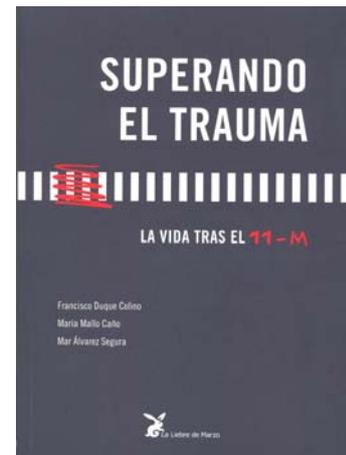


SUPERANDO EL TRAUMA.
La vida tras el 11-M.
Francisco Duque, María Mallo
y Mar Álvarez
 Barcelona: La liebre de Marzo
 2007



Reseña de Manuel Aburto Baselga

Con la reciente sentencia del “macro-juicio” por los atentados del 11 de marzo de 2004 parece cerrarse (dudas, lagunas y apelaciones aparte) el costado judicial de uno de los traumas colectivos de mayor impacto en los últimos años en nuestro país. Cerrarse, digo, la etapa judicial, lo que sin duda es de gran importancia para las víctimas directas de aquella tragedia y para la sociedad en general, pero se reabre o se reactiva la confrontación política que en su momento provocó, con la consabida parafernalia de descalificaciones, acusaciones e insidias. La tragedia, convertida en Objeto político impregnado del odio que la gestó, tuvo y aún tiene como forzados protagonistas a los Sujetos que directamente la padecieron. Los supervivientes y sus familiares, así como los familiares de los que murieron son, de nuevo, objeto de indecente tráfico político, lo que a muchos de ellos les dificultará en alguna medida la larga y difícil cicatrización de sus heridas psíquicas. El libro que reseñamos trata de aquellas víctimas del atentado cuya vida se quebró en un vagón de tren y se reinició, irreconocible, en un hospital.

El libro, nos cuenta **Francisco Duque**, se fue gestando por etapas. Lo que iba a ser un informe-crónica de lo sucedido en los días después del atentado, pasó a ampliarse, a instancias de los afectados, con sus propios testimonios y los relatos de su experiencia traumática y su proceso de recuperación. Finalmente, de modo natural, surgió la propuesta de completar la obra con una exposición completa del modelo de tratamiento del trauma aplicado. Así, a los tres años de los atentados, ve la luz un libro que partiendo del epicentro mismo del mayor atentado terrorista de la historia de España, y vitalizado por los testimonios de las víctimas, reúne densa y matizadamente todos los pasos y etapas de la valoración y el tratamiento del trauma agudo.

En la introducción del libro, los autores plantean ya una de las ideas fuertes que reiterarán a lo largo de todo el texto: las víctimas necesitan dejar de serlo. Necesitan recuperar su vida y, para ello, dejar de ser protagonistas “de ese rol trágico y circunstancial que les ha sido asignado”...(xvi). Es “dogma” de la recuperación del trauma el recobrar el control de la propia vida, integrando en su corriente la experiencia traumática. Y es, por así decir, el “principio ideológico” subyacente al discurso del libro la recuperación de la autonomía psíquica a partir de los propios recursos.

Se abre el texto con una reflexión sobre la naturaleza, objetivos y efectos de los atentados terroristas, que da paso a una narración apretada y trepidante de cómo se planeó y desarrolló la asistencia psicológica a víctimas y familiares en las primeras 48 horas en el Hospital Gregorio Marañón. El control y gestión de la información, la organización de equipos con tareas definidas y la coordinación intra y extrahospital absorben ese intenso periodo de tiempo. Todo esto se abordará, de nuevo, en el capítulo quinto, dándole un desarrollo más sistemático y detallado.

