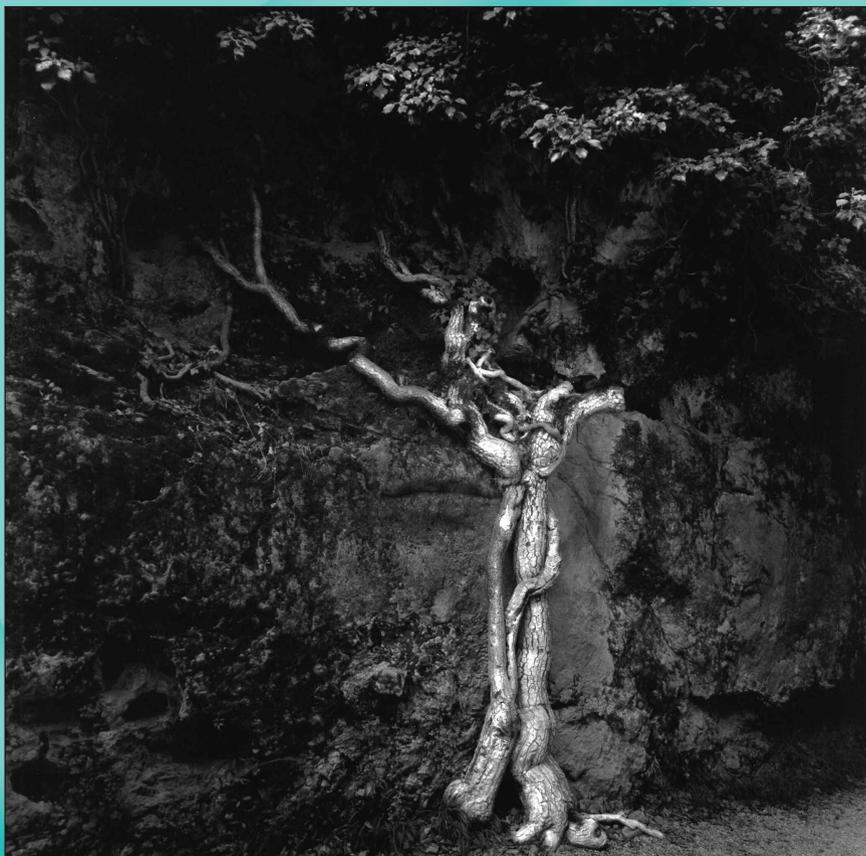


LA RESISTENCIA HUMANA ANTE LOS TRAUMAS Y EL DUELO

Enrique Echeburúa, Paz de Corral y Pedro J. Amor



INTRODUCCIÓN

La biografía de una persona está salpicada de sucesos positivos y de acontecimientos negativos, de alegrías y de tristezas, de esperanzas cumplidas y de expectativas frustradas. En este sentido, llama la atención la gran capacidad de adaptación y el espíritu de superación de los que dispone el ser humano. Sólo a partir de ellos se puede entender que personas que han tenido que habérselas con una vida llena de obstáculos y dificultades (enfermedades incapacitantes, divorcios, apuros económicos, desengaños, etcétera) disfruten de una vida productiva y rica en logros personales y sociales.

En realidad, lo que resulta fundamental son las habilidades de supervivencia de las que se vale el ser humano para hacer frente al estrés. Se trata de un conjunto de recursos que adquiere la persona en el proceso de socialización para salir airoso de las dificultades y resistir los embates de la vida, sin quedar gravemente mermado en el bienestar personal. Estas habilidades de supervivencia van a depender del nivel intelectual, del grado de autoestima, del estilo cognitivo personal (más o menos optimista) y del tipo de experiencias habidas, así como del apoyo familiar y social (Echeburúa, 2004).

Las pérdidas de los seres queridos y los sucesos traumáticos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a arrostrar. Las estrategias de afrontamiento pueden volverse malsanas o fallidas; y las expectativas, derrotistas. La frecuente aparición de emociones negativas, como el odio, el rencor o la sed de venganza (ante un suceso traumático causado por otros seres humanos), pueden complicar aún más el panorama. Como consecuencia de ello, la persona, incapaz de adaptarse a la nueva situación, puede sentirse indefensa, perder la esperanza en el futuro y encontrarse paralizada para emprender nuevas iniciativas y, en definitiva, para gobernar con éxito su propia vida.

Pero un trauma también se puede superar. Hay personas que consiguen sobreponerse al terrible impacto de la muerte inesperada de un ser querido, de un atentado terrorista, de una agresión sexual o de la pérdida violenta de un hijo y descubren de nuevo, sin olvidar lo

ocurrido, la alegría de vivir. Lo que se observa es que, tanto ante los acontecimientos traumáticos como ante las situaciones de duelo, las personas reaccionan de forma distinta, e igualmente son variables de unos individuos a otros las estrategias de afrontamiento que emplean para superar estas circunstancias adversas.

