen tener grandes dificultades para discutir sus diferencias y enfrentar los conflictos tanto en asuntos profesionales como personales. Desde un silencio compartido (la tarea lo absorbe todo) a expresar las cosas fuera de tiempo, de manera inopinada o mal, dando lugar a problemas donde no los había. Estas dinámicas pueden manifestarse por ejemplo, como competitividad, sobrevaloración de las capacidades propias y tendencia al protagonismo o descalificación de los profesionales jóvenes y sin experiencia.
- **SOBREVALORACIÓN DE LOS ASPECTOS TÉCNICOS O LOGÍSTICOS,** como un modo de regular la ansiedad generada por la situación crítica. Incapacidad para escuchar a la gente o para adoptar formas de trabajo participativas o que den el control a la propia población afectada. Necesidad de control de todo el entorno de trabajo como un modo de vencer al propio miedo e inseguridad.
- **NO NEUTRALIDAD ÉTICA.** En contextos políticamente complejos las relaciones de confianza con las personas con las que trabajamos pueden basarse, con frecuencia, en manifestar un claro posicionamiento político junto a las víctimas. Pero este posicionamiento puede no ser compartido por todos los miembros del equipo y trasladarse al interior de la institución la polarización o los enfrentamientos del contexto. Saber los límites de ese posicionamiento –necesario por otro lado para nuestro trabajo– sin violar el espíritu de equipo y de tarea compartida puede generar conflictos importantes que lleven a la equipo en su conjunto al desgaste. Es importante tener criterios claros y realistas antes de emprender un trabajo respecto a la diferencia entre posiciones políticas personales y posición de la organización como actor en un conflicto y entre las posiciones (todas discutibles pero respetables) de los diferentes miembros.

¿POR QUÉ SE VAN LOS MIEMBROS DE UN EQUIPO?

De todo lo anterior se deducen algunas de las posibles razones por las que algunas personas pueden expresar el deseo de abandonar prematuramente el trabajo de ayuda. La mayoría ya han aparecido o se infieren de los párrafos anteriores:

1. **POR AGOTAMIENTO.** Mantener un ritmo excesivo de responsabilidades o trabajo (por ejemplo tratando con mucha gente o atendiendo múltiples responsabilidades sin un horario determinado) incrementa las demandas emocionales.
2. **SOBRE-IMPLICACIÓN PERSONAL.** Cuando una persona o un grupo dentro del colectivo mantiene un nivel de compromiso muy superior al de los que le rodean genera tensiones en los demás.
3. **FRUSTRACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE ÉXITO.** Cuando se marcan objetivos irreales o éstos son vagos, se genera la sensación de estar caminando sin llegar nunca a nada. Es necesaria una idea de dónde se empieza y dónde se quiere llegar y fijar objetivos realistas que permitan tener una sensación de satisfacción por haber cumplido los objetivos.
4. **FALTA DE CONTROL SOBRE LOS FINES PROPIOS O LOS COLECTIVOS.** La ausencia de control sobre el entorno provoca sentimientos de frustración o impredecibilidad. Esto en relación directa con sentirse miembros del equipo e integrados e identificados con él. Las organizaciones excesivamente jerarquizadas o con normas de funcionamiento muy rígidas pueden llevar a la sensación de anulación como persona, especialmente cuando no hay margen a la iniciativa individual o cuando se pierde la sensación de control sobre las propias acciones.
5. **AMBIGÜEDAD EN LAS TAREAS.** Tener o no una información clara sobre la tarea a realizar de modo que sea posible evaluar la actuación realizada y tener sensación de logro.
6. **FALTA DE EXPERIENCIA, ENTRENAMIENTO O APOYO** para las tareas asignadas por el grupo o la organización.

ALGUNAS IDEAS PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES DENTRO DE LOS EQUIPOS

Para poder trabajar todos estos elementos suele ser necesario tener un proceso interno de análisis de las dinámicas internas de un equipo o una organización. Pero con frecuencia esto topa con la dificultad de que las personas responsables de esto son parte del propio equipo y por tanto no son ajenas a las problemáticas ni a los diferentes grupos que se pudieran haber creado dentro de la institución.

Por eso las situaciones de desgaste individual o de equipo se benefician casi siempre de intervenciones periódicas de tipo externo, bien de carácter preventivo (hacer un análisis y recomendaciones de cómo se encuentra el equipo) bien para intervenir ante crisis que puedan haber surgido.

Existen diversas metodologías para realizar este tipo de intervenciones, que en general pasan por:

1. Una reunión de presentación del consultor/consultores definiendo el objetivo del trabajo y la metodología que se va a seguir. En ella debe remarcarse los elementos de independencia respecto a la institución o los coordinadores, y los elementos de voluntariedad y confidencialidad respecto al trabajo que se va a hacer.
2. Reuniones individuales con los coordinadores y con las personas consideradas líderes naturales del grupo.
3. Reuniones grupales (con todo el equipo, por grupos profesionales, por afinidades, por tareas o por otros criterios), según el primer análisis realizado.
4. Entrevistas individuales con las personas que parecen centralizar el desgaste o directamente implicadas en la situación de crisis.
5. Triangulación de información.
6. Devolución individual y/o grupal y propuestas para avanzar.

Todos estos procesos pueden realizarse a través de dinámicas participativas o, idealmente, a través de mecanismos de

Investigación Acción, en que el propio equipo sea un actor directo del autodiagnóstico en base a las metodologías introducidas por el facilitador o facilitadores.

En este proceso siempre es importante distinguir:

- Conflictos de base emocional, que puedan tener que ver con relaciones personales o con dinámicas de relación, que requieren de una gestión emocional y de búsqueda de consensos.
- Conflictos de base en los objetivos y la organización del trabajo y que se expresan en forma de malestar emocional y que requieren de un análisis institucional del funcionamiento del equipo y el rol de cada persona en el mismo.

MEDIDAS GENERALES.

Hay algunas medidas de ámbito general que pueden adoptarse y que previenen el desgaste de las organizaciones. Entre ellas:

- Identificar de manera grupal o por personas responsables de manera específica de esta área, las fuentes de estrés individuales y colectivas para planificar acciones individuales y colectivas para controlarlas, en la medida de la posible.
- Reconocer los estados emocionales antes de que degeneren en estrés acumulativo y de quedarse sin energía para poder tomar decisiones objetivas sobre el problema.
- Reconocer el enojo de otras personas no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación.
- Definir claramente los perfiles y las tareas, y cuando sea necesario, ver la posibilidad de hacer cambios en la organización del trabajo.
- Cuidar los canales de información y tener una buena comunicación interna como elemento central para el buen funcionamiento del equipo.
- Analizar los estilos de liderazgo y de toma de decisiones y ver las posibles fuentes de insatisfacción o frustración derivados de ello.

- Garantizar una adecuada formación a los miembros del equipo, tanto en manejo de conflictos como sobre competencias técnicas y análisis de la realidad.
- Crear espacios para la reflexión y el apoyo mutuo que contribuyan a dar más sentido a la experiencia y a sistematizarla, estimulando no sólo las hipotéticas manifestaciones de queja y descontento sino también las manifestaciones de reconocimiento y aprecio mutuo.
- Cuidarse físicamente; tomar descansos cuando la persona note que disminuye su resistencia física o su tolerancia psicológica.
- Mantener, en la medida de lo posible, el contacto con familiares y amigos para evitar una focalización permanente en los problemas y las tareas a resolver.

Finalmente, es importante también reflexionar y trabajar sobre el impacto psicosocial del trabajo una vez se ha completado una tarea y se regresa a una cierta «normalidad» fuera del entorno de crisis. El hecho de que la experiencia vivida pueda ser lejana a las experiencias habituales del entorno familiar o de amigos y debido a la falta de preparación de ambos, puede hacer que aparezcan conflictos con la familia o los amigos que es posible prever y trabajar de antemano.



INTERVENCIONES ADAPTADAS A COMUNIDADES CON DIFÍCIL ACCESO.



FICHA 5.1. INTERVENCIÓN DE APOYO TELEFÓNICO EN CRISIS.

Las líneas telefónicas de apoyo se han venido instaurando en los últimos años como una vía sencilla, económica y eficiente de brindar apoyo emocional a personas en contextos de crisis. En algunas comunidades aisladas de los centros urbanos permiten un acceso rápido. Así, por ejemplo, familias de personas desplazadas que están en medio rural o en zonas muy alejadas de donde existen recursos u organizaciones de apoyo o que viven en contextos inseguros donde el equipo no realiza brigadas por razones de seguridad. Permite además un acceso directo en horarios o situaciones más amplio que un servicio estándar presencial. Por todo ello cada vez más se entiende como un complemento muy relevante.

LÍNEA TELEFÓNICA DE APOYO EMOCIONAL EN SITUACIÓN DE CRISIS: ASPECTOS ORGANIZATIVOS

1. OBJETIVOS:

- Contención emocional inmediata y apoyo psicológico mediante la escucha con detección de necesidades y recomendaciones para reorientar la capacidad del sujeto para enfrentar la nueva situación.
- Si es posible, canalizar información sobre Centros de atención psicológica, hospitalaria y otros centros de apoyo donde pueda realizarse atención presencial.

2. CARACTERÍSTICAS QUE HA DE CUMPLIR TODA LÍNEA DE APOYO.

- En contextos de crisis humanitaria, atención continuada durante 24 horas en las fases iniciales de la intervención para poder funcionar más adelante al menos durante 12 horas. Para ello se ha de contar con un grupo amplio de colaboradores que cumplan turnos de siete u ocho horas.

- Las llamadas deberían ser gratuitas para asegurar la máxima accesibilidad, y han de poder realizarse tanto desde teléfonos públicos como privados incluso sin tarjeta telefónica.
- Han de contar con personal capacitado para responder al mayor número de demandas posibles y para saber detectar las demandas de atención emocional que puedan aparecer enmascaradas detrás de demandas aparentemente de tipo práctico.
- Una vez pasada la crisis puede establecerse como servicio de apoyo brindado por los miembros del equipo con un sistema de permanencias en turno laboral, rotando la persona del equipo que recibirá las llamadas u otros métodos según el volumen de demanda.

3. RECURSOS NECESARIOS:

- Físicos:
 - » Línea gratuita (en crisis humanitaria, tratar de aprovechar las que pudieran existir en la zona antes de la crisis, buscar la colaboración de cadenas de tv o emisoras de radio...)
 - » Teléfonos.
 - » Infraestructura adecuada (zona con un mínimo de confort para el consejero, con hojas de registro e información a su alcance)
- Humanos :
 - » Personal capacitado en atención de la línea.
 - » En el caso de crisis humanitarias, operadores que filtren las llamadas y perfilen la demanda y eventualmente equipo de voluntariado para la atención psicológica, adecuadamente formado y supervisado por personal profesional en psicología y/o psiquiatría que actúen de apoyo.

