

INTRODUCCIÓN:

Euskal Psiko-traumatologia Eskola



Escuela Vasca de Psico-traumatología

El modelo de debriefing de Gisela Parren es una versión a su vez del modelo original, con partes añadidas como el ritual, el focusing para las emociones, el ejercicio de respiración y la noción de autoapoyo y resistencia ante crisis.

Las explicaciones del funcionamiento del S. Nervioso están basadas en las teorías neurológicas y psicológicas del impacto de los traumas de diferentes autores.

DEBRIEFING PSICOLÓGICO INDIVIDUAL

Todo lo relacionado con la tortura ha ido aprendiendo a lo largo de los años en el laboratorio creado en colaboración con el T.A.T. (Torturaren Aurkako Taldea: Grupo contra la Tortura del País Vasco) en una consulta particular, al tratar a personas torturadas por motivos políticos.

Estas personas al salir de la consulta se están en un ambiente protegido de la realidad que les rodea como podría ser el sistema judicial, la presencia policial, las presiones de la familia de volver a ser torturados, al acceso policial, etc. Impide e le persona torturada sentirse protegida al salir de la consulta. La reacción de alerta es uno de los síntomas que suelen perpetuarse y permanecer a lo largo del tiempo.

VERSION ADAPTADA A SOBREVIVIENTES DE LA TORTURA.

La conciencia presencia policial, las presiones de la familia de volver a ser torturados, al acceso policial, etc. Impide e le persona torturada sentirse protegida al salir de la consulta. La reacción de alerta es uno de los síntomas que suelen perpetuarse y permanecer a lo largo del tiempo.

Esta premisa es fundamental a la hora de trabajar con torturados y marca la diferencia entre los que continúan en su país y los que han huido para refugiarse en otro.

Impartido por Olga Rey Valenciano

Los seres humanos somos seres sociales y cuando el entorno social natural ha desaparecido, se sienten desarraigados y a esto se le puede añadir una situación social de pobreza y falta de recursos que induce en un estado de ánimo más depresivo. Y los seres humanos que sobreviven han tenido que "oxitar" el país de origen. Lo cual puede suponer que si pueden volver algún día, todo se reactive.

INTRODUCCIÓN:

El modelo de debriefing psicológico adaptado a los sobrevivientes de tortura que se presenta a continuación, es una versión adaptada del modelo de debriefing de la psiquiatra Gisela Perren-Klingler. Muchos contenidos que aparecen en estos apuntes, son los que aprendí con ella.

El modelo de debriefing de Gisela Perren es una versión a su vez del modelo original, con partes añadidas como el ritual, el focusing para las emociones, el ejercicio de respiración y la noción de salutogénesis y resiliencia entre otras.

Las explicaciones del funcionamiento del S. Nervioso están basadas en las teorías neurológicas y fisiológicas del impacto de los traumas de diferentes autores que investigan estas cuestiones.

Todo lo relacionado en sí con la tortura es lo que he ido aprendiendo a lo largo de los años en el trabajo realizado en colaboración con el T.A.T. (Torturaren Aurkako Taldea: Grupo contra la tortura del País Vasco) en mi consulta particular, al tratar a personas torturadas por motivos políticos.

Estas personas al salir de la comisaría no están en un ambiente protegido de estímulos aversivos relacionados con el trauma (como podría ser el caso de refugiados políticos), lo que implica un nivel de reacciones o síntomas disociativos mayor que en refugiados políticos.

La constante presencia policial, las posteriores detenciones, la amenaza de volver a ser torturados, el acoso policial, etc. impiden a la persona torturada sentirse protegida al salir de la comisaría. La reacción de alerta es uno de los síntomas que suelen perpetuarse y permanecer a lo largo del tiempo.

Esta premisa es fundamental a la hora de trabajar con torturados y marca la diferencia entre los que continúan en su país y lo que han huido para refugiarse en otro.

