

Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático

J. Cano Valero*, F. J. Gala León**, M. Lupiani Giménez***, C. Guillén Gestoso****, J. M. Roa Venegas*****, N. Lupiani Cerdeira*****

Psiquis, 2004; 25 (1): 4-11

Resumen

Vivimos en una sociedad de riesgo creciente en la que los desastres y catástrofes van a ser cada vez más frecuentes y masivos, requiriendo una intervención interdisciplinaria especialmente psicológica y psiquiátrica, dadas las consecuencias psicopatológicas en las víctimas de estos eventos, en sus familias e, incluso, en los profesionales y voluntarios que intervengan.

En este marco, tras analizar genéricamente los grandes cuadros sindrómicos que pueden generar las catástrofes y desastres, presentamos una revisión en profundidad del Síndrome del Estrés Postraumático, conceptualizándolo y describiendo su psicopatología, incidencia y factores de vulnerabilidad etiológicos exponiendo, asimismo, su evolución, pronóstico y tratamiento, apelando a la intervención psicológica precoz en estos casos, todo ello con un tono que no debe ser totalmente de tragedia, puesto que la aplicación a estos casos del nuevo concepto de RESILENCIA, con sus componentes, nos trae una luz de esperanza.

Palabras clave: Catástrofes y desastres. Psicopatologías en catástrofes y desastres. Intervención en catástrofes y desastres. Síndrome de estrés postraumático.

Abstract

Psychopathological consequences in catastrophes and disasters: The post traumatic stress syndrome

We live in a society of growing risk in which disasters and catastrophes will be increasingly more frequent and massive, requiring an interdisciplinary intervention, especially psychological and psychiatric, given the psychopathological consequences of these events on victims, their families, and even on the professionals and volunteers that intervene. In this framework, after generically analyzing the large symptomatic display that catastrophes and disasters can generate, we present a deep revision of the Post Traumatic Stress Syndrome, conceptualizing it and describing its psychopathology, incidence and factors of etiological vulnerability; presenting, also, its evolution, prognostication and treatment, appealing to early psychological intervention in these cases; all with a tone that should not be totally tragic, given that the application to these cases of the new concept of RESILIENCY, with its components, brings us a ray of hope.

Key words: Catastrophes and disasters. Psychopathologies in catastrophes and disasters. Intervention in catastrophes and disasters. Post traumatic stress syndrome.

* Profesora de Psiquiatría Forense. Instituto de Criminología. Universidad de Cádiz (UCA).

** Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. UCA.

*** Profesora Titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. UCA.

**** Catedrático de Psicología Social. UCA.

***** Profesor Asociado de Psicología Evolutiva. UGR.

***** Investigadora del Grupo.

Grupo investigador en Psicología de la Salud. (PAI -386- CTS)

*Acuérdate de conservar la mente serena
en los acontecimientos graves.*
Horacio

Introducción

La humanidad ha estado siempre expuesta a continuos desastres y catástrofes, naturales o provocadas, que –incluso– han llegado a cambiar el devenir de la historia; pero, ahora, tanto por el desarrollo tecnológico cuanto por el hacinamiento humano –entre otras concausas– vivimos en una sociedad de *riesgo creciente* (1), en la que las catástrofes y desastres van a ser cada vez más frecuentes y masivos y van a requerir una intervención interdisciplinaria (especialmente psicológica y psiquiátrica) para prevenirlos, ayudar a las víctimas y a sus familias e, incluso, a los profesionales y voluntarios que intervengan en ellos (2).

En efecto, al margen de la provisión de refugios, alimentos, ropa y primeros auxilios (3), hoy no se concibe una prevención/intervención ante estos fenómenos sin una perspectiva biopsicosocial que conlleva indefectiblemente a una *actuación/intervención psíquica profesional*. Los datos cantan: entre un 15% y un 25% de las personas expuestas a hechos traumáticos de esta índole necesitarán una asistencia especializada por problemas psicológicos (4), evidenciándose, además, un aumento de un 17% –según estimaciones conservadoras– de las psicopatologías previas (5). Como marco de fondo recordemos que al día mueren en el mundo en torno a unas 500.000 personas, de las que casi un 20% lo hace por eventos desastrosos (guerras, accidentes, hambrunas, cataclismos naturales, etc) lo cual supone unas 100.000 al día y totaliza unas 36.500.000 al año (6)... Todo ello sin olvidar la necesidad de la formación y apoyo psicológico a los trabajadores y/o voluntariado que interviene en tan infaustos eventos, como nos indica el Informe Mundial sobre Desastres del año 1996, de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna (“es común que los socorristas sufran desmesuradamente debido al impacto psicológico recibido (...) –por ello– se requerirá apoyo para aquellos que participan en el rescate, la recuperación y socorro. El apoyo psicológico, tanto para las víctimas cuanto para los trabajadores, debe estar integrado en las actividades generales de recuperación después de los desastres. A todos los trabajadores debe dárseles la oportunidad de recibir atención emocional durante su trabajo y al final de su tarea”).