1. ASPECTOS NUCLEARES DEL TRAUMA Y DEL DUELO

Un *suceso traumático* es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. En la **tabla 1** se muestran algunos de los sucesos traumáticos más habituales.

Tabla 1. Sucesos traumáticos más habituales

INTENCIONADOS

- Agresiones sexuales en la vida adulta
- Relación de pareja violenta
- Terrorismo, secuestro y tortura
- Muerte violenta de un hijo
- Abuso sexual en la infancia
- Maltrato infantil

NO INTENCIONADOS

- Accidentes (de tráfico, choques de trenes, etc.)
 - Catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, etc.)
-

Por otra parte, el *duelo* es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida (Echeburúa, 2004).

1.1. EL TRAUMA

Cualquier trauma afecta profundamente a la confianza de la persona en sí misma y en los demás. Los síntomas derivan de la vivencia súbita de indefensión y de pérdida de control, del temor por la propia vida y de la humillación de haber sido violentada en la intimidad.

Las víctimas tienden a revivir intensamente, con mucha frecuencia y de forma involuntaria el suceso vivido, bien en forma de pesadillas, bien en forma de recuerdos agobiantes y de sentimientos perturbadores, que pueden activarse ante cualquier estímulo, por mínimo que sea (ruido inesperado, imagen súbita, conversación relacionada indirectamente con el tema, etcétera). Todo ello viene a reflejar que las imágenes de lo ocurrido quedan grabadas a fuego en la memoria icónica del sujeto. Es como si la memoria *se encasquillase* y no pudiera dar una salida normal a las experiencias vividas (Echeburúa y Corral, 1995).

Además, las personas afectadas se encuentran permanentemente en un estado de alerta y sobresaltadas, presentan dificultades de concentración en las tareas cotidianas, se muestran irritables y tienen problemas para conciliar el sueño. Por ello, tienden a sentirse desbordadas por los acontecimientos cotidianos y a estar persuadidas de que ya nada está bajo su control. Un estado permanente de alerta lleva al agotamiento porque, además de estar alterado el sueño, todos los sentidos de la víctima están atentos sin descanso a los posibles peligros de la vida cotidiana.

Las conductas de evitación desempeñan un papel muy importante en las limitaciones experimentadas por las víctimas. Además de rehuir las situaciones y los lugares relacionados directa o indirectamente con el suceso (como salir a la calle, tratar con personas desconocidas, viajar, quedarse a solas en casa, etcétera), resulta aún más problemático para las personas afectadas que tiendan a evitar las conversaciones sobre lo ocurrido, incluso con las personas más allegadas, y hasta los pensamientos relacionados con el acontecimiento. Las víctimas tienden a no compartir con otras personas estos dolorosos recuerdos (como consecuencia de la actitud evitativa y del temor a la reexperimentación), sino que los sufren solas, temiendo haberse convertido en seres anormales o extraños.

Este embotamiento afectivo dificulta las manifestaciones de ternura, lo que supone un obstáculo en las relaciones de intimidad. El bloqueo emocional es un caparazón, a modo de *membrana*, para protegerse de los recuerdos traumáticos. Por paradójico que pueda parecer, los síntomas experimentados por la víctima suponen un intento (eso sí, fallido) de adaptarse a la nueva situación. En concreto, la evitación y el embotamiento emocional intentan prevenir futuros daños que le podrían ocurrir a la persona afectada si se implicase de nuevo en una vida activa y recuperase la confianza en las personas (Herbert y Wetmore, 1999).

1.2. EL DUELO

El duelo puede manifestarse en forma de síntomas somáticos (pérdida de apetito, insomnio, síntomas hipocondríacos, etcétera) y psicológicos (pena y dolor, fundamentalmente). A veces pueden aparecer también sentimientos de culpa, por no haber realizado todo lo posible para evitar el fallecimiento o por no haber hecho al difunto lo suficientemente feliz en vida o incluso por experimentar una sensación de alivio tras la muerte (especialmente, después de una enfermedad prolongada que ha requerido de una asistencia constante o de la desaparición de una persona que ha ejercido un dominio despótico sobre el superviviente). La intensidad de estos síntomas depende de la personalidad del sujeto, de la intensidad del lazo que le unía al fallecido y de las circunstancias de la pérdida.

En los ancianos las reacciones de duelo pueden durar más tiempo como consecuencia de las dificultades de adaptación, de la soledad y del temor al futuro. La muerte de un cónyuge puede ser el acontecimiento aislado más temible que un anciano puede sufrir, sólo amortiguado por una adecuada red de apoyo familiar (una buena relación con los hijos) y social.

Las reacciones psicológicas del duelo varían en intensidad y contenido a medida que transcurre el tiempo. Las fases habituales del duelo, en todo caso variables de unas personas a otras, están expuestas en la *tabla 2*.