Los refugiados están en un ambiente protegido al salir de su país, pero por otro lado, el entorno social natural ha desaparecido, se sienten desarraigados y a esto se le puede añadir una situación social de pobreza o falta de recursos que incide en un estado de ánimo más depresivo. Y no hay que olvidar que para sobrevivir han tenido que "evitar" el país de origen, lo cual puede suponer que si pueden volver algún día, todo se reactive.

1- DEFINICIÓN DE TORTURA COMO EVENTO POTENCIALMENTE TRAUMÁTICO:

Un evento potencialmente traumático es un acontecimiento estresante y altamente impactante que está fuera del ámbito de la normalidad y que supone un peligro para la integridad física y psíquica de un individuo o de varios que lo están viviendo o también que están siendo espectadores.

Cuando es un evento con un principio y final claros, hablamos de **Trauma tipo 1**. (Accidente de coche, violación, etc.)

Cuando el evento se repite a lo largo del tiempo y no tiene un principio ni final claro, hablamos de **Trauma tipo 2** (abuso sexual, violencia de género, etc.).

En el caso de la tortura, podemos hablar de varios eventos traumáticos que se suceden en un intervalo de tiempo que puede oscilar de unas horas a varios días. Aunque el principio y el final están claros, los eventos traumáticos que se dan dentro de la tortura son varios y diferentes: Diferentes formas de maltrato físico, maltrato psíquico, agresiones sexuales, incomunicación...). Por eso la tortura sería un **Politraumatismo** y está situado entre el trauma tipo 1 y tipo 2, sin poderlo encajar en ninguna de esas dos definiciones.

Un evento traumático puede ser sobrellevado si la sociedad dispone de recursos y si el individuo dispone también de recursos internos que le ayuden. De hecho, los humanos tenemos la capacidad de aprender y crecer después de vivir una experiencia traumática, lo que significa que somos más fuertes de lo que la Psiquiatría o Psicología convencional consideran.

El evento traumático puede afectar no sólo a las personas que están viviéndolo directamente (traumatización primaria), sino también aquellos que escuchan lo ocurrido o que intervienen ayudando a estas personas (traumatización secundaria).

Toda persona que ha vivido un evento traumático donde se ha percibido impotencia total y pánico (miedo a morir, a volverse loco, etc.), reacciona con las reacciones agudas de estrés postraumático. Estas reacciones son universales y normales tras una situación "anormal" y en muchos casos van remitiendo con el paso de los días. En otros casos, las reacciones se convierten en síntomas y pueden cronificarse dando lugar al diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

2- TIEMPOS DE REACCIÓN Y SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

Todos los seres humanos después de vivir un evento traumático experimentan las llamadas "reacciones traumáticas agudas de estrés".

La **reacción traumática aguda** puede durar aproximadamente **8 semanas** y puede ser elaborada con los recursos internos y externos y ser integrada. Después de este tiempo, la gente puede continuar viviendo sin que el recuerdo le invada. Esto dependerá en parte de la capacidad de resiliencia de la persona, del apoyo social, del estado psíquico anterior al trauma y de la ausencia o presencia de traumas anteriores sin elaborar.

Estas reacciones son totalmente normales después de vivir un evento traumático y la intensidad y frecuencia suele ir disminuyendo en las semanas posteriores al trauma. Si no es así, se desarrolla el llamado "Trastorno por estrés postraumático".

El **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)** aparece **8 semanas** después del trauma y se caracteriza por el aumento de esas reacciones o al menos por el mantenimiento en frecuencia y intensidad de lo que antes eran reacciones agudas al estrés. Después de 8 semanas, se instala el trastorno y lo que antes eran reacciones ahora son síntomas de una enfermedad psíquica que requiere una intervención psicológica especializada y focalizada en el trauma.

Si la sintomatología postraumática dura menos de 3 meses, hablamos de un Trastorno por Estrés Postraumático Agudo.

Si los síntomas duran más de tres meses, ya hablamos de un Trastorno por Estrés Postraumático Crónico.