4. PUESTA EN MARCHA:

- Divulgación: Es fundamental hacer una buena difusión para que la línea llegue al conocimiento de las personas en crisis. Difundir través de las autoridades la información

relativa a los objetivos, funcionamiento, horario de atención, y características de la línea (carácter gratuito...). En departamentos con muchas dificultades en términos de accesibilidad, intentar usar los modos locales de difusión de noticias (televisión local, radios comunitarias, prensa local, carteles en sitios públicos y tableros de anuncios...).

- Recopilación de toda la información de interés para poder satisfacer al máximo las demandas de las víctimas: centros de atención de referencia tanto de apoyo psicológico como médico, localización de los hospitales de campaña, clínicas, ambulancias, centros de acopio...).

ATENCIÓN TELEFÓNICA:

Fases de la entrevista telefónica:

1. DE ESCUCHA Y CLARIFICACIÓN DE LA DEMANDA:

- Esta es una de las partes más importantes porque de ella va a depender en la mayoría de las ocasiones cómo transcurre el resto de la entrevista. Generalmente la persona que accede a la línea estará ansiosa y podrá tener sentimientos de enfado, cólera, tristeza, rabia... Una escucha empática que trate de reconocer esos sentimientos y que permita al consultante expresarse y sentirse escuchado ayudará a reducir la intensidad de las emociones y permitirá reorientar la energía a la búsqueda de soluciones.
- Emplear un tono de voz tranquilo infunde tranquilidad. Hablar con claridad y dejar claro que se está dispuesto a dedicar todo el tiempo necesario a escuchar a la persona.

2. DE APOYO («Ha hecho bien en llamar...»).

3. EXPLORACIÓN:

- Determinar la urgencia de la demanda, si corre riesgo vital.
- Si estamos ante una demanda de carácter puramente prác-

tico tratar de rastrear una posible demanda encubierta de atención emocional (mediante las técnicas de entrevista ya vistas en la ficha 2.1).

- Si nos encontramos ante una petición de apoyo emocional explorar la urgencia de la demanda, los apoyos sociales y familiares con los que cuenta la persona, la posibilidad de que contacte con personas cercanas...

4. RESOLUCIÓN:

- Contención emocional (técnicas de entrevista de apoyo emocional).
- Derivación a un servicio de urgencias o envío de personal de apoyo (ambulancia...).
- Ofrecer siempre la posibilidad de repetir la llamada en caso de que se encuentren mal.
- Valorar la posibilidad de hacer una consulta de consejería en varias sesiones con un esquema de telepsiquiatría (ver ficha en NIVEL 3) o de citar al paciente en alguna de las brigadas o en el propio centro para Psicoterapia de Sesión única (ver NIVEL 3).

FICHA 5.2. TELE-PSIQUIATRÍA. VIDEOCONFERENCIA Y PROGRAMAS VOIP.

El uso de la videoconferencia o el uso de software de comunicación telefónica por internet han permitido que en la última década se desarrollen modalidades de intervención a distancia que han dado en llamarse Telepsiquiatría. Las ventajas que ofrece son:

1. Acceso de pacientes a atención especializada en zonas remotas donde no se dispone de especialistas.
2. Atención de pacientes con problemas de movilidad (ancianos, enfermos discapacitados u otros) y que puedan disponer de conexión en su casa o en un centro comunitario con Internet.
3. Supervisión de médicos del primer nivel de atención en salud que trabajen en zonas remotas y vean pacientes de salud mental.
4. Aumento del área de influencia de un equipo de salud mental comunitaria como complemento al trabajo en brigadas.
5. Trabajo en contextos violentos o en guerra, disminuyendo las situaciones potenciales de riesgo para la propia víctima evitando desplazamientos o para el equipo que permanece en la zona o realizando intervenciones desde un equipo en la capital.
6. Trabajo con pacientes para los que es importante el anonimato (por ejemplo testigos protegidos, personas amenazadas...).
7. Permite evitar el señalamiento o la estigmatización en contextos de violencia política (por ejemplo víctimas de tortura o de violencia sexual renuentes a acudir a programas muy visibilizados).
8. Permite el acceso a poblaciones de difícil acceso (por ejemplo personas en centros penitenciarios, personas que viajan constantemente y cambian de departamento como forenses, fiscales, etc.)
9. Refuerzo de pautas saludables (por ejemplo en usuarios de alcohol o drogas) con consultas muy breves y más frecuentes.

A ello se añade:

1. Facilidad para grabar las intervenciones según se producen y posteriormente poder repasar datos o supervisarlas.
2. Más costo-eficiente que la intervención cara a cara (ahorro en local, desplazamientos, personal de apoyo, etc.)

EFICACIA Y SATISFACCIÓN.

Existen diferentes revisiones publicadas que indican que las entrevistas son generalmente eficaces y que tanto pacientes como terapeutas valoran positivamente esta modalidad de intervención (45,46). Cuando se comparan datos de pacientes entrevistados de manera personal y vía internet se observa que los resultados obtenidos son igual de fiables (47).

Respecto a la satisfacción subjetiva, los estudios indican que los pacientes se muestran contentos o muy contentos con este tipo de intervención, que les abre nuevas puertas, mientras que en los terapeutas hay más diversidad: desde los que la valoran muy positivamente hasta los que se oponen frontalmente. Para la mayoría de terapeutas es una manera de trabajo incómoda que requiere de un período de adaptación (45,48). Este rechazo inicial desaparece rápidamente a medida que los terapeutas se acostumbran y adquieren hábitos de trabajo respecto a esta nueva manera de hacer terapia y se acostumbran a ella. Valoran también la posibilidad de trabajar desde el entorno familiar de su propio consultorio.

LIMITACIONES

Diversos trabajos muestran que la satisfacción depende directamente de la calidad de la conexión a internet. En lugares en que ésta se corta, está llena de ruidos o de interferencias genera niveles de frustración y descontento que hacen cuestionar su utilidad (49).

El terapeuta debe tener un conocimiento de los recursos locales en que apoyarse en caso de que la intervención se complique. Personas u organizaciones de contacto que puedan hacer una intervención presencial o que den apoyo en los aspectos psicosociales de la intervención. Diversos estudios señalan que no debe iniciarse una intervención sin haber explorado antes con el paciente la red de apoyos y recursos de que dispone y haber previsto «espacios seguros» profesionales o comunitarios en caso de crisis grave. Puede ser útil tener algún contacto con los recursos de apoyo para saber de primera mano su disponibilidad real o tener contacto vía correo electrónico (por ejemplo con el profesional de atención primaria de referencia).

Por otro lado se carece de un marco legal regulatorio claro, lo que puede llevar a una cierta indefensión del terapeuta ante posibles reclamos, por lo que algunas personas consideran que debería haber un cierto consentimiento informado previo que protegiera al terapeuta (50) que se puede grabar de palabra en la misma sesión, al empezar.

RECOMENDACIONES

- La modalidad ideal es la forma mixta en la que es posible ver al paciente cara a cara en la evaluación inicial o en alguna de las primeras sesiones y realizar seguimiento virtual o en que se combinan ambas modalidades.
- No es una técnica que pueda ser impuesta al terapeuta ni cualquier terapeuta puede desarrollarla. Se requiere un manejo tecnológico de internet, tener paciencia con los problemas de conexión, relativizar los elementos de espacio terapéutico y desarrollar algunas habilidades adaptadas.
- El trabajo vía internet requiere especialmente tres habilidades terapéuticas: (1) Alta empatía, (2) Capacidad para tolerar emociones intensas sabiendo que se está a distancia y que la comunicación puede interrumpirse en cualquier momento y (3) Ac-

titud abierta evitando intervenciones agresivas o que juzguen al otro que puedan provocar reacciones emocionales negativas de las que no se será quizás consciente o que puede ser imposible manejar si el otro interrumpe la comunicación.

- A ello cabe añadir reajustar el estilo de escucha, porque la comunicación no verbal pierde gran parte de su peso (postura corporal, cercanía, manejo gestual, mirada cercana...) y es necesario utilizar más elementos de diálogo, lo que algunos terapeutas sienten como impuesto o incómodo o les lleva, sin darse cuenta, a ser más intervencionistas.
- Es útil adoptar un modelo de sesión única (ver ficha 4.3) aplicando los principios de esta modalidad terapéutica en cuanto a centrarse en la definición del problema, las habilidades para enfrentarlo y la construcción de horizontes positivos de acción.
- Cuando esto no es posible, es también útil adoptar un modelo de sesiones únicas repetidas, es decir, sesiones que tienen un objetivo concreto que es trabajado conjuntamente y que no dejan temas pendientes.
- Es útil poder disponer de un conjunto de técnicas de manejo del estrés adaptadas al entorno cultural del consultante. Poder recomendar actividades o ejercicios que sean adecuados al marco cultural.
- Es importante tener en algún momento una evaluación del riesgo suicida.

ORGANIZACIÓN

- Es importante que los terapeutas implicados sean conscientes de que no basta con conectarse a Internet, sino que hay que asumir algunas variaciones en el modo de trabajo, y estar conscientemente comprometidos en ese empeño, para evitar así frustraciones.
- Se trata de programas que por su misma naturaleza pueden crear mayor dependencia de otros. Es decir, que la transferencia local es imposible. Trabajar con financiación corta (un año por ejem-

plo) puede implicar importantes problemas éticos a la hora de interrumpir la intervención.

- La Telepsiquiatría puede plantear problemas graves de confidencialidad. Es importante poder usar auriculares, aunque suponga una incomodidad para el terapeuta, si ello transmite al paciente la sensación de privacidad e intimidad en aquello que está contando. Una alternativa es mostrar el entorno con la cámara de la computadora, con cualquier excusa, para dejar claro al consultante de que no hay nadie más escuchando y ambos están solos en el espacio virtual.

FICHA 5.3. PSICOTERAPIA DE ÚNICO CONTACTO: WALK-IN-THERAPY.

Se trata de un modelo de trabajo que propugna una, máximo dos sesiones, de duración indefinida, que, a diferencia del PAP, la EA o la Consejería, buscan ir más allá para abordar temas de fondo en el área de la historia personal, las relaciones con los demás, las emociones, el modo de enfrentar las experiencias u otras que puedan suponer un bloqueo al procesado de la experiencia.

Se basan en tres ideas:

1. En muchos contextos no es posible garantizar que se den las condiciones para un segundo encuentro entre este terapeuta y el paciente. Por ejemplo lugares en que hay una alta rotación de terapeutas (como un campo de desplazados) o una dificultad para establecer agendas (como brigadas móviles a zonas sin comunicación).
2. Existen datos (51) que indican que el primer encuentro terapéutico es, por lo general, el que reporta mayores beneficios al paciente. En él se pueden exponer los problemas (motivo de consulta), explorar las posibles causas (trabajando a partir de emociones, de la narración o de cualquier otro de los elementos del trabajo con experiencias traumáticas), reformular la situación haciendo una devolución que permita al consultante enmarcar sus problemas y darles lógica, explorar posibles soluciones basadas en las fortalezas del paciente y desarrollar un plan, dejando abierto el contexto a interacciones futuras.
3. Hay algunos datos de seguimiento en países occidentales que indican que se trataría de tratamientos eficaces (52), aun siendo conscientes de las profundas limitaciones que comportan.