No cabe duda de que las características concretas del evento (según su etiología, cualidades y curso, tipo, ámbito y grado de impacto personal (7) influyen mucho en las reacciones de los sujetos, pero, pese a ello, podemos establecer aspectos psicológicos comunes tanto durante como después del desastre (8).

Durante: sentimientos de intenso malestar, inquietud, desamparo e indefensión. Miedo a perder la propia vida y/o la de los seres queridos. Predominio emocional en deterioro de lo racional. Sentimientos de solidaridad y empatía.

Después: ansiedad anticipatoria. Búsqueda errática y compulsiva de seres queridos e intento de recuperar la unidad familiar. Tensión contenida hasta obtener datos concretos. Alteraciones en el sueño y en la conducta alimentaria (incluso durante semanas). Imperiosa necesidad de contar una y otra vez la experiencia vivida. Atribuciones de control externo atribuyendo lo ocurrido a algo externo a uno mismo (naturaleza, autoridades, azar). Solidaridad y empatía.

Pero, al margen de esas respuestas psicológicas comunes y normales también son destacables las *consecuencias psicopatológicas* que siguiendo a la OMS (9) aglutinamos en tres grandes cuadros sindrómicos: el síndrome del estrés postraumático, el síndrome de aflicción por catástrofe y el síndrome del superviviente.

El *síndrome del estrés postraumático*, idéntico al *trastorno por estrés postraumático* del DSM-IV-TR (10) es el de mayor prevalencia, así como el más descrito y estudiado, y a él le dedicamos el núcleo del presente trabajo.

El *síndrome de aflicción por catástrofe* aparece no ya en las víctimas directas del desastre (como en el caso anterior), sino en las personas que han sufrido pérdidas de seres queridos o bienes en tales sucesos, aunque no estuvieran allí o no fueran testigos de la desgracia (11). Sus síntomas característicos suelen ser: dolor por la pérdida que puede dar pie a ira, tristeza, ansiedad, preocupación obsesiva, sensación prolongada de pesadumbre. Conductas regresivas y aumento de la dependencia. Aislamiento y apatía. A veces, depresión.

El *síndrome del superviviente* suele aparecer en los que habiendo sufrido un desastre, resultan más o menos ilesos. Es frecuente que aparezcan sentimientos de culpa e ideaciones obsesivas del tipo ¿por qué no yo? (12). Los principales síntomas son: irritabilidad, ira, agresividad (que pueden llevar a conductas psicopáticas, como en los excombatientes). Desórdenes psicofisiológicos (hipertensión, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc...). De

hecho, los porcentajes de mortalidad aumentan en estos sujetos, especialmente en el año siguiente al suceso.

Concepto

Pese a la tríada sindrómica comentada anteriormente, la psicopatología derivada del impacto de esos acontecimientos, que suponen un peligro para la integridad –física o psíquica– del sujeto, puede ser tan variada como la misma patología psiquiátrica (13): episodios depresivos, trastornos de ansiedad, desarrollos anómalos de la personalidad, consumo de alcohol y drogas, disfunciones sexuales...podrían tener su origen en la experiencia de un acontecimiento traumático. Pero, como hemos dicho, es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP*) la entidad diagnóstica que recoge el cuadro clínico característico de las víctimas de experiencias amenazantes.

El TEP es un trastorno de ansiedad que aparece tras haberse vivido un acontecimiento vital estresante fuera del marco habitual de las experiencias humanas. En un principio, se consideraba que sólo se desarrollaba en víctimas de situaciones bélicas y de catástrofes, pero hace algunos años que se observó que el cuadro clínico del TEP aparecía también en víctimas de malos tratos y de abusos sexuales (14) que, a la postre, no dejan de ser desastres o catástrofes aunque individuales y personales.... y es que todos los acontecimientos que se definen como *traumáticos* impactan sobre el psiquismo del individuo y dejan una impronta, una huella sobre su biografía. Es esta vivencia del acontecimiento la que marca la cualidad de *traumático*, no el acontecimiento en sí. Aquí radica una de las principales controversias actuales sobre el TEP: no hay *acontecimientos traumáticos* en sí mismos, sino *experiencias traumáticas* (en la línea de las aportaciones del modelo de la conceptualización y percepción del estrés (15)).