El Estrés Postraumático Crónico puede aparecer sin que se cumplan los criterios necesarios para el diagnóstico (DSM-IV, CIE-10). Generalmente aparece camuflado en forma de depresión, de otros trastornos de ansiedad, de trastornos disociativos, trastornos de control de los impulsos (sobre todo de los agresivos), adicciones, trastornos psicósomáticos, trastornos alimentarios e incluso puede llegar a manifestarse en forma de delirios, brotes psicóticos y llevar al suicidio a quien lo padece.

La forma que toma el trauma con el paso del tiempo es difícil de identificar y por eso es importante poner especial atención a la búsqueda de traumas pasados en la anamnesis de cada persona.

RESILIENCIA:

- Propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión. (Espasa).
- Índice de resistencia al choque o percusión. (Larousse).

A nivel psicológico, la resiliencia sería la resistencia al sufrimiento y se refiere tanto a la capacidad de resistir las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esta resistencia. (Boris Cyrulnik. "Los patitos feos").

La resiliencia tiene que ver con la dotación genética y con la crianza en los primeros años de vida. La niña o niño que sintió seguridad, afecto y protección tiene más capacidad de resiliencia que otro que no lo sintió. El niño que es inteligente, guapo, simpático y que ha sido reforzado por los adultos tiene más resiliencia que otro que no fue así.

En el caso de los niños sometidos a situaciones traumáticas, la resiliencia puede desarrollarse a través de "Guías de resiliencia" que le brinden ese autoconcepto de ser una persona merecedora de afecto, valoración. Estas guías de resiliencia otorgan al niño la capacidad de seguir desarrollándose pese a la situación traumática vivida. . (Boris Cyrulnik. "Los patitos feos").

Antonovsky descubrió entre los sobrevivientes del holocausto que no todos estaban enfermos. Él siempre preguntaba cómo hicieron para sobrevivir durante y después del trauma y descubrió que la gente que tuvo la **SENSACIÓN DE CONTROL** durante el trauma, lo pudo sobrellevar mejor que aquellos que no tuvieron ninguna sensación de control.

Otra de las premisas importantes es la **CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN**. Si la gente entiende el porqué, el trauma es mucho más fácil de integrar, que si no se entiende nada.

EL SENTIDO es la tercera condición necesaria para sobreponerse a los traumas según Antonovsky.

El sentido tiene mucho que ver con la capacidad de comprensión y con la sensación de control que tuvo la persona mientras ocurría. Pero quizá el sentido es más difícil de encontrar y generalmente tiene que ver con las creencias sobre la vida que tenía la persona y con lo que el trauma enseña a la persona que lo ha vivido.

El llamado crecimiento postraumático puede ser el sentido que le da la persona a lo ocurrido. A veces son creencias religiosas, místicas o simplemente el precio que hay que pagar en determinadas circunstancias, siempre que no este relacionado con la culpa, sino con la aceptación.

El sentido es la aceptación del trauma desde la trascendencia; no desde la resignación y la culpa.

¿CÓMO SOBREVIVEN LAS PERSONAS DURANTE LA TORTURA?

Si aplicamos estas tres premisas a la situación de tortura, a primera vista parece imposible que alguien pueda tener control, entender lo que ocurre y darle un sentido, pero no es así.

En el caso de las personas sometidas a tortura, el control que tuvieron durante las sesiones de tortura, no tiene porque ser real, sino que puede ser fantaseado. Además, una mínima sensación de control, ayuda a mantener después la autoestima. También por esa razón es tan importante que después recuperen el control y sepan manejar las reacciones o síntomas que tengan. La información es vital para tener sensación de control. (No me estoy volviendo loco; esto es normal).