Se ha dado en llamar *walk-in therapy* queriendo indicar con ello que el terapeuta dispone de un espacio informal de consulta en el que entran los pacientes, algunos con situacio-

nes muy dolorosas o complejas, siendo atendidos en sesiones de alrededor de 1 hora, sin que exista ni una historia clínica formal estructurada ni un plan terapéutico posterior. Se provee *una sesión* de terapia. Por tanto no es una metodología adecuada para pacientes con Trastorno Mental Grave (esquizofrenia u otras formas de psicosis) ni para pacientes que por la severidad del problema requieran de seguimiento (por ejemplo pacientes muy deprimidos y con riesgo de suicidio). Se trata de una intervención *que complementa el apoyo natural del entorno y el propio trabajo de reflexión e introspección del consultante* ofreciéndole nuevas perspectivas y opciones y reforzando su propia confianza en sí misma y en su capacidad para enfrentar esta o estas situaciones.

Existen diferentes modelos propuestos, pero todos tienen en común los siguientes cinco pasos:

- Definir el problema. Escucha activa. Preguntas clarificadoras.
- Identificar las posibles causas mediatas y quizás algunas causas más profundas.
- Identificar las fortalezas de la persona. Estrategias usadas en esta y anteriores ocasiones y estrategias alternativas que la persona proponga.
- Primeros pasos a dar.
- Posibilidad de volver en cualquier momento (no garantizando que sea la misma persona la que le atienda, pero si alguien del mismo equipo).

Algunos elementos que caracterizan a este tipo de intervención serían:

1. Definir bien el marco terapéutico: tipo de trabajo que se va a hacer, tiempo aproximado del que se dispone, objetivos a conseguir y posibilidad de volver.
2. El paciente puede ser visto solo o con el grupo familiar (dependiendo del tipo de problema, de lo que el paciente prefiera y sobretodo del medio cultural individualista o colectivista).

3. En las entrevistas individuales puede ampliarse la información con acompañantes y hacer posteriormente intervenciones que incluyan a estos y/o los comprometan en el proceso de ayuda.
4. Antes de dar por terminada la entrevista debe haberse descartado que haya situaciones de riesgo que demanden otro tipo de intervención (derivación a hospital, centro de atención a víctimas con medidas de protección u otros).
5. En casos complejos puede ser recomendable hacer la sesión dividiendo la intervención en varias partes. El terapeuta se permite así pensar los siguientes pasos a dar, consultar o supervisar opciones y se permite al paciente reflexionar sobre algunas ideas o sugerencias iniciales o poder disminuir los niveles de ansiedad con algún tratamiento.
6. Al alta la intervención de psicoterapia puede combinarse con tratamientos farmacológicos de apoyo que puedan ser seguidos por el entorno habitual (por ejemplo personal de atención primaria de salud).

Lo que en cualquier caso no debe olvidarse nunca es que:

- Requiere de terapeutas formados y experimentados, que tengan experiencia en intervenciones de psicoterapia prolongadas y puedan tener, si se requiere, supervisión de un terapeuta más experimentado. En especial, deben poder manejar situaciones de descontrol emocional, agresividad o elevada angustia.
- Son vitales los elementos «inespecíficos» de toda intervención psicoterapéutica, en especial la empatía y una relación de cercanía y compromiso terapéutico en el trato desde el primer momento.
- Debe permitir un primer momento de explicación con preguntas abiertas, pero después debe explorar con preguntas más dirigidas las áreas críticas, teniendo en cuenta que es una intervención de tiempo limitado. No se trata de ser directivo, pero sí de buscar bien y delimitar conjuntamente el foco de intervención y no dispersarse abriendo varios focos a la vez si después no se van a integrar en una visión común o saltando

de un foco a otro sin cerrar ninguno. De ahí la necesidad de tener una amplia experiencia. De lo contrario el paciente puede quedar con frentes abiertos que le generan rumiaciones y angustia posterior.

- Primar el aquí y el ahora, profundizando en otras esferas solo en la medida en que sea pertinente al problema.
- Debe basarse no en señalar los puntos negativos, debilidades o conflictos del paciente, sino las fortalezas y recursos resilientes con que cuenta para enfrentar los problemas, abriendo un horizonte activo y con elementos de esperanza a partir de un cierto plan (aunque el plan sea simplemente recabar información para poder pensar mejor).
- Puede incluir elementos de normalización o de consejos saludables (psico-educación), siempre desde un enfoque de recursos positivos o resilientes.
- Remarcar que queda la puerta abierta a nuevas consultas de ser necesario y, a ser posible, a alguna forma posterior de contacto, aunque sea telefónica o de telepsiquiatría.

Algunos terapeutas, especialmente en campos de refugiados, no conservan las notas clínicas, sino que se las entregan al propio paciente para que las traiga en futuras consultas, las entregue al siguiente profesional que se desplace o al profesional de referencia de atención básica en salud.

Por último, es importante señalar que este tipo de intervención tiene mayor eficacia cuando es en el marco de un equipo multidisciplinar (trabajo social, enfermería, promotor de salud...) que pueda atender a las necesidades básicas generadoras de distrés o que pueda poner al paciente en contacto con otros organismos o instituciones que sean fuentes de ayuda en temas básicos (seguridad, alimentación, información u otros) o en la gestión de ayudas institucionales. Es así mismo más eficaz cuando está coordinado con los servicios públicos de salud o salud mental de la zona y existe la posibilidad de coordinación y/o referencia de casos graves.

Entre las principales dificultades merecen destacarse dos:

- Es una intervención que, mantenida en el tiempo, requiere de un esfuerzo muy importante del terapeuta (emocional y mental) y que requiere extremar las medidas de autocuidado.
- Cuando existen elementos muy dolorosos recientes, puede ser difícil que la sesión no se dedique a la evocación dolorosa de los mismos sin dar mucho tiempo a más aspectos. Conviene en este caso valorar otro tipo de intervenciones más prolongadas.
- Es una intervención que requiere de un buen conocimiento del entorno social y cultural del paciente. No es recomendable en contextos culturalmente muy distantes del propio contexto cultural del terapeuta.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS
QUE REQUIEREN
FORMACIÓN ESPECÍFICA.



FICHA 6.1. TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN²⁷

La terapia basada en la mentalización aunque luego ha extendido su indicación a otros campos incluido el trauma, fue desarrollada inicialmente por Bateman y Fonagy para trabajar con pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se trata de pacientes que muy frecuentemente han sufrido experiencias traumáticas en la infancia y como adultos. La idea básica del abordaje clásico basado en la mentalización, es que si el trauma causa daño es por los efectos que tiene sobre la capacidad de mentalizar de quienes lo sufren. Por ello en el tratamiento se podría obviar el abordaje directo de la experiencia traumática y trabajar sólo con los subsecuentes problemas en la capacidad de mentalizar.

La capacidad de mentalizar o mentalización, también llamada capacidad reflexiva, es la capacidad para comprender el propio comportamiento y el de otros a través de la identificación y atribución de estados mentales que incluyen intenciones, afectos, pensamiento que permiten explicar y predecir con un grado no completo de certeza tales comportamientos. Engloba procesos de distinta complejidad, desde entender un estado afectivo hasta realizar una narración autobiográfica.

Una alta capacidad reflexiva se ha puesto en relación con una mayor capacidad de o para afrontar las experiencias adversas.

Esta capacidad se desarrolla a lo largo de la historia vital de la persona, influenciada en gran medida por las relaciones de apego tempranas con los progenitores. Podríamos decir que las relaciones tempranas del niño con sus progenitores configuran las expectativas del adulto en cuanto a cómo van a ser sus relaciones con los otros, qué esperan de él, que puede esperar él de ellos. La experiencia traumática puede ser incompatible con este modelo e instaurar uno nuevo que

²⁷ Puede ampliarse sobre este enfoque en A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.) (2012), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing, Inc.

impida un funcionamiento interpersonal satisfactorio. O bien puede confirmar los modelos resultantes de un apego traumático.

En el trabajo psicoterapéutico basado en la mentalización se fomenta el desarrollo de la capacidad reflexiva realizando con el consultante un trabajo semejante al que hace la madre con el bebé. Se utilizan las siguientes intervenciones escalonadas según su complejidad (no se trabaja una hasta que no se han instaurado las anteriores):

1. SEGURIDAD, SOPORTE Y EMPATÍA.

- Es la intervención básica y a la que se vuelve cuando hay problemas.
- Escuchar sin hacer juicios, evitar las críticas y no pensar que sabemos cómo se siente el paciente.
- Con preguntas abiertas, mostrar deseo de conocer los problemas del paciente.
- Intentar entender desde su punto de vista.
- Testar con él continuamente nuestra comprensión de sus emociones y pensamientos.
- Evitar dar consejos o decir al paciente como se siente basándonos en nuestros conocimientos teóricos.

2. CLARIFICACIÓN.

- Explorar el contexto en que se dio una conducta problema.
- Conectar los actos con las emociones y pensamientos del paciente al realizarlos, explorando momento a momento desde el contexto previo.
- Entendiendo como se ha dado un fallo en la capacidad de mentalización y en qué ha consistido.

3. ELABORACIÓN DEL AFECTO.

- Exploración del afecto en el momento de la sesión (*¿Cómo te encuentras al contar esto?*).
- Detectarlo y nombrarlo.

4. REFLEJO «MARCADO».

- El «marcado» señala que de lo que se habla es de una hipótesis que tiene el terapeuta sobre el estado mental del paciente a partir de lo que observa en él.
- Cuando entendemos o creemos entender algo identificarlo como nuestro y presentarlo como una idea («Me pregunto si...») o una hipótesis y preguntar qué le parece al paciente.
- Si tenemos distintas perspectivas destacar que su perspectiva es tan válida como la nuestra.
- Si se habla de los sentimientos del terapeuta dejar claro que son del terapeuta y no atribuirlos al paciente.

5. IDENTIFICACIÓN DE LA MENTALIZACIÓN POSITIVA.

- Reconocer y reforzar la capacidad de mentalizar del paciente cuando se manifiesta.
- Provocarle curiosidad por entender sus motivaciones.
- Mostrar que comprender los estados mentales ayuda a manejarnos con la emoción.
- Detenerse y «retar» al paciente.
- Es una maniobra terapéutica, poco frecuente, ante una pérdida mantenida de la capacidad de mentalizar. Se busca confrontar el pensamiento concreto del paciente, ofreciendo una perspectiva diferente. Se apoya en el factor sorpresa (no es predecible) como cuando se pide a una consultante que se siente culpable por no haber hecho nada cuando secuestraron a su padre siendo ella niña si puede marcar en la pared cómo era ella de alta a esa edad y cómo eran los hombres que se lo llevaron.