Tabla 2. Fases del duelo

FASES	MOMENTO	SÍNTOMAS
Shock o parálisis	Inmediato a la muerte	<ul style="list-style-type: none">• Embotamiento afectivo• Apatía• Agitación
Dolor y alivio	Dos primeras semanas	<ul style="list-style-type: none">• Aceptación de la muerte• Pena y dolor• Resignación
Resentimiento	Dos semanas a cuatro meses	<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Ansiedad• Irritabilidad• Inseguridad
Recuerdo	Tres a doce meses	<ul style="list-style-type: none">• Reminiscencias del fallecido• Pena

Las primeras reacciones no marcan necesariamente la evolución del duelo. Hay personas que al principio tienen una respuesta emocional ligera y en las que, sin embargo, más tarde el duelo se cronifica, lo que suele ocurrir en un 10%-20% del total de los casos. Hay otras, en cambio, que se expresan con un sufrimiento intenso inicial, para luego ir superando el duelo más fácilmente (Echeburúa, 2004).

Por último, existe un suceso traumático que se funde con el duelo, y es la *muerte de un hijo*. La pérdida de un hijo joven puede ser el factor más estresante en la vida de un ser humano, especialmente si se produce de forma imprevista y violenta, como ocurre en el caso de un asesinato o de un suicidio. En concreto, hay una diferencia notable entre el duelo y la aflicción por la muerte de un joven y el dolor experimentado por el fallecimiento de una persona anciana que ha visto completada su vida. La muerte de un hijo es un hecho antinatural, una inversión del ciclo biológico normal, que plantea a los padres el dilema del escaso control que hay sobre la vida. Es más, alrededor de un 20% de los padres que pierden a un hijo no llegan a superarlo nunca (Echeburúa y Corral, 2001).

El dolor de los padres es mucho más intenso cuando ha habido una doble victimización (por ejemplo, en el caso de una joven violada y asesinada), cuando el agresor no ha sido detenido, cuando de

algún modo se atribuye lo ocurrido al estilo de vida de la víctima (a una vida *licenciosa*, por ejemplo), cuando no ha aparecido el cuerpo de la víctima o cuando, como ocurre habitualmente en el caso de un suicidio, los padres pueden sentirse responsables de lo sucedido.

2. FACTORES DE VULNERABILIDAD Y DE PROTECCIÓN

Hay sucesos traumáticos, como las agresiones sexuales, los atentados terroristas o los delitos violentos, que, por desgracia, afectan a un grupo relativamente numeroso de personas. Algunas víctimas quedan marcadas de por vida y, presas del rencor, de la amargura o, simplemente, del desánimo, llevan una vida anodina y sin ilusión; otras, tras una reacción psicológica intensa, son capaces de hacer frente al dolor, de readaptarse parcialmente a la situación y de atender a sus necesidades inmediatas; y hay otras, por último, que sacan fuerzas de flaqueza del dolor, prestan atención a los aspectos positivos de la realidad, por pequeños que éstos sean, y son incluso capaces de embarcarse en proyectos de futuro ilusionantes.

Lo anteriormente expuesto es un reflejo de la *variabilidad de las respuestas humanas*. No hay una secuencia fija de respuestas específicas ante estímulos determinados. Por decirlo en otras palabras, la estructura del suceso traumático o la muerte de un ser querido explican los daños provocados por el *primer golpe*. Pero es la significación que ese hecho tiene en la persona, así como el apoyo social recibido, lo que puede explicar los efectos más o menos devastadores del *segundo golpe*, que es el que realmente provoca el trauma o el duelo patológico.

Hablando en cifras, el trauma puede estar presente en el 15%-20% de quienes sufren un accidente o una catástrofe natural, pero este porcentaje puede ser considerablemente más alto (hasta un 50%-70%) en quienes han experimentado un hecho violento, como es el caso de las víctimas de terrorismo, de violencia familiar o de agresiones sexuales. Asimismo, tal y como se ha señalado anteriormente, el duelo puede cronificarse en un 10%-20% del total de los casos.

2.1. PERSONALIDADES RESISTENTES AL ESTRÉS

Como se puede observar en la vida cotidiana, hay personas que se muestran *resistentes* a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático o la muerte de un ser querido. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, 1998; Seligman, 1999).

Las personalidades resistentes al estrés se caracterizan por el control emocional, la autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida. Todo ello posibilita echar mano de los recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales. Este tipo de personalidad funciona como un amortiguador o como una vacuna protectora que tiende a debilitar la respuesta de estrés (*Tabla 3*).