Pese a ello, algunos expertos apoyan la consideración de criterios amplios para su diagnóstico y otros siguen la tendencia de considerar sólo como causas desencadenantes las grandes catástrofes o la violencia extrema (16). Pero lo que ocurre a partir del momento en que la situación traumática se experimenta, sólo podremos entenderlo desde una

postura integracionista (17), en la interacción acontecimiento-sujeto-medio. Todo va a depender, por tanto, de tres variables básicas (18):

- a. El acontecimiento en sí y sus características;
- b. La personalidad de la víctima y su vulnerabilidad;
- c. El apoyo sociofamiliar y el medio donde se desenvuelva

Las primeras descripciones científicas de cuadros clínicos secundarios a experiencias extremas datan de la segunda mitad del siglo XIX y fueron referidas a accidentes ferroviarios. Posteriormente, se calificaron como *neurosis traumáticas* (1884) o *neurosis de guerra* (1916), las diversas manifestaciones clínicas que presentaban los soldados supervivientes de la Gran Guerra. Importantes psiquiatras de la historia fueron aportando observaciones al hecho de que una vivencia emocional traumática provocara diversos estados mentales patológicos y dificultades para funcionar normalmente (19); así se describió la *neurosis de renta* (1920) y la reacción de *estrés al combate* (1948), llegándose a hablar incluso de *fobia de la memoria* por la incapacidad de las víctimas y supervivientes para narrar lo ocurrido. También se observaron las devastadoras experiencias de los campos de concentración (personas psicológicamente muertas por la anulación y el terror tal y como nos describió V. Frank (20) siendo clásicos los estudios del profesor Eitinger, en los años 50, que fue uno de los pocos supervivientes de Auschwitz. En los últimos años se definen consecuencias psicopatológicas de otros traumas como el *síndrome postviolación* (1974) y el *síndrome de Estocolmo* (1973) (21). Es en 1980 cuando bajo el nombre de Trastorno por Estrés Postraumático aparece, por primera vez, en la clasificación de los trastornos mentales publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III). Se incluye este epígrafe como resultado del interés clínico y epidemiológico suscitado por las secuelas psicotraumáticas de los veteranos de la guerra del Vietnam y de otras situaciones de violencia. La O.M.S., en su Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), reconoce, además, la existencia de una Transformación Persistente de la Personalidad tras una experiencia catastrófica (epígrafe F62.0) (22).

Psicopatología

Es bien sabido que cuando el organismo percibe el peligro desarrolla una reacción psicofisiológica como respuesta básica ante el estrés. Tras la expo-

* En la bibliografía, tanto se recogen las siglas TEP como TEPT para referirse al Trastorno por Estrés Postraumático.

sición a un acontecimiento traumático, la persona puede experimentar ansiedad, síntomas disociativos o de otro tipo, en los días o en el mes siguiente. Aparece una sensación de aturdimiento, de desrealización y de despersonalización, se reexperimentan las sensaciones desagradables y se evitan estímulos que recuerden al suceso. La vida social y laboral normal está dificultada. Se trata de un *trastorno por estrés agudo*, pero si esta situación no se resuelve y persiste más de un mes estaremos ante un *trastorno por estrés postraumático* (TEP).

El efecto del pánico sobre el cerebro y del estrés extremo, máxime si es un cerebro infantil, provoca cambios funcionales y hasta estructurales que pueden llegar a ser irreversibles. El TEP tiene un sustrato biológico diferente al del estrés: mientras que la respuesta básica al estrés nos prepara para la lucha o la huida (aumento de catecolaminas), en el TEP la situación sobrepasa la capacidad de respuesta (hay un hipocortisolismo). La vivencia del acontecimiento se refleja en las áreas cerebrales de la afectividad y la conducta relacional como son el hipocampo y el locus ceruleus. En ellas se detecta una hiperactividad noradrenérgica (que dificulta la memoria) y un incremento de las citoquinas (células relacionadas con la inflamación) que va a alterar la neurotransmisión disminuyendo los factores neurotróficos relacionados con el crecimiento celular. En niños traumatizados y en veteranos de Vietnam se ha observado una disminución de receptores alfa2 adrenérgicos y una disminución de volumen del hipocampo de hasta un 5-10%. Técnicas de neuroimagen ponen de manifiesto una disminución del flujo en la corteza frontal izquierda (23) y, en general, una afectación de los circuitos implicados en las emociones y la memoria (estructuras límbicas, paralímbicas y prefrontales) (24).