6. MENTALIZACIÓN BÁSICA: PARAR, ESCUCHAR Y MIRAR.

- Generar un proceso para entender un episodio que para el terapeuta no queda claramente explicado: *¿Puedes volver a explicarme esto?, No lo entiendo...; ¿Por qué dices esto?*
- Ante indicadores de mentalización pobre del paciente (como las actitudes evitativas, ausencia de continuidad en el diálogo, falta de respuesta ante sentimientos de los de-

más participantes en un grupo...) el terapeuta puede usar esta técnica para restablecer el proceso de mentalización.

- En terapia de grupo se utiliza para explorar activamente lo que piensan y sienten los pacientes durante la sesión que está teniendo lugar.

7. MENTALIZACIÓN BÁSICA: PARAR, REBOBINAR Y EXPLORAR.

- Cuando se pierde el control de la sesión como consecuencia de un fallo marcado de mentalización, el terapeuta puede parar la sesión, rebobinar hasta el último momento de la sesión en que el diálogo era constructivo y explorar con los pacientes a «cámara lenta» como han ido cambiando a partir de ese punto sus estados mentales.

8. INDICIOS DE TRANSFERENCIA.

- Hacer conexiones entre el proceso o el contenido de la sesión y las pautas relacionales del paciente «eso parece similar a lo que contaste antes»...
- Identificar patrones y expresarlo: «parece que cuando te sientes herido te entran ganas de golpear y te metes en problemas. Tal vez tengamos que investigar lo que te pasa en esos momentos».
- Dar sugerencias de transferencia: «eso podría pasar si algo le parece hiriente»
- Indicar lo importante que es para terapia ir detectando el modo de interactuar del paciente con el terapeuta. Desde anamnesis, anticipar pautas que pueden repetirse en el futuro con terapeuta (s).

9. MENTALIZACIÓN INTERPRETATIVA.

- Asociar de manera causal los comportamientos del paciente con sus estados mentales, e introducir una visión alternativa. Tres pasos:
 - » Clarificación y elaboración de la emoción y la experiencia.
 - » Identificar junto al paciente la pérdida de mentalización.
 - » Introducir una visión alternativa.

10. MENTALIZACIÓN DE LA TRANSFERENCIA.

Es la intervención más sofisticada. Se da a través de una serie de pasos.

1. Validación de los sentimientos transferenciales.
2. Exploración de los sentimientos transferenciales.
3. Aceptar nuestra responsabilidad.
4. Colaboración en llegar a una interpretación.
5. El terapeuta presenta una perspectiva alternativa.
6. Contrastar percepción del paciente con la de la terapeuta.
7. Monitorizar la reacción emocional del paciente tras esta intervención.

Este tipo de estrategias puede estar particularmente indicadas en personas que son reacias o tienen problemas para la exposición o la narración.

FICHA 6.2. MODELOS DE PROCESAMIENTO ACCELERADO DE INFORMACIÓN: EMDR²⁸

La técnica EMDR fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurría primariamente a la narración de experiencias traumáticas o al *insight* sobre las mismas, sino que consideraba que el núcleo del problema es el material almacenado y encapsulado con el acontecimiento etiológico y la carga emocional asociada al mismo que impedía su adecuado procesamiento en memoria. Las creencias no se consideran lo fundamental en la patogenia del trastorno o en lo que tenemos que centrarnos para producir el cambio, sino interpretaciones a posteriori del afecto almacenado.

El EMDR actuaría en un sentido inverso a otras técnicas de psicoterapia: permitiría procesar las sensaciones corporales y las emociones asociadas al trauma y a partir de ahí, modificaría las atribuciones asociadas del yo y de los otros.

Para ello se produce una evocación guiada de estas emociones unido a determinados estímulos neurofisiológicos (oculares, auditivos o kinestésicos) que parecen facilitar el procesamiento: movimientos sacádicos de los ojos (siguiendo un lápiz, el dedo del terapeuta o un estímulo visual en una pantalla de ordenador usando software específico), de estímulos auditivos bilaterales o a través de pequeños golpecitos en los dos lados del cuerpo, por ejemplo en los hombros o las rodillas (*tapping*).

PAUTAS

Las siguientes fases resumen el proceso para el que es conveniente referirse a manuales específicos:

Fase 1: Recogida de la historia y planificación terapéutica.

Fase 2: Estrategias de manejo de situaciones críticas entre sesiones: técnicas de relajación, técnicas de control de pensamiento o aceptación de imágenes intrusivas, construcción de un lugar seguro u otras (ver ficha 3.11)

Fase 3: Preparación de la sesión. Terapeuta y paciente identifican el recuerdo que se va a trabajar y van completando la tabla adjunta:

²⁸ Esta ficha es un resumen de Rodríguez-Vega, B, Bayón C, Amador B (2007). *EMDR y Trauma*. En Pérez-Sales P. Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Ed Desclee de Brower.

RECUER- DO	IMAGEN MENTAL	CREENCIAS O PENSAMIENTOS NEGATIVOS QUE EVOCA	EMOCIÓN EN EL MOMENTO	SENSACIO- NES FÍSICAS ASOCIADAS	PENSAMIENTO POSITIVO QUE HU- BIERA DESEADO	PENSAMIENTO QUE EN LA ACTUALIDAD OFREZCA ESPERANZA	VoC
		«Yo soy...» «Me veo...»	Miedo... Rabia...				

VoC: ESCALA DE VÁLIDEZ DE LA COGNICIÓN (VoC Scale). O SIGNIFICA QUE LA PERSONA NO SE
CREE NADA LA COGNICIÓN Y 7, SIGNIFICA QUE LE RESULTA TOTALMENTE CREÍBLE

Una vez que hemos identificado la cognición positiva, se pasa a solicitarle al paciente que vuelva al recuerdo traumático que quiere trabajar y que lo «empareje» con la cognición negativa. Y se le pide que identifique las sensaciones corporales acompañantes y que la valore con un número de 1 a 10, en la escala SUD. La resolución del recuerdo traumático debe asociarse a una disminución significativa en la valoración en SUDs y un aumento en la valoración de la credibilidad de la cognición alternativa).

Fase 4. Reprocesado. Al paciente se le pide que centre su atención en la imagen junto con la cognición negativa y las sensaciones físicas que despierta y se inicia la estimulación bilateral. Mientras se le pide al paciente que se centre en el recuerdo elegido y se comienza la estimulación, se le explica que simplemente «deje que ocurra lo que ocurra», con objeto de disminuir la presión del paciente a la ejecución de las expectativas del terapeuta y estimular la libre asociación.

Después de una serie de estimulaciones se le pide al paciente que diga «lo que le viene a la mente» y que se «centre en ello». El objetivo es que el paciente se centre en la información tal como está almacenada. Se le puede decir «respire hondo» seguido de «qué siente ahora» o «qué idea le viene a la mente ahora». Hay que hacer un seguimiento cuidadoso de los cambios emocionales, cuando el terapeuta observa que el paciente alcanza un nuevo nivel de activación emocional o que surge algún tema emocionalmente significativo, se le puede decir «deténgase ahí» o «sienta eso». Aparte de estas frases, el terapeuta se limita a permanecer silencioso y atento, asistiendo al paciente para que siga sus cadenas asociativas, pero es el paciente el que dirige el proceso. Al final de la sesión, se vuelve a valorar el nivel de estrés del paciente con las unidades SUD. Lo esperable es que este nivel haya bajado o llegue a ser 0. Entonces el paciente está dispuesto para la fase de instalación.

Fase 5: Instalación. Su objetivo es la incorporación y el fortalecimiento de la cognición positiva que ha sido identificada previamente por el paciente. Es posible que al llegar a esta fase, el paciente haya encontrado alguna otra cognición positiva que sea más útil para él o ella. Lo que hay que cuidar es que la cognición sea aceptable. El terapeuta pretende terminar la sesión con un VoC de 7, en la mayoría de los casos.

Fase 6: Evaluación corporal. Se le pide al paciente que nos informe de cualquier sensación corporal residual molesta. Con frecuencia esas

sensaciones dan cuenta de otras experiencias necesarias de procesar. El terapeuta focaliza en esas sensaciones y ayuda a procesarlas.

Fase 7: Cierre de la sesión. El terapeuta se asegura de que la persona se vaya en un estado de equilibrio emocional. Se discute el material que ha surgido, se advierte al paciente que puede seguir surgiendo material entre sesiones y se le anima a que lleve un registro de cualquier sensación positiva o negativa que surja para comentarla en la sesión siguiente. Además se le pide al paciente que utilice técnicas de relajación o de imaginación guiada para afrontar situaciones de ansiedad.

Fase 8: Re-evaluación. Con esta fase se abre cada sesión de EMDR con objeto de evaluar lo sucedido entre sesiones y de identificar posibles nuevos focos de procesamiento. Las evaluaciones sucesivas serán las que indiquen el grado de éxito del tratamiento.

Es importante observar que en todo el proceso *no hay una narración del hecho*, no se requiere una articulación ordenada de un relato. La intervención se centra en las emociones y en la experiencia corporal. La intervención del terapeuta es también relativamente mínima y es el propio paciente el que va trabajando sus emociones.

FICHA 6.3. EXPOSICIÓN PROLONGADA AL RELATO TRAUMÁTICO - NARRATIVE EXPOSURE THERAPY (NET).

La NET es una variante sumamente polémica de la terapia de testimonio (53).

Parte de las siguientes premisas:

1. El trauma (en forma de Trastorno de Estrés Postraumático) se configura por la activación de circuitos neurales de miedo que guardan en memoria recuerdos fragmentados en los que (a) el pasado y el presente se mezclan y no es posible situarlos bien en el tiempo o el lugar (b) se almacenan mezclados con las emociones y sensaciones asociados al momento traumático. Hay por tanto una alteración de la memoria autobiográfica con una fragmentación del pasado.
2. Este tipo de respuesta es de base biológica y ocurre por tanto en todas las culturas. El TEPT es esencialmente universal y desde esta idea la propuesta terapéutica del NET sería universal. El trauma tiene un efecto acumulativo. Según los autores, en poblaciones afectadas por guerra o violencia extrema sus estudios demuestran que el 100% de la población tiene algún tipo de síntoma y que tiene sentido el tratar al conjunto de la población (siempre que lo deseen y entiendan el proceso).
3. La vivencia de incomunicabilidad del trauma, el hecho de no tener palabras para expresar lo traumático o de que el trauma no puede ser entendido es parte del problema. Desde su óptica es parte de la lucha entre negar la existencia de estos hechos y desear gritarlos y sacarlos fuera. La terapia debe pasar porque la persona traumatizada ponga palabras a los hechos. Cuando logre hacerlo habrá conseguido dominar el trauma. Esto es lo que denominan convertir las Recuerdos Implícitos Ardientes (*Hot Implicit*

Memories) en una historia integrada coherentemente en memoria que denominan Recuerdos Declarativos Frescos (*Cool Declarative Memories*).