Tabla 3. Personalidades resistentes al estrés

- Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo
 - Estilo de vida equilibrado
 - Apoyo social y participación en actividades sociales
 - Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.)
 - Afrontamiento de las dificultades cotidianas
 - Aficiones gratificantes
 - Sentido del humor
 - Actitud positiva ante la vida
 - Aceptación de las limitaciones personales
 - Vida espiritual
-

Con el estado de ánimo ocurre lo que sucede con el peso: que es bastante estable a lo largo de la vida. Por ello, en el caso de las personas optimistas que sufren un suceso traumático o una pérdida, tienden a mantener el estado de ánimo positivo, más allá del dolor intenso, pero pasajero, que un acontecimiento de ese tipo pueda provocarles. Es decir, mantienen la capacidad personal de dar *sentido* a sus experiencias en el contexto de un proyecto vital previo.

No resulta siempre fácil predecir la reacción de un ser humano concreto ante un acontecimiento traumático o luctuoso. Conocer la respuesta dada por esa persona ante los sucesos negativos vividos anteriormente ayuda a realizar esa predicción. De este modo, se puede averiguar si una persona es resistente al estrés o, en el extremo opuesto, si se derrumba emocionalmente con facilidad ante las contrariedades experimentadas.

2.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD AL TRAUMA

Hay personas que son muy sensibles y, por ello, les afectan de forma especial los hechos que les ocurren, por insignificantes que éstos sean. Estas personas están predispuestas a tener una respuesta más exagerada e intensa que otras ante un mismo suceso negativo. En este sentido, la mayor o menor repercusión psicológica de un suceso traumático en una persona depende de su *vulnerabilidad psicológica*, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, y de su *vulnerabilidad biológica*, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar, a modo de caja de resonancia, el daño psicológico de las experiencias negativas sufridas.

En algunas personas la baja autoestima y el desequilibrio emocional preexistente, sobre todo si va acompañado de una dependencia al alcohol y a las drogas y de aislamiento social, agravan el impacto psicológico de la pérdida sufrida y actúan como moduladores entre el hecho vivido y el daño psíquico (Avia y Vázquez, 1998). De hecho, ante acontecimientos traumáticos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamen-

te traumatizadas (Echeburúa, 2004). En realidad, ocurre como en los terremotos: las viejas casas de madera o de adobe se desmoronan; sin embargo, en los edificios de cemento sólo se rompen los cristales.

Desde una perspectiva psicológica, un nivel bajo de inteligencia (sobre todo, cuando hay un historial de fracaso escolar), una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza. Estas personas cuentan con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para hacerse con el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de delitos violentos o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo, cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares y cuando hay un divorcio de los padres antes de la adolescencia de la víctima (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999).

Pero los factores psicosociales desempeñan también un papel muy importante. Así, por ejemplo, un apoyo social *próximo* insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en relaciones sociales y en actividades lúdicas dificultan la recuperación del trauma. El principal antídoto contra la pena es poder compartirla. Pero también es importante la influencia del apoyo social *institucional*, es decir, del sistema judicial, de la policía o de los medios de comunicación.

En síntesis, el grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado de riesgo para la vida, las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles (*Tablas 4 y 5*). Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima (Baca, Cabanas y Baca-García, 2003).

Tabla 4. Estrategias de afrontamiento positivas

- Aceptación del hecho y resignación
 - Experiencia compartida del dolor y de la pena
 - Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana
 - Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello es posible)
 - Establecimiento de nuevas metas y relaciones
 - Búsqueda de apoyo social
 - Implicación en grupos de autoayuda o en ONG
-

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento negativas

- Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta
 - Sentimientos de culpa
 - Emociones negativas de odio o de venganza
 - Aislamiento social
 - Implicación en procesos judiciales, sobre todo cuando la víctima se implica voluntariamente en ellos
 - Consumo excesivo de alcohol o de drogas
 - Abuso de fármacos
-

2.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL DUELO PATOLÓGICO

La experimentación de un duelo patológico depende de una serie de factores (Echeburúa y Corral, 2001):

1. *Edad de la persona fallecida.* Resulta antinatural para un padre enterrar a sus hijos. El estrés que causa la pérdida de un hijo (el *fantasma de la habitación vacía*) es tan intenso que puede llegar incluso a provocar el divorcio de la pareja. A menudo,

un cónyuge sufre más que otro y eso genera acusaciones, culpabilidad y rabia.

2. *Tipo de muerte*, sobre todo cuando es prematura, inesperada o trágica. Es el caso, por ejemplo de las enfermedades cortas y repentinas o de las muertes súbitas, evitables y que afectan a personas jóvenes, como ocurre en los accidentes de tráfico, y, más aún, de las muertes violentas (asesinatos o suicidios, en los que hay una imputación de responsabilidad propia).
3. *Variables psicosociales*, como estar en una situación económica precaria, hacerse cargo de niños pequeños, no tener posibilidades de rehacer la vida, contar con una familia muy reducida, etcétera. Las reacciones de carácter grave ante una pérdida tienen lugar frecuentemente entre las mujeres. Por otra parte, los niños de 3 a 5 años y los adolescentes, así como los viudos solos y las viudas con niños pequeños y sin apoyo social, constituyen un factor de riesgo importante.
4. *Inestabilidad emocional previa*. En concreto, las personas con antecedentes de depresión o de trastornos de ansiedad, con estilos de afrontamiento inadecuados o con características problemáticas de personalidad (dependientes emocionalmente, obsesivas, acomplexadas, etcétera) corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico en el caso del fallecimiento de una persona próxima.