En un segundo capítulo nos exponen minuciosa y matizadamente los efectos psicológicos de los atentados terroristas, agrupados en torno a las dos “quebras” que sufre la persona, la de su mundo interno y la de su mundo externo. En éste como en otros lugares del libro se advierte el

afán por explicar lo fenomenológico en un todo coherente y dinámico, afán propio del clínico avezado en la tarea de recoger, integrar y devolver información psicológica. Al tiempo, se somete el texto a un ajuste formal de clasificaciones y apartados en aras de la claridad expositiva. En ocasiones los términos usados parecen solaparse o resultar sinónimos, pero sirven al clínico para matizar su explicación y, a veces, resaltarla por reiteración.

Nos explican cómo el cambio en la percepción del entorno y de la propia persona se resume en la anulación de la previsibilidad y confiabilidad habitual de su mundo, en la invalidación de las reglas implícitas de la relación con él. Esto, en una reflexión posterior, se vincula con los objetivos perversos del terrorista y el modo en que tales acciones afectan a la sociedad. Se hace también en este capítulo un repaso sistemático de los efectos de la situación traumática en función de parámetros externos como el ámbito y objetivos del suceso, los daños y secuelas que determina y las sensaciones de culpa, vergüenza, deseo de venganza, etc. que tan frecuentemente aparecen.

El tercer capítulo, titulado **Impacto Psicológico**, nos aporta ya un material clínico de enorme valor como son los testimonios, relatos o diálogos terapéuticos de los afectados. Previamente nos ofrece un repaso de los factores de estrés en pacientes hospitalizados para situarnos en el marco donde se desarrollarán las observaciones que siguen. El medio hospitalario, que los autores conocen perfectamente, implica pérdidas (control de la propia vida, sensación de omnipotencia) y relaciones de dependencia hacia el medio. Y se promueve, precisamente, la implicación progresiva del paciente en el control del proceso terapéutico a través de una comunicación e información adecuadas. Una vez situados en éste marco general, nos proponen la distinción “psicosocial” entre víctimas y afectados, importante diferencia que determina el nivel y la naturaleza de la intervención. Evoca la imagen mediática actual del psicólogo omnipresente en cualquier escenario donde el infortunio se abate súbitamente sobre las personas. Las víctimas son ...“las personas que permanecen embutidas en la agresión sufrida, que quedan secuestradas por emociones negativas”...(pg. 49) y lo que se pretende es que dejen de ser víctimas y pasen a ser personas afectadas por un acontecimiento que se cruzó en sus vidas.

La primera historia de José (historia 1) resulta, como señalan los autores, mas elocuente que cualquier manual que pretenda describir y clasificar la fenomenología del trauma agudo. Utilizan este impactante testimonio para ir ilustrando los fenómenos perceptivos que se explicaban en el anterior capítulo en relación con la quiebra del mundo externo e interno. Sirve también para incidir en el análisis de la valoración subjetiva de la situación, donde se tienen en cuenta las creencias, valores y actitudes de cada persona a la hora de reaccionar y superar un trauma. Y adelanta ya, antes de entrar de lleno en la asistencia, lo que debe ser la actitud del clínico ante el paciente de trauma: “Quien necesita ayuda tiene que percibir la veracidad de la oferta de apoyo desde la autenticidad ...y la sensación de que se comprenden sus planteamientos y el modo individual de percibir cada situación” (pg. 57). Tal vez esta advertencia, que se reiterará a lo largo del libro, tenga pleno sentido en el marco de una asistencia pública que no siempre puede individualizar la atención sanitaria como ciertos casos requieren. También advierte, a nuestro entender, contra las actitudes voluntaristas de prestar apoyo en la desgracia de modo indiscriminado y generalista.

Basados en los criterios del DSM-IV revisarán el trastorno por estrés agudo ilustrándolo con fragmentos de relatos, entrevistas y observaciones de los pacientes. Aparte del valor intrínseco de cada viñeta clínica, la cercanía histórica y geográfica del suceso añade un plus de realismo a los testimonios que sin duda captarán todos los que sentimos la onda emocional del atentado. Se describen así y se ilustran los fenómenos asociados a la disociación, la reexperimentación del acontecimiento traumático, las actitudes evitativas y los síntomas de ansiedad y aumento de activación (hiperarousal).