4. Para ello es imprescindible volver a activar los circuitos del miedo a través del relato de los hechos. Esto se realiza durante el tiempo necesario como para poder lograr una extinción de esta activación. Con ello se logrará que las experiencias sean integradas en un nuevo recuerdo que este (a) colocado adecuadamente en el tiempo (b) recordado sin estar asociado a miedo. Se busca que la persona experimente el miedo con información sensorial incompatible (seguridad, escucha...) modificándose la estructura de ese miedo. Esto es lo que tradicionalmente ha hecho la terapia de exposición con prevención de respuesta que se ha mostrado, según los autores, como un tratamiento universalmente eficaz y de elección. Buscar la habituación frente a estímulos ansiógenos. Para los autores el miedo es simplemente una respuesta condicionada que quedó en la memoria.
5. Consideran además que en contextos de violencia política dar testimonio es un elemento de dignificación y de lucha contra la impunidad.

Sumando todo esto, la terapia se basa en una reconstrucción biográfica guiada que haga un recuento lo más detallado posible de todos los hechos traumáticos relevantes por los que ha pasado la persona.

PAUTAS

Consta de entre 4 y 12 sesiones de entre 90 y 120 minutos de duración cada una, 1 a 2 veces por semana. En ellas se elabora una historia biográfica empezando por el nacimiento, desarrollando brevemente los espacios entre etapas críticas y entrando a fondo en el relato de cada episodio traumático.

SESIÓN 1.

- Historia clínica. Confirmar el diagnóstico de TEPT. No se recomienda si no cumple todos los criterios de TEPT.
- Se explica los fundamentos biológicos del trauma, la idea de que es una reacción de miedo.
- Se dan elementos de normalización (es normal que esto ocurra), legitimización (los síntomas actuales son restos no resueltos del pasado), descripción ordenada de síntomas y explicación de las siguientes sesiones. Compromiso terapéutico con la idea de exponerse a la narración de los hechos temidos.
- Explicación de la idea de testimonio.

SESIÓN 2.

- Se confecciona la línea de la vida usando una cuerda al que al paciente da forma, y piedras y flores (de papel, plástico o reales) para indicar los hechos positivos o negativos. Es importante poner fechas lo más precisas posibles. Se dibuja o se toma una foto posteriormente. Debe acabarse en esa sesión (para ayudar a construir el hilo autobiográfico) y no entrar al detalle de ninguno de los hechos.
- Esta línea puede repetirse al final del tratamiento para ver los cambios.

SESIÓN 3 Y SIGUIENTES.

- Se narran los hechos. La idea básica es que esta narración debe doler (usan la metáfora de una zona inflamada que no se ha movido en mucho tiempo) y que no hay que detener la narración ni ahorrar ningún detalle bajo ningún concepto. Ni siquiera si se presentan reacciones de pánico o disociativas. Se interpretaran como formas de resistencia consciente o inconsciente, se buscará controlar estos síntomas y seguir adelante.
- El paciente debe tener la expectativa de que si lograr contar todo va a notar un alivio inmediato de sus síntomas y se va a curar.
- El terapeuta es un testigo del relato. Debe intervenir lo mínimo. Cuando interviene debe ser para ayudarlo a conectar con las emociones que se sentía en aquel momento (activación de circuitos emocionales para descondicionarlos) o para indagar por detalles concretos que aumenten el recuerdo, pero solo cuando sea im-

prescindible porque el relato esté siendo vago o impreciso (“¿Puede contar con más detalle como vio morir a su hermano?”).

- El terapeuta hace un resumen escrito del relato (durante o después de la sesión) que es leído al inicio de la siguiente sesión y seguir inmediatamente con el relato. No distraer con problemas actuales u otros elementos que puedan indicar formas de “resistencia” o de intentar evitar el dolor de la narración por parte del paciente.
- Una vez el paciente ha contado un hecho, volver a contarlo a cámara lenta (“slow motion telling”). Avisan que en este punto incluso los terapeutas más experimentados pueden tender a cortar la sesión si ven que el paciente sufre, pero que es necesario “aguantar” la situación.
- Intentar que la narración de los hechos traumáticos siga una secuencia temporal ordenada. ¿Cómo empezó todo?
- Introducir verbalizaciones que indiquen que se está hablando del pasado y orientando a la persona al aquí y al ahora, para ayudarle a separar los dos entornos.
- Explorar y despertar las memorias sensoriales a través de las verbalizaciones del terapeuta (“¿puede describir de manera más precisa el aspecto de los cadáveres?”).
- No acabar la sesión sin “cerrar el episodio”. Esto se hace empezando a hablar del periodo post hecho crítico siguiente durante un par de minutos y comprobando que los niveles de ansiedad han disminuido.
- Puede dedicarse algunos minutos a la elaboración cognitiva de lo hecho (nuevas perspectivas sobre la vida o explicaciones a los hechos que surgen después de la narración).

SESIÓN DE CIERRE

- Se lee el texto final y se corrigen los detalles que sea necesario. El terapeuta comprueba que la lectura no genera niveles elevados de ansiedad. Paciente, terapeuta (y traductor) firman.
- El paciente se queda una copia, el terapeuta otra y una tercera se remite, si así se decide por ambas partes a una institución de derechos humanos que recoja testimonios.
- Se hace una evaluación clínica post-terapia (incluyendo síntomas de estrés postraumático).

- Se conciertan citas de revisión a los 6 y 12 meses.

DEBATES.

1. Asume que la persona siempre tiene un recuerdo «que es posible recordar», lo que no siempre corresponde a la realidad y puede provocar la sensación de que no se recuerda «bien» o lo «suficiente».
2. No hay base empírica para suponer que sea necesario contar los hechos para poder integrarlos en memoria. En el extremo opuesto a la NET estaría el EMDR. Mientras el núcleo de la NET es contar los hechos con el máximo detalle, el núcleo del EMDR es establecer conexiones entre emociones, respuesta corporal y cogniciones positivas y negativas sin contar los hechos. Comparte con el EMDR la idea de que no hay que trabajar el sistema de creencias o la identidad, porque los cambios que aparecen en estos son *consecuencia* de un procesado emocional desintegrado y no la *causa* del malestar de la persona. Resolviendo los recuerdos, se instalaran creencias e identidad positivas de nuevo.
3. Incluye un elemento de violencia en el proceso, en el que se impone el relato en el bien del paciente, afirmando que *poner palabras* equivale a *curación* lo que desde luego es un a priori no demostrado. Los elementos que componen la respuesta traumática son con frecuencia mucho más complejos e implican componentes sociales, políticos, familiares y existenciales.
4. Se asumen importantes riesgos de re-traumatizar al paciente, que no son adecuadamente evaluados en los estudios.

Los autores han publicado diversos estudios controlados que según ellos demuestran la eficacia de la NET pero que mirados en detalle ofrecen resultados muy confusos: bajas muestras, no mejoría a corto y medio término y aparentemente mayor a largo termino (1 año) etc, y que hacen pensar que pese al amplio predicamento de la técnica, debería recomendarse en todo caso con muchas reservas hasta que existan más datos.

ESTRATEGIAS DE TRABAJO GRUPAL

La NET se propone como estrategia fácilmente multiplicable a través de procesos de formación de formadores (cuadro 53)

CUADRO 53. MODELOS DE MULTIPLICACIÓN EN NET.

Los autores proponen la NET como una terapia universal y de efectos positivos en todos los supervivientes. Por eso proponen su uso generalizado en zonas donde haya gran número de afectados (por ejemplo, campos de refugiados).

- A través de procedimientos en cascada.
 - » Seleccionar un grupo inicial de personas entre las propias víctimas con un perfil profesional adecuado.
 - » Trabajar con NET sus propias experiencias traumáticas.
 - » Formarles en el proceso (como terapeutas auxiliares)
 - » Aplican NET a otros refugiados bajo supervisión del terapeuta senior. De común acuerdo con este seleccionan nuevos potenciales “terapeutas” para ser formados.

Afirman que puede darse tratamiento a un campo de refugiados de miles de personas en alrededor de 6 meses.

- A través de modalidades de trabajo en grupo.
 - » En grupos de 10 a 15 personas. El proceso dura de 6 a 12 meses y se trabaja en base al relato de cada uno de los miembros. Los demás hacen de testigos y escuchan el relato. Escuchando el relato de los demás se refuerza el trabajo sobre las experiencias propias y se estimula el recuerdo de elementos que pudieran estar ocultos en la memoria.

FICHA 7.1. GRUPOS DE VENTILACIÓN O DEBRIEFING CON EQUIPOS.

Hablamos de *debriefing* o grupo de ventilación como de una intervención breve de tipo psicoeducativo que permite a un grupo procesar una experiencia traumática vivida de modo compartido por sus miembros. Es importante siempre mantener las siguientes ideas para que no resulte iatrogénica:

1. La participación debe ser voluntaria.
2. Se aconseja hacerlo en las 48-72 horas inmediatas al hecho crítico.
3. Debe activarse solo ante incidentes muy graves y no como dinámica de rutina o ante incidentes relativamente poco importantes. Esto lleva en ocasiones a un exceso de emocionalidad en el equipo y a que aparezcan problemas donde no los había.
4. En equipos que están en contextos de impactos crónicos (guerra, violencia continuada...) y en el que puede encontrarse algún incidente más grave, pero en general hay una acumulación de estresores y de tensión por una multiplicidad de factores, son preferibles otro tipo de intervenciones más centradas en el funcionamiento del equipo y en las estrategias globales de gestión de la carga de trabajo y el estrés.
5. El mejor apoyo para cualquier miembro del equipo es el P.A.P. o la Escucha Activa que puedan brindarle los otros miembros del equipo con los que tienen una especial cercanía o amistad.

FACTORES A TENER EN CUENTA EN UN DEBRIEFING

1. Lugar o espacio físico que permita colocarse en círculo y verse las caras.
2. Número de personas mayor de cinco para poder reconstruir los hechos y menor de quince para que todas puedan participar.
3. Dinamización o conducción del grupo por personas con expe-

riencia previa, preferiblemente alguien externo a la situación. Las características de esta persona pasarían por saber:

4. Buscar el equilibrio entre adoptar un papel muy activo o demasiado pasivo.
 - Estar atenta a todo lo que se va diciendo.
 - Tener una actitud siempre respetuosa y de devolución, tanto verbal como no verbal.
 - Ser abierta y honesta cuidando el lenguaje no corporal y el contacto visual.
 - Poner siempre el foco en el interés colectivo y evitar centrar la sesión en experiencias particulares recordando que no es una terapia de grupo sino de recolocación.

TÉCNICA

El *desactivado*, según el modelo clásico con el que se identifica este nombre a escala internacional, se realiza de dos a siete días después del suceso, tiene una duración aproximada de dos a tres horas y está dirigido por personal cualificado en gestión del estrés o psico-traumatología. Normalmente se lleva a cabo en una única sesión con el objeto de intentar dar un final al episodio y, en este sentido, se distingue del *defusing* que se realiza el mismo día del incidente crítico y sólo pretende abrir un espacio breve para compartir las primeras emociones y sentimientos sin llegar a más. Esta técnica pretende lograr transmitir una educación básica sobre la respuesta humana al estrés, normalizar las sensaciones y, para algunas personas, poder reconocer que tal vez necesitan ayuda adicional y facilitar que puedan encontrarla fácilmente.