Es por eso por lo que, a partir de la vivencia traumática, aparece una variada sintomatología muy característica. El terror y el malestar sufrido se reexperimentan en forma de recuerdos desagradables, sueños y pesadillas y aparecen sensaciones súbitas como si se viviese de nuevo la experiencia (*flashback*). Igualmente se produce malestar ante situaciones que simbolizan o recuerdan el acontecimiento sufrido, por lo que se tienden a evitar todos los estímulos que lo recuerden. La ansiedad se evita de forma patológica por medio de la represión (olvido inconsciente) o por retraimiento (pérdida de interés por las relaciones sociales y por las ocupaciones habituales). También hay síntomas persistentes de aumento de la activación e incremento del arousal como son: insomnio, irritabilidad, dificultad de concentración, respuesta de alarma exagerada y

reactividad fisiológica en la exposición a símbolos o recuerdos.

El diagnóstico clínico incluye, por tanto, los siguientes criterios (25):

- A. Exposición a un acontecimiento amenazante o que produce intenso temor.
- B. Reexperimentación del acontecimiento.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados.
- D. Incremento de la activación.

Puede presentarse en forma *aguda*, *crónica* –cuando dura más de tres meses– o *demorada*, cuando los síntomas no surgen hasta que han pasado como mínimo 6 meses desde el acontecimiento traumático.

El TEP es un trastorno que, al igual que otros de ansiedad, puede solaparse con otros cuadros clínicos (26). Es un diagnóstico con una comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de más del 80% en las mujeres y de más del 70% en los varones, existiendo, asimismo, una asociación clínica muy relevante entre el TEP y el abuso de sustancias (patología dual), siendo el TEP un factor de riesgo para el consumo de sustancias en los adultos en general y en los adolescentes en particular.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo principalmente con la simulación, dado que es un problema con muchos síntomas subjetivos, del que se derivan reclamaciones y problemas forenses (27).

Incidencia. Vulnerabilidad y resiliencia

Como en todo fenómeno de estrés, por un lado está el acontecimiento y, por otro, el sujeto y su especial vulnerabilidad. El acontecimiento, como se ha visto, tiene que ser suficientemente intenso como para que la persona experimente un encuentro con la muerte, se enfrente a su autodestrucción y vivencie el terror o la impotencia de ser inevitable la situación catastrófica. Se experimenta la incapacidad para defenderse y se sobrepasan las defensas psicológicas y biológicas. Pero también es posible que el acontecimiento objetivamente no sea tan intenso –por ejemplo un accidente de tráfico de consecuencias leves, un intento de agresión sexual, etc.–. Pero que se experimente como devastador por cogniciones de pánico o fantasías terroríficas, (es decir, que el peligro sea subjetivo) (28).

La sintomatología que hemos visto es derivada de la *ansiedad por disrupción*, conceptualización que se refiere al impacto del mundo externo sobre el psiquismo, provocando la ruptura de la biografía de la estabilidad y de la armonía existente hasta

ese momento. La historia de ese sujeto se convierte en un *antes y un después del acontecimiento* (29). Con una readaptación muy difícil o imposible, teniendo en cuenta, además, que la evitación le llevará a rehuir el contacto terapéutico con otras personas y profesionales.

Ahora bien, pese al modelo transaccional situación/sujeto, ante eventos suficientemente intensos, la incidencia es elevadísima: en un metaanálisis realizado en EE.UU sobre una muestra de 50.000 personas afectadas por 80 acontecimientos diferentes, se confirmó que en un 74% las víctimas de desastres sufren problemas psicológicos específicos (30).

Las observaciones sobre incidencia en distintas poblaciones demuestran que (31):

– Un 15% de los veteranos del Vietnam sufre TEP después de 20 años, el 23% de los adolescentes americanos ha sufrido agresiones físicas o sexuales graves y uno de cada 5 desarrolló TEP; asimismo, un 9% de la población urbana lo sufre. Por otro lado, padece TEP un 15% de los pacientes psiquiátricos internados (32).

Después de los atentados del 11 de septiembre, un 17,2% de la población de Manhattan presentó síntomas constantes de TEP o de depresión (33). Casi una tercera parte (32,98%) de los policías españoles que fueron expuestos a un suceso traumático (atentado terrorista, tiroteo, secuestro, etc.) durante 1990 también sufrió TEP (34).