Asimismo, las personas con una falta de salud física son las que tienden a caer más fácilmente enfermas durante el duelo (Clayton, 1985).

5. *Experiencia negativa de pérdidas anteriores*. Es más probable sufrir un duelo patológico cuando una persona ha experimentado muchas o recientes pérdidas y cuando la reacción ante las anteriores ha sido particularmente intensa o duradera.

3. CUÁNDO SE REQUIERE TRATAMIENTO

Cuando en un hogar hay una avería, una persona intenta arreglarla, si tiene habilidades para ello o el desperfecto es de poca monta, por sí misma o con ayuda del vecino o de los familiares. Pero si es importante, se busca la asistencia técnica de un fontanero, de un albañil o de un electricista. Algo parecido ocurre en relación con los sucesos traumáticos y con el duelo patológico.

3.1. VÍCTIMAS DE UN SUCESO TRAUMÁTICO QUE REQUIEREN TRATAMIENTO

Hay personas que han sufrido un trauma y que, sin embargo, no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a metabolizar el trauma. Estas personas tienen presente siempre lo ocurrido, pero el acontecimiento traumático no interfiere actualmente de forma negativa en el día a día. De este modo, y aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos.

Por el contrario, algunas víctimas se encuentran atrapadas por el suceso sufrido, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, no controlan sus emociones ni sus pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más de la cuenta, automedicarse, etcétera). Son estas las personas que, al sentirse desbordadas por el trauma, requieren una ayuda específica psicológica y, en algunos casos, también farmacológica.

Otra indicación de la conveniencia de la terapia es la negativa de la víctima a hablar con nadie del trauma y la carencia de un apoyo social, bien porque sea ella misma la que se aísla (para evitar el sufrimiento que le produce hablar del suceso traumático, para no moles-

tar a las demás personas con sus problemas, porque su estado anímico se encuentra bajo mínimos, etcétera), o bien porque las personas de su entorno la eviten. En estos casos se corre el riesgo de un aislamiento emocional (relaciones íntimas) y social (red social de apoyo) (Tabla 6).

Tabla 6. Criterios para la búsqueda de ayuda profesional en las víctimas de un suceso traumático

- Cuando las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos o conductas) perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas.
 - Cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela).
 - Cuando una persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o conductas o se siente desbordada por ellos.
-

A diferencia de otras intervenciones terapéuticas, los terapeutas suelen muchas veces ofrecerse a las víctimas. Sin embargo, muchas personas necesitadas de terapia pueden mostrarse reacias a buscar ayuda profesional. En cierto modo, recurrir a un tratamiento puede suponer para la persona afectada reconocer una cierta *debilidad* personal. El cambio brusco de una situación de normalidad habitual a ser víctima de un suceso traumático puede dificultar, paradójicamente, la búsqueda de ayuda terapéutica, que, en cierto modo, supone el reconocimiento de la incapacidad por sí misma para superar unas circunstancias difíciles (Baca, 2003).

3.2. PERSONAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO

La muerte de un ser querido es una experiencia desgarradora que puede resultar difícil de superar. El tratamiento sólo se precisa cuando se trata de un duelo patológico, que se puede manifestar clínicamente de forma psicológica y física. A nivel *psicológico*, las personas pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente por el difunto,

incluso si han extremado de modo admirable sus atenciones durante su última enfermedad, o mostrar una irritabilidad, inhabitual en ellos, contra terceras personas (médicos, sacerdotes, yerno o nuera, etcétera). A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etcétera. Y a nivel *físico*, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos, etcétera), dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, etcétera, que les hacen consultar con mucha mayor frecuencia de lo habitual al médico de cabecera y que son reflejo de la depresión, más o menos enmascarada, existente (Alario, 1996; Hinton, 1974).

No obstante, en las fases iniciales del duelo pueden predominar los síntomas físicos; sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden remitir, pero se hacen más frecuentes los síntomas psicológicos (desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etcétera) (Clayton, 1985).

En general, las personas afectadas deben recibir tratamiento psicológico o farmacológico cuando padecen síntomas físicos o psicológicos de una intensidad elevada, cuando los síntomas, incluso con una menor intensidad, se mantienen más allá de un año o cuando aparecen alteraciones que no tienen las personas normales (por ejemplo, alucinaciones o ideas delirantes) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parkes, 1972; Worden, 1998).