QUÉ HACER

1. PREPARACIÓN DE LA SESIÓN. Definir qué estructura se va a seguir, los objetivos y las maneras de favorecer la motivación. Lo ideal

es tener un conocimiento previo del grupo, conversando con algunos miembros o con el coordinador del equipo para ver cómo plantear las cosas, experiencias previas, qué tipo de lenguaje es mejor usar, la idoneidad de trabajar con todos o separando por algún criterio (grupos profesionales, edades, género...) etc.

2. **PRESENTACIÓN.** Duración breve (8-12 minutos) para que quienes conducen la sesión se presenten y expliquen ampliamente el porqué del grupo (se trata de reforzar la confianza en el proceso), y las reglas y las fases que se van a seguir (disminuye la ansiedad y aumenta las expectativas al ver que se trata de un proceso estructurado con una persona de referencia que lo dirige). En otras fases la conducción perderá protagonismo (cuando la gente empiece a compartir), para volver a tomar un papel activo al final de la sesión en el momento de dar información o sacar conclusiones.
3. **FASE DE HECHOS** en la que cada cual relatará el suceso, siempre de forma voluntaria y se dará paso a todo el que quiera compartir experiencias. El objetivo es contribuir al entendimiento común de lo que ha pasado. Es muy importante que, desde la conducción, se fomente un clima de confianza y de intimidad que favorezca la participación de todo el mundo.
4. **FASE DE PENSAMIENTOS** en la cual se relatan pensamientos, posibles explicaciones y sensaciones sobre lo ocurrido, con el fin de dar coherencia y buscar lógica al suceso. Junto a la fase anterior se intenta tomar una cierta perspectiva con respecto al hecho. Si el clima del grupo es bueno, esta fase se puede fundir con la siguiente.
5. **FASE DE EMOCIONES.** Se intenta dar nombre a las emociones que surgieron, cómo reaccionó el cuerpo. El objetivo es ventilar sentimientos con el fin de disminuir la ansiedad, prevenir la aparición de imágenes intrusivas e intentar evitar las rumiaciones, promoviendo la unidad y el fortalecimiento del grupo.
6. **FASE DE INFORMACIÓN.** Quien conduce retoma de nuevo un papel protagonista haciendo llegar al grupo información, tanto verbal como escrita, de las reacciones naturales esperables ante este tipo de situaciones y de los beneficios de relatar y hablar sobre los

- hechos. Entre la información que se da se pueden sugerir estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, de autocontrol, etc.
7. CIERRE. Se resume el proceso, lo aprendido en cada fase y se sacan conclusiones. Se ofrece apoyo individual para aquellas personas que pudieran sentirse mal posteriormente, dando una manera de contacto lo más anónima posible.
 8. Sobre este esquema básico puede haber numerosas variaciones. Una importante es añadir la *valoración que cada persona hace de cómo actuó*. Separamos las emociones generadas por el impacto traumático de las generadas por *cómo se reaccionó* ante ello. Exploramos la narrativa de cada persona (orgullosa, humillada, sorprendida, culpable...) e intentamos trabajar confrontando unas con otras. Por ejemplo, a alguien que está empezando a generar una narrativa de culpa (*«pude hacer más por salvar a otros, no debería haber corrido tan pronto»*), le es sumamente útil escuchar narrativas alternativas (*«no lo sé... yo me siento orgulloso de haber estado ayudando hasta que ya todo se iba a derrumbar... Y tú estuviste a mi lado...»*). Es importante reconducir las narrativas de vergüenza, humillación o culpa cuanto antes, para evitar que la persona las amplíe a base de darles vueltas.

Es importante, así mismo, dar seguimiento al grupo con posterioridad, para garantizar que no se han abierto heridas en algunas personas que luego se han dejado sin cerrar. Si no es posible garantizar este seguimiento, el *debriefing* debería ser muy «psicoeducativo» (predominio de la parte de dar información saludable y sugerencias para promover el bienestar). Si se va a mantener el contacto, habrá más posibilidades de ir hacia formas que den más espacio a la expresión de emociones y al análisis de las narrativas de cada superviviente. El facilitador será quien deberá valorar esto antes de empezar y procurará llevar al grupo por la línea que se ha propuesto de antemano en función de las circunstancias.

FICHA 7.2. GRUPOS DE PALABRA

ENTREVISTA DE PROCESAMIENTO EMOCIONAL O DEBRIEFING EN POBLACIÓN GENERAL DE AFECTADOS

El *debriefing* es una técnica de intervención en crisis durante la cual el interviniente busca que varias personas que han vivido una experiencia extrema puedan realizar en grupo una revisión del suceso, de las reacciones ante el mismo y de las sensaciones y sentimientos experimentados. Los facilitadores proveen también, si es necesario, de información sobre cuáles son las reacciones esperables ante situaciones similares y de estrategias para mejorar el bienestar emocional en las semanas siguientes, así como contactos, de ser necesario, para consultas individuales posteriores.

El objetivo del *debriefing* es tratar de reorganizar en grupo los hechos vividos para prevenir la aparición de síntomas psicológicos a corto, medio y largo plazo. En este sentido, tiene una función más educacional que psicoterapéutica. No se define como una psicoterapia ni como un grupo de autoayuda, sino como un espacio de ventilación y normalización.

DEBATE

Esta técnica se basa en la hipótesis de que es bueno hablar después de haber sufrido experiencias traumáticas o difíciles. Aunque esto pueda por lo general ser así, lo que no es tan claro es cuál es el momento ni con quien y si debe ser el entorno natural de la persona o un entorno grupal. Varias evaluaciones muestran que hablar sobre el hecho traumático inmediatamente después de él no siempre tiene el efecto deseado, ya que también implica un desgaste psicológico y, aunque pueda tener un efecto positivo en la salud física a largo plazo, puede

inducir un efecto negativo en el estado de ánimo y fisiológico inmediato.

Si bien inhibir lo que uno piensa es negativo, hablar en sí mismo de forma inducida no es necesariamente beneficioso. Ya se ha comentado además, que hay personas para las cuales lo traumático es inenarrable, que no pueden poner palabras al horror. Además, por último, puede haber muchas diferencias culturales en lo que resulta ser socialmente correcto respecto a la expresión de emociones tras una experiencia traumática.

Además de las anteriores, se han hecho las siguientes críticas (54):

- La inmediatez de la intervención hace que los participantes estén demasiado impresionados por el suceso como para ser receptivos.
- Se puede interferir con el proceso natural de recuperación de cada uno al distorsionar las defensas psicológicas propias que están empezando a ponerse en marcha.
- Al basarse en una sola sesión pueden abrirse heridas de las que luego no hay seguimiento.
- La negación – en aquellas personas que muestran esta actitud ante un hecho grave- no debe ser considerada necesariamente una muestra de que existan problemas. De hecho es un buen mecanismo de defensa para muchas personas.
- Realizado de modo indiscriminado (todos los presentes en el momento del hecho) hace que para algunas personas sea simplemente un espacio de un cierto morbo o de exhibicionismo, mientras que para otros hay en ese relato un riesgo elevado de traumatización vicaria.
- La mayoría de situaciones traumáticas de la vida real no están asociadas a hechos puntuales sino a estrés crónico repetido (guerra, violencia social o política, catástrofes repetidas en el tiempo...).

Focaliza sobre todo en los aspectos negativos «esperables» tras un trauma, teniendo poco en cuenta aspectos de crecimiento y de refuerzo de competencias.

Los estudios de revisión (54) concluyen que debe proscribirse el uso indiscriminado de técnicas de *debriefing* tras hechos traumáticos al no existir evidencias empíricas de su utilidad. La OMS recomienda que no se usen, y en su lugar propugna el uso de la Primera Ayuda Psicológica (55).

En otras palabras, es preferible bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos hasta que se den las condiciones en las que hablar es positivo. Éstas se dan cuando, por un lado, la persona considera que le puede ser útil rememorar los hechos de manera estructurada e integrar emociones y reevaluaciones,

- en un momento en el que le es posible tomar distancia psicológica y siempre que no se haga de manera repetitiva,
- cuando la persona desea hablar y se siente capaz porque se ha construido un vínculo de apoyo que permitirá acompañarle en el proceso de re-conceptualización de lo vivido.

En este sentido, organizarse en comités de emergencia o grupos de afectados puede ayudar a la gente a participar, resolver sus problemas y poder compartir sus experiencias, de una manera menos focalizada, con otras personas significativas.

GRUPOS DE PALABRA

Si el *debriefing* aplicado a población general no parece recomendable por las razones mencionadas más arriba, ¿tiene sentido algún otro tipo de intervención grupal en población general?

En la etapa inmediata, probablemente no. La necesidad de *contar* suele ser generalizada, pero los receptores de ese relato compartido deberían ser los espacios naturales de la persona.

Habitualmente una de cada tres personas no necesita compartir los hechos extremos para poder seguir adelante. Los dos tercios restantes suelen compartir los hechos un número limitado de veces con las personas de su entorno (56).

Pero hay un grupo de personas en las que este proceso natural no funciona:

- Personas con muy pocas redes sociales y que no tienen contacto suficiente con otros.
- Personas que tienen necesidad de seguir contando los hechos una y otra vez, bien porque son muy rumiadoras, bien porque hay algún aspecto que no pueden integrar, bien porque ha cambiado su modo de ver las cosas.
- Personas que necesitan volver sobre los hechos dolorosos o a exponerse nuevamente a situaciones que se asemejan a las que han vivido, en lo que clásicamente se llamaba «compulsión a la repetición» del hecho traumático.

Para estas personas que aun necesitan contar, generalmente la red de apoyo ya no está dispuesta a escuchar. Hay un *desgaste* del entorno, que suele estar entre la cuarta y sexta semana (en la etapa de adaptación sobretodo y en la de consolidación). Hay una *saturación* del oyente, que ya no quiere oír hablar más del tema.

Los grupos de palabra ofrecen espacios de compartir y procesar para estas personas que semanas después de los hechos aún tienen, por unas razones u otras, necesidad de contar. No sustituyen a los espacios naturales sino que ofrecen espacios alternativos saludables.

Pueden tener la forma de grupos de apoyo mutuo con o sin facilitador. Espacios informales de intercambio en el que las personas entran y salen según sus necesidades psicológicas, o espacios más formales que van desde los grupos de tiempo limitado (por ejemplo 10 sesiones), pero sin contenidos fijados de antemano, hasta los grupos psicoeducativos en las que hay una estructura de contenidos centrados en la idea de la introducción de pautas saludables a través del desarrollo de estrategias cognitivas, estrategias de mentalización o mindfulness, actividades de reconstrucción guiadas (por ejemplo elaborar y compartir de manera más o menos estructurada relatos escritos sobre los hechos) y otros.