En los niños, las cifras son más alarmantes porque el impacto, lógicamente, es más devastador. Se calcula que el 100% de los niños que han presenciado el homicidio de alguno de sus padres o el 90% de los abusados sexualmente presentará un TEP, siendo las reacciones tanto más graves cuanto lo sean la exposición a la amenaza, el historial de otros traumas anteriores y la psicopatología de los padres (35). Variables que, junto a la psicopatología previa, definen la mayor vulnerabilidad o el mayor riesgo de padecer el trastorno.

La situación de los familiares de las personas afectas de TEP es calificada por los expertos como *victimización secundaria* (36). Hijos y parejas sufren la influencia del trastorno sobre las relaciones familiares e interpersonales. El enfermo se puede mostrar desapegado, centrado en sus experiencias, aislado, intolerante, sumamente irritable, con dificultades sexuales y evitando el contacto interpersonal, conformándose unas pautas de relación nefastas que pueden "contagiarse" y generalizar la tensión y la ansiedad en el ambiente familiar. Las pruebas del impacto transgeneracional son elocuentes: hasta un 80% de los afectados muestra, por ejemplo, violen-

cia verbal contra los niños porque les molestan y les irritan; en hijos de supervivientes del holocausto nazi se encontraron síntomas de estrés postraumático, incremento de la vulnerabilidad y un mayor nivel de ansiedad que en la población general. Los más dañados secundariamente (37), parecen ser los hijos de sujetos con TEP que han perdido el padre nutritivo y conviven con el rencor y el resentimiento.

Pero aquí precisamente es donde entra con luz esperanzadora el concepto de *resiliencia* que hace hincapié sobre este aspecto (el término, tomado por B. Cyrulwik de la mecánica, significa "propiedad de la materia que se opone a la rotura"): es posible ser un adulto responsable y maduro aunque se hayan vivido en la infancia situaciones catastróficas (38), siempre que a ese niño alguien de su entorno le haya proporcionado un vínculo afectivo. Son recursos de la resiliencia las relaciones afectivas, la fantasía, el humor, la creatividad y la posibilidad de escenificar o representar el acontecimiento.

El medio también puede estar distorsionado por el horror o por el miedo, pudiendo haber una reacción grupal y colectiva masivamente patógena (39). Cuando hay un contexto agresivo, la relación afectiva previene el daño, cuando hay comunicación e intimidad sexual las consecuencias del trauma son menores. La libre expresión de sentimientos es un remedio eficaz contra el estrés que no hay que inhibir aunque tampoco forzar; hay familiares que prefieren no hablar del tema mientras otros interrogan pidiendo detalles. Los estudios actuales enfatizan la comunicación y la atención a la unidad familiar afectada, como así lo realiza en nuestro país la asociación Víctimas del Terrorismo (Proyecto Fénix) (40).

Evolución, pronóstico y tratamiento

La desdicha es grande, pero el hombre es aún más grande que la desdicha.

Tagore

Pero, posiblemente, sea en el pronóstico y en la evolución del cuadro clínico donde ese tercer elemento condicionante de la respuesta intervenga de una forma más decisiva: el ambiente donde ha de recuperarse el sujeto. Tanto en la Psicología de la Salud como en la Psiquiatría en particular, actualmente se tiene muy en cuenta el apoyo social, por la influencia que la calidad de las relaciones humanas tiene sobre la salud, la mortalidad, la presencia de sintomatología psiquiátrica y el ajuste emocional al estrés (41). Por otra parte, también está demos-

trado que el asesoramiento inmediato a las víctimas disminuye la incidencia de patología (42) y que la asistencia precoz reduce los síntomas posteriores (43). La importancia del entorno es tal que, por ejemplo, se sabe que los veteranos del Vietnam sufrieron mayor patología que los supervivientes de la guerra del Líbano, porque los norteamericanos volvieron como perdedores de un conflicto bélico impopular por inútil y sangrante. mientras que los soldados israelíes fueron recibidos como triunfadores de una lucha por la liberación de su país (44).

No hay, pues, un curso natural ni típico del estrés postraumático. La clasificación –antes mencionada– según la evolución como agudo, crónico o de inicio retrasado, se ve desbordada por algunos estudios en los que se constata la aparición de hasta diez patrones diferentes de curso (agudos-recurrentes, crónicos-persistentes, persistentes retardados...) (45). Parece que la evolución de inicio retardado es más frecuente que la aguda, sobre todo en personas con mayor exposición al trauma.