4. SUPERACIÓN DE UN TRAUMA O DEL DUELO

Por muy terrible que haya sido la experiencia vivida, siempre cabe la posibilidad de cerrar, total o parcialmente, la herida sufrida. No se trata de olvidar lo inolvidable (tarea, por lo demás, imposible), sino de no sentirse atrapado como en una jaula por los recuerdos del pasado. Lo que se pretende es recuperar la capacidad de hacer frente a las necesidades del presente y de mirar al futuro con esperanza. En definitiva, ser capaz de atender a los requerimientos de la vida cotidiana, prestar atención a los estímulos exteriores, disfrutar de lo

que se tiene a mano en las circunstancias actuales y hacer planes para el futuro, aunque sólo sea para los días o meses inmediatos, denotan un camino claro de recuperación.

A veces la demanda de la víctima puede modular el tipo de tratamiento ofrecido. Hay personas que sólo se preocupan por el alivio de un malestar específico, como la ansiedad o las alteraciones del sueño; otras, por el contrario, están atormentadas por el trauma en sí mismo; y otras, por último, lo que buscan fundamentalmente, más que la terapia, es un dictamen pericial acerca de su situación mental para solicitar una indemnización económica o conseguir la incapacidad laboral.

Asimismo, hay veces en que el objetivo prioritario inicial puede ser abordar problemas actuales o condiciones vitales adversas con el fin de frenar la reactivación o exacerbación del trauma o de hacer frente a estrategias defectuosas para superarlo (por ejemplo, el abuso de alcohol). Otras veces adquieren una prioridad terapéutica otros trastornos mentales relacionados que requieren una intervención inmediata, como ocurre en los casos de depresión grave, con tendencias suicidas, de alcoholismo o de grave fractura familiar. Sólo después de conseguido este objetivo (al menos, parcialmente) se puede enfocar el trauma en sí mismo.

En cualquier caso, los objetivos fundamentales de la terapia son proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves (lo cual puede ser conseguido, a veces, por los psicofármacos), hacer frente al trauma, restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario (Echeburúa, 2004). En realidad, la víctima sólo llega a sentirse recuperada cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar razonablemente su vida.

Cuando la víctima ya se muestra incapaz de hacer frente por sí sola al trauma sufrido, los principios básicos de cualquier intervención terapéutica pueden resumirse en los siguientes puntos: mejorar el malestar emocional; ayudar al proceso de curación natural; no emplear tratamientos ineficaces o inaplicables que empeoren la situación o pospongan la recuperación; y adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada persona (Robles y Medina, 2002).

Más específicamente, los objetivos del tratamiento se deben plantear de forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades. En primer lugar, se trata de hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etcétera). En segundo lugar, hay que abordar el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto). Y, por último, se trata de regular las emociones, de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas. Si el proceso culmina con éxito, la víctima obtiene una cierta sensación de calma y de seguridad, asume de nuevo el control sobre su vida y sus emociones, se reintegra socialmente en el contexto comunitario y continúa activamente con su proyecto de vida.

Por otra parte, la superación del *duelo patológico* comparte muchos de los objetivos terapéuticos válidos para las víctimas de un suceso traumático. Ahora bien, el proceso de superación del *duelo* sigue una secuencia peculiar. Concretamente, un primer paso es aceptar la realidad de la pérdida. La experiencia compartida del dolor y de la pena es un segundo paso para la superación del duelo. Como dice un proverbio sueco, la alegría compartida es doble alegría y la pena compartida es media pena. Un tercer paso es proceder a la reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto. Y un cuarto paso es establecer nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual no es siempre fácil por el sentimiento de lealtad al fallecido y por el temor a nuevas pérdidas. En ocasiones, la resignación y el consuelo religioso, así como el apoyo emocional de otros seres queridos (otros hijos, familiares, amigos, etcétera), contribuyen a acelerar este proceso de recuperación (Lee, 1995; Rando, 1993).

5. INDICADORES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE RECUPERACIÓN

5.1. INDICADORES POSITIVOS

Algunos de los indicadores positivos de recuperación, tanto en víctimas de un suceso traumático como en personas que han sufrido la muerte de un ser querido, son los siguientes:

1. En caso de haber recibido un tratamiento psicológico, *acudir con asiduidad a las sesiones de tratamiento y seguir de forma regular las prescripciones terapéuticas*. Ocurre, a veces, que las víctimas de un suceso traumático con un mejor funcionamiento completan el tratamiento, mientras que las que están más necesitadas de él lo abandonan (Hembree, 2003).
2. *Recuperar las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito*.
3. *Aumentar la cantidad y calidad de las actividades e implicarse en una dieta regular de placeres y deleites simples*: una compañía agradable, una comida sabrosa, una lectura interesante, un paseo por el parque o al borde del mar, un espectáculo entretenido, una música grata, una charla amena o reír a gusto. Todo ello contribuye a imprimir un significado a la vida de una persona.
4. *Recuperar la capacidad de sorprenderse y mirar lo de siempre con ojos nuevos, poner interés en las actividades que se hacen cada día y fijarse unas metas concretas que es posible conseguir*. Ver el lado positivo de la realidad ayuda a una persona a desembarazarse de las espinas de la vida cotidiana. El objetivo fundamental es aprender a *corregir* la mirada para centrarse en los recuerdos agradables y en la parte positiva de la realidad.
5. *Ayudar a los demás y tener conductas altruistas*. Estos comportamientos sirven como medio para aumentar la autoestima, distraerse del dolor propio, mejorar en otros síntomas (dormir mejor, sufrir menos ansiedad, etcétera), y, además, fomentan la comunicación y la convivencia.

Las víctimas de un trauma muestran su recuperación cuando recobran la expresión verbal de los sentimientos (en forma de sonrisas, abrazos, gestos afectuosos, etcétera) y ponen orden en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático y también cuando son capaces de integrar este acontecimiento doloroso en su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas, como odio, rabia o impotencia.

En cuanto al duelo por la pérdida de un ser querido, la persona puede considerarlo superado cuando es capaz de pensar en el fallecido sin sentirse abrumada por el recuerdo, prestando atención a las vivencias positivas compartidas y dejándose llevar por un recuerdo sereno (Latiegi, 1999), cuando puede pensar sin culpa sobre la pérdida, expresar los sentimientos sobre ésta, hacerse cargo de la nueva realidad asumiéndola intelectual y emocionalmente y, sobre todo, cuando se siente capaz de proyectar la vida hacia el futuro, con la posible implicación en proyectos ilusionantes (Lee, 1995; Morganett, 1995).

5.2. INDICADORES NEGATIVOS

Uno de los indicadores problemáticos para la recuperación tras haber sufrido un suceso traumático o experimentado la pérdida de un ser querido es mostrar *inestabilidad emocional con anterioridad al suceso*. A su vez, hay un mal pronóstico de recuperación cuando la persona utiliza estrategias de afrontamiento negativas (como beber alcohol en exceso, automedicarse, volcarse en el trabajo de una forma compulsiva, etcétera), así como cuando no observa las prescripciones terapéuticas (Shalev, Friedman, Foa y Keane, 2003).

Otros indicadores negativos de recuperación, específicos de las víctimas de un suceso traumático, son los siguientes: a) haber sido victimizado anteriormente y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en el pasado; b) haber estado expuesto a los estímulos traumáticos de forma intensa y prolongada (por ejemplo, en las situaciones de abuso sexual intrafamiliar en la infancia); c) haber sido traumatizado en un período crítico del desarrollo; d) mostrar respuestas de embotamiento afectivo (*anestesia emocional*), que tienen un mayor riesgo de cronificación de los síntomas; e) haber sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático; f) haber padecido un trastorno ansioso-depresivo grave; y g) padecer sentimientos de rabia u odio, junto con intensos deseos de venganza.

Por último, por lo que se refiere al duelo, éste se elabora negativamente cuando la persona niega el hecho (en forma, por ejem-

plo, de tener visiones de los seres desaparecidos, de poner la mesa para la persona fallecida, de no ocupar la silla del difunto, etcétera), sigue anclada a los recuerdos (dando vueltas una y otra vez a lo sucedido, sin poder apartar de la mente la pérdida acontecida o las circunstancias en las que se produjo), realimenta el dolor (acudiendo continuamente al cementerio o recreándose en las fotos del fallecido), mantiene sentimientos de culpa o de ira respecto al fallecido o a las circunstancias de la muerte, se plantea preguntas sin respuesta posible y tiene dificultades para expresar su dolor a otras personas.

CONCLUSIONES

Los sucesos más traumáticos -la muerte violenta de un ser querido o los acontecimientos negativos repetidos- dejan frecuentemente secuelas imborrables, moldean la visión del mundo, limitan la capacidad de entusiasmo y hacen a las personas más vulnerables a las depresiones, a las enfermedades del corazón, a las infecciones y a las úlceras de estómago. Siempre hay un antes y un después de un suceso traumático. Pero no es menos cierto que sólo una minoría de las personas que se exponen diariamente a las pruebas más penosas de la vida claudican o enferman. Después de todo, la esperanza y el espíritu de superación forman parte del instinto de conservación y de supervivencia del ser humano (Rojas Marcos, 2002).