Se trataría, por tanto, de retrasar la intervención dejando que la persona ponga en marcha sus recursos propios, que, en la gran mayoría de personas, serían suficientes para en dos o tres meses, integrar la experiencia. Y para las personas más afectadas, con dificultades o con necesidades mayores, hacer sesiones de ventilación grupal más específicas, contextualizadas y con la posibilidad de un seguimiento individual posterior.

El grupo como espacio narrativo de un hecho traumático compartido *en población general* está indicado cuando las personas demandan apoyo o reconocen la necesidad del mismo, por lo tanto están motivadas y necesitan hablar de lo ocurrido (sólo en casos muy extremos estaría indicado hacer la participación obligatoria); cuando no se da una respuesta de su medio habitual; y cuando se realiza un trabajo ordenado y sistemático de contextualización emocional.

IDENTIDAD Y GRUPOS

Uno de los temas más delicados en el trabajo con grupos es intentar que estos trabajen desde modelos positivos. Se entiende por modelo positivo aquel que:

- Pone el énfasis en la idea de superviviente más que en la de víctima.
- Pone el énfasis en los recursos psicológicos y comunitarios y las cosas que pueden hacerse más que en el recuento reiterado del daño y las fuentes de dolor.
- Fomenta la autonomía del paciente y evita cualquier referencia a que solo las víctimas «pueden entender» a las víctimas.
- Fomenta las actividades del grupo «normalizadas», es decir, con la sociedad en general y en espacios públicos en lugar de fomentar sólo las actividades internas del propio grupo considerando a éste el «espacio seguro» por excelencia, o las actividades reivindicativas en que el grupo se pone «en frente» de la sociedad.

El trabajo desde un enfoque no-positivo corre el riesgo de:

- Crear o consolidar identidades de víctima (ver ficha 0.3 y 3.2).
- Hacer una «guettificación» del grupo, es decir, un espacio de aislamiento más que de reconstrucción.

No es bueno prolongar en exceso los grupos o actividades nucleados alrededor de la noción de víctima, exceptuando aquellos que son claramente de motivación social y política, en el entendido que cualquier proceso de búsqueda de verdad o justicia puede tomar muchos años. Desde el punto de vista estrictamente psicológico la vinculación más intensa al principio y progresivamente más distanciada durante unos meses con contactos cada vez más periódicos parece la opción más razonable y con menos riesgo de re-victimización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurence R. Part I: Torture and mental health: a review of the literature. *Issues Ment Heal Nurs*. 1992;13:301–10.
2. Genefke I, Vesti P. Diagnosis of governmental torture. [Internet]. *Caring for victims of torture*. 1998. p. 43–59.
3. Pérez-Sales, Pau, Cervellón P, Vazquez C, Vidales D, Gaborit M. Post-traumatic Factors and Resilience: The Role of Shelter Management and Survivors' Attitudes after the Earthquakes in El Salvador (2001). *J Community Appl Soc Psychol*, [Internet]. 2005 [cited 2011 Sep 12];15:368–82.
4. IASC. Salud. Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias. Humanitarias y Catástrofe. 2009.
5. Damasio A. *Descartes' Error: emotions, reason and the human brain*. Grosset/Puttnam; 1994.
6. Damasio A. *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain* (trad cast: *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica, 2005). New York: Harvest Books; 2003.
7. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *J Consult Psychol*. 1952;16:319–24.
8. Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). New York: Wiley; 2013. p. 169–218.
9. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy (Chic)*. 2013 Dec;51(4):467–81.
10. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness

- of psychotherapy. Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley; 2004. p. 139–93.
11. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2001.
 12. Pérez Sales P (Ed). Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2006.
 13. Mannes Schmidt S, Griesse K, Shamloo S, Zimmerman C, Walker MD, Hernandez AM, et al. Evaluating psychosocial group counselling with afghan women: is this a useful intervention? *Torture* [Internet]. 2009;19:41–50.
 14. Kira IA, Ahmed A, Mahmoud V, Wasim F. Group therapy model for refugee and torture survivors. *Torture*. 2010;20:108–13.
 15. Mendelsohn M, Herman JL. The Trauma Recovery Group: A Guide for Practitioners. The Guilford Press; 2011.
 16. Campbell TA, Clay R, Vrana SR. Survey of National Consortium of Torture Treatment Program Therapists About the Assessment, Diagnosis, and Treatment of the Psychological Sequelae of Torture. *Traumatology*. 2012.
 17. Wessely S, Bryant RA, Greenberg N, Earnshaw M, Sharpley J, Hughes JH. Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress? *Psychiatry* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Nov 10];71(4):287–302.
 18. Kilpatrick DG, Cougle JR, Resnick HS. Reports of the death of psychoeducation as a preventative treatment for posttraumatic psychological distress are exaggerated. *Psychiatry* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Dec 9];71(4):322–8.
 19. Resnick H, Acierno R, Waldrop AE, King L, King D, Danielson C, et al. Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behav Res Ther* [Internet]. 2007 Oct [cited 2013 Dec 9];45(10):2432–47.
 20. Betancourt TS, Meyers-Oski SE, Charrow AP, Tol W a. Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harv Rev*

- Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 2];21(2):70–91.
21. Ortiz A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5; 2013.
 22. Ortiz A. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. In: Retolaza A, editor. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 179–94.
 23. Viñar M. Fracturas de la memoria. Trilce, editor. Montevideo; 1993.
 24. Lira E. Psicología de la amenaza política y el miedo. Santiago de Chile: LOM Editores; 1991.
 25. Martin-Baro I. Psicología social de la guerra. Trauma y terapia. El Salvador: UCA Editores; 1990.
 26. Vega, Rodríguez-Vega B, Fernandez-Liria A. Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión. Bilbao: Desclee de Brower; 2012.
 27. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclee de Brower; 2002.
 28. Pérez-Sales P, Eiroa-Orosa FJ, Olivós P, Barbero-val E, Fernández-liria A, Vergara M. Vivo Questionnaire: A Measure of Human Worldviews and Identity in Trauma, Crisis, and Loss—Validation and Preliminary Findings. J Loss Trauma [Internet]. 2012 May [cited 2012 Mar 26];17(3):236–59.
 29. Pennebaker JW. Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. Psychol Sci [Internet]. 1997 May 1 [cited 2013 Nov 10];8(3):162–6.
 30. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2nd ed. Guilford Press, editor. New York; 2010.
 31. Tol W, Barbui C, van Ommeren M. Management of Acute Stress , PTSD , and Bereavement WHO Recommendations. JAMA. 2013;310(5):8–9.
 32. Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness Meditation in Everyday Life. New York: Hyperion; 1994.
 33. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living (Trad cast: vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2003). New York: Bantan Dell; 1990.

34. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body (Trad cast: El trauma y el cuerpo. Bilbao: Desclee de Brouwer). New York: Norton; 2006.
35. Stern D. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton; 2004.
36. Janet P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Saguenay: Université de Québec à Chicoutimi; 1889.
37. Van der Hart, O., Van der Kolk, B. A., Boon, S., Bremner & M. Treatments of dissociative disorders. Trauma, memory and dissociation. New York: American Psychiatric Press.; 1998. p. 253–85.
38. Siegel DJ. The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Desclee de Brouwer.2007). New York: Guilford Press; 1999.
39. Worden JW. Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. (Third Ed). New York: Springer; 2000.
40. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. Rev Psicoter. 2002;12(49):95–112.
41. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. Intervenciones sobre duelo. In: Perez Sales P, editor. Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2006. p. 447–96.
42. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Terapia narrativa de la depresión basada en la atención plena. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2012.
43. Cienfuegos, J., & Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. Am J Orthopsychiatry. 1983;53:43–51.
44. Agger I JS. Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. . 3, 115-130. J Trauma Stress. 1990;3:115–30.
45. Frueh B. Procedural and Methodological Issues in Telepsychiatry Research and Program Development. Psychiatr Serv. 2000;51(12):1522–8.

46. Reese RJ, Conoley CW, Brossart DF. Effectiveness of Telephone Counseling: A Field-Based Investigation. *J Couns Psychol.* 2002;49(2):233–42.
47. Knaevelsrud C, Maercker A. Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cogn Behav Ther* [Internet]. 2010 Mar [cited 2012 Oct 29];39(1):72–7.
48. AETS. Las tecnologías de la información y comunicación en salud mental (Telepsiquiatría). Madrid; 2009.
49. Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can Telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments? A Review and Meta-Analysis of Comparison Studies. *CNS Spectr.* 2005;10(5):403–14.
50. Monnier J, Knapp R, Christopher B. Recent advances in telepsychiatry: an updated review. *Psychiatr Serv.* 2003;54(12):1604–12.
51. Shanks L, Ariti C, Siddiqui MR, Pintaldi G, Venis S, Jong K De, et al. Counselling in humanitarian settings : a retrospective analysis of 18 individual-focused non-specialised counselling programmes. *Confl Health* [Internet]. Conflict and Health; 2013;7(1):1.
52. Paul, KE VOM. A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention.* 2013;11(1):8–23.
53. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy. 2011;
54. Rose S, Bisson J WS. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Libr.* 2004;1.
55. WHO, Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, Visión Mundial Internacional. Primera Ayuda Psicológica. Guía para trabajadores de campo. 2012. 65 p.
56. Paez D. Psicología Social. Madrid: UNED; 2006.
57. Pulgar B. Víctimas del Terrorismo. 1968-2004. Madrid: Dickinson; 2004.
58. Carramolino M. Víctimas, procesos organizativos e identidad. Madrid; 2009.

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro 1. Definición de experiencia traumática y elementos clave.....	14
Cuadro 2. Evolución temporal de las reacciones ante una experiencia extrema e intervenciones indicadas en cada momento.....	23
Cuadro 3. Repertorio de intervenciones posibles por niveles.....	27
Cuadro 4. Ética, trabajo psicosocial y psicoterapia	31
Cuadro 5. Impacto de las experiencias potencialmente traumáticas en función del entorno	44
Cuadro 6. Conceptos clave en la actuación psicosocial: algunas preguntas.	49
Cuadro 7. Ejemplos de situaciones con trascendencia psicosocial no consideradas usualmente en contextos de crisis humanitarias.....	54
Cuadro 8. Intervenciones específicas y acompañamiento psicosocial	56
Cuadro 9. Intervenciones sugeridas por niveles. Quién puede desarrollar la intervención, objetivos y acciones clave.....	70
Cuadro 10. Intervenciones de primer y segundo nivel ¿A quién y cómo formar?	76
Cuadro 11. El proceso psicoterapéutico	81
Cuadro 12. Lista secuencial de factores terapéuticos comunes a las psicoterapias.....	91
Cuadro 13. Objetivos y tareas de la fase de indicación	92
Cuadro 14. Objetivos y tareas de la fase inicial	93
Cuadro 15. Aspectos a considerar en el contrato en psicoterapia	94
Cuadro 16. Propiedades de la pauta problema.....	96
Cuadro 17. Perspectivas desde las que puede construirse la pauta.....	97