La muestra de los pacientes que acuden a estudio y atención no es significativa ni puede ser representativa porque muchas personas con TEP no buscan tratamiento; esa es la primera dificultad para tratarlos (46). Si se logra acceder a ellos, la segunda dificultad es la de que puedan hablar: poder poner palabras al sufrimiento. Las limitaciones para poder expresar lo vivido son tremendas; pueden transcurrir meses de sesiones de terapia para que la persona cuente el acontecimiento traumático.

El tratamiento que se recomienda en los pacientes con síntomas leves de TEP es tan sólo psicoterapia; sólo en los pacientes más graves o cuando coexiste con otro trastorno psiquiátrico (comorbilidad) se prescribe el tratamiento farmacológico como de primera línea (47). La farmacoterapia actuaría como coadyuvante y facilitadora del tratamiento psicológico. La psicoterapia llevaría como objetivo evitar la desestructuración de la personalidad y favorecer la respuesta activa ante el fenómeno de ruptura de la continuidad biográfica (48).

Se han utilizado muchos psicofármacos en el tratamiento del TEP (49), considerándose eficaces y de primera línea los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, tales como la nefazodona y la venlafaxina. Estos fármacos actuarían sobre los tres grupos de síntomas: la intrusión, la evitación y el incremento del arousal, independientemente de su acción antidepresiva. Actualmente solo hay un fármaco, la sertralina, aprobado por la Food and Drug Administration para el tratamiento del TEP (50) del que se han estudiado específicamente sus efectos en poblaciones

afectas (51). No se aconseja el uso de tranquilizantes e hipnóticos, o se considera sólo su uso restringido o puntual, por el elevado riesgo de crear adicciones y dependencias.

Junto a ello, la terapia cognitivo conductual es la que ofrece garantía de resultados para corregir las dos cogniciones erróneas en el TEP, a saber (52):

1. El mundo es un lugar peligroso, ningún lugar es seguro, y
2. Soy una persona incompetente.

Junto a ello, técnicas de exposición a recuerdos y a situaciones que disparen el miedo y que habitualmente se esquivan, combinadas con entrenamiento en relajación, respiración, autodiálogo, habilidades sociales y técnicas de distracción, son intervenciones que se han aplicado tanto a veteranos del Vietnam como a víctimas de violación, con cierto éxito.

Otro tipo de intervenciones psicoterapéuticas de demostrada eficacia son las terapias narrativas, que aplicadas por expertos permite un abordaje más "optimista". Según la directora de la Unidad de Tratamiento de TEP del Ministerio de Defensa de Israel, la Dra. Yaffa Singer (53), la terapia narrativa permite una construcción nueva y más realista de las experiencias vividas, una reinterpretación de la historia. Por lo general, la persona tiene una construcción narrativa interna de lo ocurrido que incluye juicios y conclusiones que perpetúan sus sufrimientos y repercusiones, historia que no se verbaliza, que cuesta verbalizar y que, cuando se hace el relato, no es vivencial, es un relato al que le faltan elementos. El terapeuta colabora en la reconstrucción de la historia ayudando a poner distancia y objetividad entre el paciente y el problema. Porque no es lo mismo el recuerdo que la historia en sí, porque el desafío es aceptar el traumatismo, incluso enriquecerse con él, no hay otra alternativa.

Conclusiones

En el momento actual, existen en el mundo unos cuarenta conflictos bélicos activos y una gran parte de la actividad bélica es psicológica, que tiende a desmoralizar, a dañar a la comunidad, a la identidad de la persona y de su grupo (el paradigma sería la actividad terrorista que utiliza el miedo como arma devastadora). De otra parte, el desarrollo tecnológico también acarrea accidentes de graves consecuencias, como vimos al principio. Todas esas circunstancias, unidas a los desastres naturales, pueblan la tierra de víctimas, supervivientes y damnificados.