El cuarto capítulo, titulado **Bases de la relación terapéutica en el trauma**, pretende establecer los fundamentos del tratamiento de este tipo de pacientes. Desde la comprensión de la situación psicológica del paciente en cada fase del proceso y del conocimiento de los síntomas

que las acompañan, se pasa a explicar las actitudes cognitivas, emocionales y éticas del profesional que pretenda hacerse cargo de la tarea terapéutica. Como viene reiterándose, el objetivo declarado es que las víctimas dejen de serlo, y el camino es que las personas desarrollen sus propios recursos y potenciales ante la adversidad. Por tanto, desde el compromiso del profesional se le otorga al paciente un papel activo siempre en función de su estado. Especialmente sugerente para un terapeuta de orientación dinámica relacional es la afirmación de que los pacientes .."necesitan que las personas que ellos invisten de autoridad les informen de las sensaciones nuevas y desconocidas que están percibiendo como espectadores de sí mismos" (pg. 89). Esta labor transformacional (tomando el concepto de Ch. Bollas) es consustancial a una relación de "holding" que sin ser declarada explícitamente por los autores nos permitimos interpretar como base de la relación. Receptividad, escucha, respeto, empatía...son los términos que articulan una relación terapéutica adaptada al Sujeto y a su situación vivencial. De nuevo la insistencia en lo genuino: "La autenticidad mejora la comunicación, además de resultar contagiosa" (pg. 96).

Nos impresiona especialmente el apartado reservado a la comunicación con pacientes en estado crítico. Aquí nos introducen directamente en la zona "límite" del hospital, las unidades de reanimación y de cuidados intensivos, allí donde el paciente inconsciente o apenas consciente está más despersonalizado y es más dependiente de sus cuidadores y de las máquinas que soportan su vida. "Si no era posible otro modo de comunicación, manteníamos un contacto físico, generalmente tomando su mano. Así, percibíamos respuestas que no podían manifestar de otro modo" (pg. 99). Tratar al paciente como si estuviera consciente, presentarse, nombrarle, dirigirse a él y tenerle en cuenta cuando de él se habla, es ir a buscarle allá donde se encuentre, conectarle consigo mismo a través de nosotros ...El caso de Manuel (historia 11) es un elocuente y conmovedor testimonio de cómo comunicarse más allá de la barrera de la incapacidad orgánica.

En el capítulo quinto se trata de forma más sistemática lo ya avanzado en el primero, relatando con detalle cómo se abordó la situación, cómo se definieron los objetivos y procedimientos y como se crearon los equipos de trabajo. No oculta las discrepancias que hubo entre los profesionales a la hora de determinar la actuación, siendo unos partidarios de no modificar esencialmente la dinámica establecida de prestar atención a demanda del paciente, y otros de adoptar el modelo activo de intervención en trauma, acercándose al paciente. Esta fue la opinión que finalmente prevaleció y de la que surgió el dispositivo. Hay así un primer contacto de acompañamiento, apoyo emocional y absorción del impacto y unas etapas posteriores con múltiples tareas tanto con los pacientes como con los familiares.

Según se nos relata, ya el día 12 se presenta un plan de actuación a la dirección del Hospital que se pone en marcha ese mismo día, coordinando las necesidades de los diversos servicios donde se atendían pacientes. La valoración cubre desde las necesidades de los pacientes más graves hasta las situaciones de necesidad económica, humana, dificultades de idioma, antecedentes de situaciones traumáticas, etc. Se hace especial hincapié en el trabajo con los familiares, aliados esenciales del equipo asistencial, pues son los referentes afectivos de los pacientes, los que les conectan de forma directa con su contexto vital desintegrado. La asistencia a los familiares, a su vez, muchas veces desorganizados o muy afectados por lo acontecido, requiere una estrategia especial que incluye su adiestramiento en el manejo de la información y de sus actitudes de cara al paciente. Son a su vez víctimas que deben de ser cuidadas ("cuidar al cuidador") pues pesa sobre ellos una carga continuada muy exigente en el plano emocional y físico.