Cuadro 18. Preguntas que permiten decidir desde qué perspectiva trabajar con un determinado paciente.....	99
Cuadro 19. Objetivos y tareas de la fase de terminación	100
Cuadro 20. Recursos resilientes en el trabajo con grupos y comunidades en situaciones de violencia.....	124
Cuadro 21. Talleres comunitarios con especial impacto psicosocial	126
Cuadro 22. Tipos de dinámicas en el trabajo psicosocial y comunitario – Dinámicas no formales	130
Cuadro 23. Dinámicas para el trabajo en memoria histórica.....	135
Cuadro 24. Principios del PAP	145
Cuadro 25. Lo que debe y lo que no debe hacerse al usar PAP.....	146
Cuadro 26. Estrategias de afrontamiento desde una mirada transcultural	201
Cuadro 27. Ventajas e inconvenientes del trabajo con sanadores tradicionales.....	204
Cuadro 28. Psicoeducación I. Ejemplo de información no centrada en síndromes.	213
Cuadro 29. Psicoeducación II. Ejemplo de consejos positivos. Manejo emocional inmediato del trauma	214
Cuadro 30. Psicoeducación III. Ejemplo de consejos para el manejo emocional a medio término de las vivencias postraumáticas	215
Cuadro 31. Psicoeducación- IV. Ejemplo de intervención psico-educativa con víctimas de violencia sexual.	216
Cuadro 32: Mapa psicoterapéutico de la indicación de no tratamiento.....	224
Cuadro 33. Mapas identitarios en personas desplazadas por violencia en Colombia.....	236
Cuadro 34 Elaboración del mapa identitario usando círculos..	238
Cuadro 35. Modelo de exploración sistemática de emociones y su conexión con la identidad y la narrativa actual del paciente	247
Cuadro 36. Ejemplo de trabajo con seguridad y amenazas: acompañamiento terapéutico a persona amenazada por su trabajo como activista de derechos humanos.	254
Cuadro 37. Ejemplos de estrategias individuales en persona amenazada por su trabajo como activista de derechos humanos.	255
Cuadro 38. Ejemplos de estrategias contextuales en persona amenazada por su trabajo como activista de derechos humanos.	255
Cuadro 39. Manejar el resentimiento hacia el agresor.....	257

Cuadro 40. Atribuciones de ira y rabia. Vías terapéuticas.....	261
Cuadro 41. Escribir sobre la experiencia traumática.	280
Cuadro 42. Creación de espacios seguros.	282
Cuadro 43. Técnicas de exposición a imágenes o secuencias.	283
Cuadro 44. Exposición a elementos intrusivos de la experiencia traumática de tipo cognitivo.	284
Cuadro 45. Manejo cognitivo-conductual de las pesadillas.....	287
Cuadro 46. Control de síntomas disociativos.....	293
Cuadro 47. Mitos y realidades en el proceso de duelo.	302
Cuadro 48. Tareas del trabajo de duelo y ejemplos de manifestaciones de que la tarea está en curso.....	305
Cuadro 49. Principios para el trabajo en situaciones de duelo	306
Cuadro 50. Esquema para la intervención con personas que están atravesando por situaciones de duelo	308
Cuadro 51. Estrategias para el trabajo en situaciones de duelo	309
Cuadro 52. Técnicas para el trabajo en situaciones de duelo	312
Cuadro 53. Modelos de multiplicación en NET	367

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Intervenciones con impacto emocional desde un marco de trabajo psicosocial y comunitario	18
Ilustración 2. Visión de conjunto de las herramientas por niveles de intervención	19
Ilustración 3. Niveles de intervención - organización funcional	20
Ilustración 4. Historia natural del trauma y el duelo	23
Ilustración 5. Factores responsables de la eficacia de la psicoterapia.....	90
Ilustración 6. Elementos para una psicoterapia en situaciones extremas	105
Ilustración 7. Intervención en crisis desde una óptica comunitaria.....	122

ÍNDICE GLOBAL.

PARTE I. MARCO GLOBAL

CAPITULO 1. INTRODUCCION. ¿CÓMO ENCAJAN LAS INTER- VENCIONES PSICOLÓGICAS INDIVIDUALES Y LA PSICOTERA- PIA EN UN MODELO PSICOSOCIAL Y COMUNITARIO? 7

Preguntas previas frecuentes 11

CAPITULO 2. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN 15

Niveles de intervención..... 15

Herramientas por niveles: visión de conjunto..... 22

Criterios de intervención 22

Consideraciones sobre ética, trabajo psicosocial y
psicoterapia en contextos de violencia..... 27

Buscar el nivel de intervención óptimo para cada persona. 31

Anexo 1. Entrevista de planificación terapéutica. 34

Anexo 2. Lista de comprobación de elementos
clave para asignación de nivel óptimo de
intervención 38

PARTE II. PAUTAS DE INTERVENCION POR NIVELES

CAPITULO 3. NIVEL I: INTERVENCIÓN COMUNITARIA..... 43

Crear entornos que permitan la elaboración y no cronifiquen el trauma	43
Conceptos clave en la actuación psicosocial.	45
Pautas para la actuación psicosocial.....	50
Aspectos de la actuación en crisis humanitarias con implicaciones psicosociales	52
Acciones de fortalecimiento comunitario	53
Consideraciones metodológicas al desarrollar trabajo comunitario.....	56
Apoyo emocional: intervenciones de carácter específico que integran lo individual y lo comunitario.....	58
Trabajo emocional a través de los procesos colectivos.	58

CAPITULO 4. INTERVENCIONES DE PRIMER NIVEL:APOYO Y ESCUCHA EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA BÁSICA. ... 61

Primer apoyo psicológico	61
Escucha empática o escucha activa.....	63

CAPITULO 5. INTERVENCIONES DE SEGUNDO NIVEL: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA FOCAL DE APOYO Y ASESORAMIENTO 65

Terminología y definición.	66

Habilidades de entrevista necesarias para realizar consejería	68
Intervenciones focales. Asesoramiento por problemas.	68
Asesoramiento por fuentes de autoridad y trabajo con sanadores tradicionales.....	67
Comunicar malas noticias.....	74
Psicoeducación	75
 CAPÍTULO 6. INTERVENCIONES DE TERCER NIVEL: INTER- VENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.	79
 Concepto de psicoterapia.....	79
El desarrollo de una intervención psicoterapéutica.	91
Psicoterapia de situaciones traumáticas: elementos nucleares para la intervención.....	101
Trabajo en duelo.	105
 CAPITULO 7. INTERVENCIONES Y PROGRAMAS ESPECÍFI- COS.....	107
 Acompañamiento psico-jurídico y entrevista de testimonio	107
Programas de autocuidado.	108
 CAPITULO 8. INTERVENCIONES ADAPTADAS A COMUNIDA- DES CON DIFÍCIL ACCESO.	109
 CAPITULO 9. TÉCNICAS TERAPEÚTICAS QUE REQUIEREN DE FORMACIÓN ESPECÍFICA.	III
 CAPITULO 10. EL TRABAJO GRUPAL EN CONTEXTOS TRAU- MÁTICOS	II3

PARTE III. FICHAS DE TRABAJO

NIVEL 1. INTERVENCIONES DE ÁMBITO GENERAL. II7

Ficha 1.1 Intervención en crisis. Organización de la respuesta colectiva.....	119
Ficha 1.2. Talleres comunitarios. Procesos de reflexión-acción.	123
Ficha 1.3. La memoria colectiva como herramienta psicosocial.....	131
Ficha 1.4 Trabajo con organizaciones de víctimas.....	138

INTERVENCIONES DE APOYO EMOCIONAL EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....I4I

Ficha 1.5. Primera ayuda psicológica (p.A.P.).....	143
Ficha 1.6. Habilidades de escucha activa o escucha empática.	148

NIVEL 2. INTERVENCIONES FOCALES. I59

Ficha 2.1. Habilidades básicas de entrevista para consejeros o terapeutas	161
Ficha 2.2. Intervenciones focales. Asesoramiento o consejería por problemas.	175
Ficha 2.3. Asesoramiento por fuentes de autoridad	189
Ficha 2.4. Trabajo con sanadores tradicionales	193
Ficha 2.5 Comunicar malas noticias	205
Ficha 2.6 Actividades de psico-educación.....	212
Ficha 2.7 . Técnicas de respiración y relajación. Trabajo con el cuerpo	218

NIVEL 3. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA. 22I

Ficha 3.0. Indicación de no tratamiento	223
Ficha 3.1. Habilidades de entrevista para el trabajo en psicoterapia.....	225
Ficha 3.2. Trabajo terapéutico con la identidad.....	231
Ficha 3.3. Trabajo con las emociones	240
Ficha 3.4. Trabajar terapéuticamente con la tristeza y las narrativas de suicidio.	248
Ficha 3.5. Trabajar terapéuticamente con el miedo en contextos de violencia.	251
Ficha 3.6. Trabajar con emociones de agresividad, impotencia o rabia.....	256
Ficha 3.7. Trabajar con las emociones de culpa y vergüenza.	264
Ficha 3.8. Trabajar con el sistema de creencias	274
Ficha 3.9. Narración y trauma	278
Ficha 3.10. Tratamiento sintomático de síntomas intrusivos: imágenes vividas y rememoraciones angustiantes.	281
Ficha 3.11. Tratamiento sintomático de pesadillas.....	286
Ficha 3.12. Manejo de síntomas inexplicados y somatizaciones.	288
Ficha 3.13. Trabajo con síntomas disociativos.	291
Ficha 3.14. Trabajo con la conciencia: mindfulness o atención plena.....	294
Ficha 3.15. Acompañamiento en el trabajo de duelo.....	301
INTERVENCIONES Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS.	315
Ficha 4.1 Acompañamiento psicojurídico.	317
Ficha 4.2. Entrevista de testimonio: narración de hechos	318
Ficha 4.3. Cómo enfocar el impacto psicosocial en las personas y los equipos.	322

INTERVENCIONES ADAPTADAS A COMUNIDADES CON DIFÍCIL
ACCESO. 325

Ficha 5.1. Intervención de apoyo telefónico en crisis.....327

Ficha 5.2. Tele-psiquiatría. Videoconferencia y programas voip. 341

Ficha 5.3. Psicoterapia de único contacto:
walk-in-therapy. 346

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS QUE REQUIEREN FORMACIÓN ES-
PECÍFICA. 351

Ficha 6.1. Terapia basada en la mentalización 353

Ficha 6.2. Modelos de procesamiento acelerado de
información: EMDR..... 358

Ficha 6.3. Exposición prolongada al relato traumático
- narrative exposure therapy (NET)..... 362

ESTRATEGIAS DE TRABAJO GRUPAL..... 367

Ficha 7.1. Entrevista de procesamiento emocional o
debriefing en población general de afectados 368

Ficha 7.2. Grupos de ventilación o debriefing con
equipos de trabajo. 372

BIBLIOGRAFÍA 348

ÍNDICE DE CUADROS..... 383

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES..... 386

ÍNDICE GLOBAL. 387

ESTE LIBRO FUE IMPRESO EN LA CIU-
DAD DE BOGOTÁ A FINALES DEL
MES DE OCTUBRE DE 2015