Todas esas personas precisan atención y justicia, es muy poco probable salir indemne de un atentado, de una violación, de una guerra, de una catástrofe... máxime si el daño es causado por otras personas. La culpabilidad del otro y la necesidad de reconocimiento pueden llevar a una situación emocional de riesgo: las vivencias de odio y la necesidad de estima, aunque profundamente humanas, son conceptos que evocan psicopatología (54). Es difícil la aceptación de los hechos y sus secuelas, es complicada la supervivencia en normalidad, la recuperación del *antes* parece imposible, el apoyo familiar es delicado y el reconocimiento social no siempre es reparador pues muchas veces es estigmatizante. La supervivencia, por tanto, es dura para con uno mismo y para los demás. Todos ellos, víctimas y familiares, merecen el respeto, la atención y el reconocimiento de la sociedad, pero sobre todo precisan de la comprensión de sus dificultades y del abordaje terapéutico adecuado. Por ello, la intervención psicológica precoz es imprescindible, así como el apoyo social; todo ello en un marco desdramatizador y de afecto (como vimos con el concepto de resiliencia) pues como nos recordaba el padre Feijoo "mejor es tratar los temas serios por la vía del humor que por la del honor".

*El mundo se ríe de sus propias tragedias
como único medio de soportarlas*

O. Wilde

Correspondencia:
Dr. Fco. J. Gala León
E.U de Ciencias de la Salud
Universidad de Cádiz
C/ Duque de Nájera, 18
E-11002 Cádiz.
E-mail: francisco.gala@uca.es

Bibliografía

1. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Alba I. Catástrofes, desastres y emergencias: Concepto, Clasificación, Tipos y Generalidades. *Rev. Scientia*, 2003; VIII:49-67.
2. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Alba I. Actuación psicológica ante las catástrofes, en J.M Alberca et al. (edits). 8º Congreso Nacional de Ps. Clínica y de la Salud –Libro de Actas– (pp 50-52). Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga, 2001.
3. Lupiani M, Gala FJ, Guillén C, Alba I. Actuaciones de Enfermería en catástrofes y desastres: Primeros Auxilios y Triage. *Rev. Enfermería Científica*, 2003;9-14.
4. Meichembaum D. Tratamientos de clientes con trastornos de estrés postraumático: un enfoque cognitivo conductual. *Revista de Psicoterapia*, 1993; 17:5-84.
5. Rubois A, Bickman L. Psychological impairment in the Wake of disaster psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 1991; 109:384-99.
6. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, et al. Actuación psicológica ante catástrofes y desastres, en M. Carrasco y J.A De Paz (Eds). *Tratado de Emergencias Médicas (Tomo II, pp 2003-2009)*. Ed. Arán. Madrid, 2000.
7. Andrés R (coord.): *Intervención psicológica en situaciones de emergencias y desastres*. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria, 2000
8. Puertas E. Psicología, instituciones y catástrofes. *Papeles del Psicólogo*, 1997; 68:37-43.
9. OMS. *Consecuencias psicológicas y sociales de las catástrofes*. Prevención y tratamiento. Ginebra, 1992.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV-TR*. Ed. Masson. Barcelona, 2002.
11. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, et al. *Op. Cit.*, 2000.
12. Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, et al. *Ibidem*.
13. Cano J. Concepto y causas de las secuelas y lesiones psíquicas, en VVAA. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*. Centro de Estudios de la Administración de Justicia-Instituto de la Mujer. Madrid, 2000; 1:11-25.
14. McLeer S, Deblinger E, Henry D. Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992; 31:875-9.
15. Gala FJ. El Estrés: Conceptos generales, en FJ Gala y C Guillén (Edits). *El estrés y la ansiedad: males de nuestra época*. (XX Curso de Verano de la UCA en San Roque). Servicio de Publicaciones de la UCA. Cádiz, 2000.
16. Anónimo. *Sistema Nervioso Central (Editorial)*. Año III-Nº 6, 2002.
17. Benyacar M. Salud Mental en situaciones de desastres. *Nuevos desafíos*. Monografías de Psiquiatría, 2001; 23:48-60.
18. Green B, Lindy J, Grace M. Post-traumatic morbidity: Toward DSM-IV. *J New Ment Dis*, 1995; 173:406-11.
19. Calcedo A. Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes y M. Bousoño (edits). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Ed. Masson. Barcelona, 2000; 14-7.
20. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Edit. Herder. Barcelona, 1962.
21. Pérez-Iñigo J. Concepto y epidemiología del trastorno por estrés postraumático. *Monografías de Psiquiatría*, 2001; Vol XIII, (3): 3-12.
22. OMS. *CIE10. Décima Revisión de la Clasificación*

- Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Edit. Meditor. Madrid, 1994.
23. Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP. Trastornos de Estrés Postraumático. Edit. Masson S.A. Barcelona, 2000.
 24. Lanius R, Williamson P, Desmore M, et al. Correlaciones neuronales de los recuerdos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático: una investigación mediante resonancia magnética funcional. *Am J Psychiatry (ed. esp)*, 2002; 5: 126-8.
 25. Asociación Americana de Psiquiatría. Op. Cit. 2002.
 26. Bobes J, González-Portilla M, Sainz P, et al. Trastorno de Estrés Postraumático en esquemas (La Psiquiatría en Esquemas). *Ars Médica Psiquiatría Editores S.L. Barcelona*, 2002.
 27. Resnick P. The Detection of Malingered Mental Illness. *Curso del III Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Madrid*, 1996.
 28. Gala FJ. Op. Cit., 2000.
 29. Benyakar M. Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma. *Psiquiatría.com (revista electrónica)*, 1997; diciembre (citado 1 Junio 1999): (4): (45 screens). Disponible en: URL:<http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/vol1num4art-5htm>.
 30. Anónimo. Sistema Nervioso Central. (Editorial) consejo editorial dirigido por J. Crespo, Pfizer Neurociencias. Año III-Nº 6 Febrero 2002.
 31. Echeburua S, De Corral P. Trastorno de estrés postraumático, en M. A Vallejo (edit) *Manual de Terapia de Conducta (vol. I, pp 429-468)*. Ed. Dykinson. Madrid, 1998.
 32. Anónimo. Sistema Nervioso Central. (reseña sobre el Congreso Nacional de Psiquiatría de Oviedo, 1999). Año 1, abril 2000.
 33. Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 2002; 346:13.
 34. Gilaberte I, Baca E. Trastorno por Estrés Postraumático: estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*, 2000; 63(3):259-72.
 35. Anónimo. Sistema Nervioso Central. (Editorial) consejo editorial dirigido por J. Crespo, Pfizer Neurociencias, Febrero 2002; Año III-Nº 6.
 36. Asociación Víctimas de Terrorismo y Sociedad Española de Psiquiatría. II Reunión Internacional sobre Victimología. Madrid, octubre 2000.
 37. Benyakar M. Reunión sobre TEP con el Grupo de Estudios Psiquiátrico-legales de Andalucía (CEPLA). Sevilla, Febrero 2002.
 38. Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Gedisa editorial. Barcelona, 2002.
 39. Benyakar M. Terrorist violence a threat to mental health stability. *Congreso Internacional de Psiquiatría. Madrid, octubre 2001*.
 40. Baca E, Cabana M. Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas de terrorismo en España. *Archivos de Neurobiología*, 1997; 60(4):283-296.
 41. Kendler K. Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *Am J Psychiatry*, 1997; 154:1398-404.
 42. Duddle M. Secuelas emocionales de la agresión sexual. *J R Soc Med*, 1991; 84:26-8.
 43. Vaughan K, Tarrier N. The use of Image Habituation Training with Post-traumatic Stress Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1992; 161:658-64.
 44. Solomon Z. Las consecuencias psicológicas de la guerra: la experiencia israelí. *Archivos de Psiquiatría*, 2000; 63(3):241-58.
 45. Sungur M, Kaya B. The onset and longitudinal course of a man-made post-traumatic morbidity: survivors of the Sivas disaster. *Int J Psych Clin Pract*, 2000; 5:195-202.
 46. Sánchez A. Las discapacidades en la evaluación psiquiátrica de las víctimas. IIª Reunión Internacional sobre Victimología. Asociación Víctimas de Terrorismo y Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid, octubre 2000.
 47. Expert Consensus Panels for PTSD: Treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 1999; 60 (Suppl. 16):1-76.
 48. González de Rivera JL. Psicoterapia en crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2001, 79. 49. Southwick S, Yehuda R, Charney D. Neurobiological alteration in PTSD: review of the clinical literature, en C Fullerton y R Ursano (edits). *Posttraumatic stress disorder. Acute and long-time responses for trauma and disaster*. American Psychiatric Press. Washington, 1997.
 50. Food and Drug Administration. Clears Zoloft for post-trauma. *Sxcript*, Dec 1999; (10)2497:18.
 51. Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, et al. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*, 2000; 283: 1837-44.
 52. Astin M, Resick P. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático, en V. Caballo (ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (vol I)*. Ed. Siglo XXI, Madrid, 1997.
 53. Singer Y. El uso de terapias narrativas en el tratamiento de pacientes con TPET crónico. En II Reunión Internacional sobre Victimología. Asociación Víctimas de Terrorismo y Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid, octubre 2000.
 54. Giner J. El proceso de medicalización de la víctima. *Archivos de Psiquiatría*, 2000; 63(3):287-96.