El capítulo sexto nos propone un modelo terapéutico del trauma que va desde la integración de la experiencia traumática hasta la orientación hacia el futuro. En este capítulo se repasan muchas de las ideas ya presentadas en el libro, y se ilustran con abundante material clínico. Sin pretender ser rigurosos, podríamos encuadrar el modelo dentro del amplio marco de la perspectiva cognitivo-conductual. Esta es la orientación que ha desarrollado terminología y técnicas específicas en el tratamiento del estrés, y así nos encontramos con las estrategias eficaces o no eficaces para afrontar situaciones, con un balance de costos beneficios de las

mismas, etc. Articulado con todo ello, se incluyen aseveraciones como “solo se puede ser efectivo siendo afectivo” (pg. 151), que subrayan la importancia que en este modelo se da a la calidad de la relación terapéutica.

Por razones expositivas se divide la elaboración del trauma en dos niveles: cognitivo y emocional. El acento está puesto, en cualquier caso, en el logro de una narración coherente que dé continuidad a la vida de la persona. Así, afirmaciones como “poner vivencias, emociones, sensaciones en palabras”...“poner nombre a lo ocurrido”....“una experiencia olvidada, eliminada del campo de la conciencia, no se puede elaborar”...“un recuerdo sin emoción no es recuerdo”, dan fe de la importancia de lo emocional. De la misma manera, “legitimar las reacciones”, afirmar al paciente en sus sensaciones e ideas que muchas veces considera incomunicables, es una estrategia terapéutica esencial en el trauma.

Distinguen los autores entre adaptación a las pérdidas y aceptación de las mismas, explicando que el primer término conlleva una actitud activa de continuar la vida con las nuevas circunstancias y la segunda una acomodación pasiva a las limitaciones. Siguen luego fases de estabilización, activación de recursos hasta la orientación al futuro en que se culminaría un proceso de superación del trauma.

Se dedica el último capítulo a la **Recuperación y Continuación**, donde se abre el escenario del regreso a casa, a las coordenadas de la vida cotidiana con el lastre y las limitaciones correspondientes a las secuelas físicas y psíquicas. Hay un apartado específico dedicado a la intervención con lesionados graves en el que se trata de la retraumatización del paciente que se enfrenta a un largo proceso de intervenciones quirúrgicas, y que ilustra dramáticamente el relato de una paciente resumido en su frase: ...“estoy continuamente construyendo y deconstruyendo” (pg. 196). Es en estos casos donde la consistencia del apoyo psicoterapéutico cobra mayor importancia.

Para resumir la culminación de la tarea del terapeuta con estos pacientes elegiría el fragmento de una carta que una expaciente dirige a su terapeuta y el comentario de éste al mismo. Dice la paciente: “pero la vida sigue, y hemos de pensar que si antes del 11-M tú no estabas en mi vida, ahora tampoco tiene sentido que estés”. Comenta el terapeuta: ..“este planteamiento, que podría parecer que suena duro, como ella misma expresa, es la mejor noticia que nos puede llegar de las personas que un día fueron víctimas”.

El libro es además, inevitablemente, un homenaje a las víctimas de aquel terrible suceso que tanto nos conmocionó. Incluye un reconocimiento a los profesionales que optaron por un modelo asistencial adecuado a la perspectiva de la psicotraumatología, y por ello es un valioso compendio de técnicas, actitudes y relaciones psicoterapéuticas en muy distintos momentos y situaciones de un proceso. Toda la parte clínica está llevada al hilo de lo que los pacientes manifiestan, sienten, descubren, y se guía por las tesis principales, repetidas abundantemente a lo largo del texto: devolver al paciente el control, el sentido de continuidad, la integración de su experiencia; promover sus recursos de autocuración; establecer una relación terapéutica comprometida, genuina, afectiva que acabe disolviéndose en el tiempo junto a la circunstancial etiqueta de víctima.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Aburto, M. (200x). Reseña de la obra de F. Duque, M. Mallo y M. Álvarez “Superando el trauma: La vida tras el 11-M”. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (2): 522-525. [ISSN 1988-2939] [<http://www.psicoterapiarelacional.es/portal/>]