Por otra parte, la muerte de una persona supone una experiencia profundamente dolorosa vivida por la mayoría de las personas. Concretamente, casi el 5% de la población sufre anualmente la pérdida de un ser querido muy cercano. Sin embargo, la mayor parte de las personas (del 50% al 85%) son capaces de superar adecuadamente esta situación, salvo cuando se trata de la muerte de un hijo, siempre que se tenga en cuenta que el duelo es un proceso de transición y no un mero estado (Bonanno y Kaltman, 2001; Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999). Así, el tiempo medio de duración del duelo suele ser de 6 a 12 meses, pero en el 10% de los casos persiste más allá de 18 meses y se cronifica.

Desde una perspectiva psicopatológica, un suceso traumático genera síntomas ansioso-depresivos y conforma una profunda transformación de la visión de la vida y de los valores más íntimos. En cambio, el duelo supone, en general, una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida desde una perspectiva distinta (Pérez Cuesta y Nicuesa, 1999).

Hay muchas diferencias de unas personas a otras en la forma de sufrir y de recuperarse del trauma y del duelo. Hay quienes están afectadas profundamente durante años y sólo con dificultad consiguen llevar un tipo de vida normal, pero muy limitado. Otras sufren intensamente, pero durante un período corto de tiempo. Y, por último, hay quienes superan lo acontecido casi de inmediato y reanudan su vida en condiciones de normalidad (Bonanno y Kaltman, 2001).

¿Cuál es el significado profundo de la superación del trauma o del duelo? Recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la persona ni interfieran negativamente en su vida futura. Y recuperarse significa, sobre todo, volver a tener la conciencia de que se ocupa de nuevo el asiento del conductor de la vida (Herbert y Wetmore, 1999).

Por último, hay víctimas de situaciones traumáticas que, por mostrar un aprecio más profundo del valor de la vida o por quedarse con una sensibilidad más acentuada, han recuperado e incluso aumentado su fortaleza moral y han encontrado beneficios inesperados a su sufrimiento, no por masoquismo, sino por la aceptación de que la tragedia es parte inevitable de la vida. Igualmente puede ocurrir con aquellas personas que superan el duelo. Y es que con los contratiempos puede ocurrir como con las ostras, que a partir de un grano de arena irritante (*una pérdida*) reaccionan y crean una perla a su alrededor (*una vida nueva*).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARIO, S. (1996). "Pena mórbida". En: *Muerte y neurosis*. Valencia. Pro-molibro.
- AVIA, M.D. y VÁZQUEZ, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza.
- BACA, E. (2003). "La actitud ante la víctima": reacciones personales, sociales y profesionales. En: E. Baca y M.L. Cabanas (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- BACA, E., CABANAS, M.L. y BACA-GARCÍA, E. (2003). "El Proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares". En: E. Baca y M.L. Cabanas (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- BONANNO, G.A. y KALTMAN, S. (2001). "The varieties of grief experience". *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- CLAYTON, P.J. (1985). Duelo. En: E.S. Paykel (Ed.). *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid. Pirámide.
- ECHEBURÚA, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Pirámide.
- ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. (1995). "Trastorno de estrés postraumático". En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill, vol. 2º.
- ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. (2001). "El duelo normal y patológico". En: W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- ESBEC, E. (2000). "Evaluación psicológica de la víctima". En: E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.
- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja". *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 61-83.
- FINKELHOR, D. (1999). "Victimología infantil". En: J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- HEMBREE, E.A. (2003). "Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés traumático". En: E. Baca y M.L. Cabanas (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.

- HERBERT, C. y WETMORE, A. (1999). *Overcoming traumatic stress. A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London. Robinson.
- HINTON, J. (1974). *Experiencias sobre el morir*. Barcelona. Ariel.
- LATIEGI, A. (1999). "Prevención y tratamiento del duelo patológico". En: W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta y I. Vega de Seoane (Eds.). *La familia en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- LEE, C. (1995). *La muerte de los seres queridos. Cómo afrontarla y superarla*. Barcelona. Plaza Janés.
- MORGANETT, R.S. (1995). "Afrontar la aflicción y pérdida de los seres queridos". En: R.S. Morganett. *Técnicas de intervención psicológica para adolescentes*. Barcelona. Martínez Roca.
- PARKES, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York. International Universities Press.
- PÉREZ CUESTA, M. y NICUESA, M.J. (1999). "Afrontar el proceso de duelo". En: W. Astudillo, A. García de Acilu, C. Mendinueta y C. Arrieta (Eds.). *Estrategias para la atención integral en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- RANDO, T. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL. Research Press.
- ROBLES, J.I. y MEDINA, J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid. Síntesis.
- ROJAS MARCOS, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid. Espasa-Calpe.
- SELIGMAN, M. E. (1999). *Niños optimistas*. Barcelona. Grijalbo.
- SHALEV, A.Y., Friedman, M.J., Foa, E.B. y Keane, T.M. (2003). "Integración y resumen". En: E.B. Foa, T.M. Keaney y M.J. Friedman (Eds.). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.
- WORDEN, J.W. (1998). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.