La comprensión de lo que está ocurriendo suele darse en aquellas personas que sabían que podían ser detenidas y torturadas. Sabían que podía ocurrir y en cierto modo lo esperaban, lo que reduce el shock del trauma y le da un sentido. La propia tortura le da un sentido a las causas que han llevado a los activistas políticos a su lucha. *"Un sistema que permite la tortura, debe ser combatido"* y el sistema de creencias puede salir fortalecido en vez de aniquilado como pretenden los torturadores.

El trauma se agrava cuando las personas torturadas no se lo esperan, no son activistas políticos (familiares, parejas, amigos...) y por lo tanto no entienden nada de lo que ocurre.

Si ya la tortura es difícil de comprender (cómo puede un ser humano hacer semejante cosa), e incluso aunque se deshumanice a los torturadores en un intento de asimilar la experiencia, para una persona que nunca ha pensado que a ella le podía ocurrir semejante cosa, la herida traumática puede ser mucho más grave aunque la tortura haya sido "leve", precisamente porque esta falta de comprensión, control y sentido no deja cerrarse la herida.

Además de estas tres premisas, según recientes estudios, las personas tenemos la capacidad de amortiguar los golpes de la vida mediante las emociones positivas. Ellas serían el humor positivo, la gratitud, el interés, la alegría, la felicidad y el amor.

Las personas que son capaces de experimentar estas emociones durante y después del trauma, tienen mucha más capacidad para afrontar las reacciones postraumáticas activamente, para reducir el estrés, y a largo plazo para minimizar los riesgos de depresión y reforzar los recursos. (Frecrickson y Tugade, 2003).

Por todo lo mencionado es importante no victimizar a las personas torturadas ya que son sobrevivientes de la tortura y muchas de ellas pueden afrontar lo ocurrido y sobrellevarlo sin ayuda terapéutica. Si hay apoyo social y la persona no se aísla del entorno, es muy probable que pueda sobrellevarlo.

Aún así, debido a las características propias de las reacciones agudas, es importante prevenir que el trauma no se instale. Por eso es necesaria la elaboración de lo ocurrido de una forma estructurada, que contenga las emociones e informe a la persona de todo lo que ha ocurrido durante la tortura y todo lo que puede ocurrir después.

3- ¿QUE OCURRE DENTRO DE UNA SITUACIÓN TRAUMÁTICA?

En una situación traumática el cerebro se moviliza para garantizar la supervivencia de la persona, activando los sistemas de respuesta al estrés máximo. El estrés en este caso es adaptativo porque hace que la persona pueda salvarse.

El Sistema Nervioso se activa para garantizar la respuesta de supervivencia más adecuada en ese momento: huir, luchar o quedarse paralizado.

Estas respuestas del S.N. son automáticas. No dependen ni de la voluntad de la persona, ni de la conciencia y se pone en marcha automáticamente antes de que la persona se de cuenta de que la situación es peligrosa. Solamente en el caso de equipos que se preparen para afrontar situaciones traumáticas (bomberos, personal de la emergencia...), estas respuestas pueden ser "programadas" y aún así, siempre se corre el peligro de quedarse paralizado.

REACCIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS AL ESTRÉS

LAS REACCIONES FÍSICAS AL ESTRÉS las activan el Sistema Nervioso Simpático en las respuestas de lucha o huida y el Sistema Nervioso Parasimpático en la respuesta de congelación.

Las respuestas de lucha o huida ante un evento traumático se deben a la activación del Sistema Nervioso Simpático. Esto supone el aumento de la fuerza muscular tanto estriada como no estriada, que prepara al organismo para luchar o huir.

Al mismo tiempo que aumenta la fuerza muscular, disminuye la sensibilidad física. La gente siente menos el dolor por el efecto de la producción de endorfinas y a veces no se dan cuenta que están heridos. Tampoco sienten ni cansancio, ni sed, ni hambre. Esta es una respuesta de disociación adaptativa, que permite sobrevivir a todas las especies animales y humanas. En esta fase de excitación por la respuesta de lucha o huida, el Sistema Nervioso Parasimpático permanece casi inactivo.

La respuesta de congelación se da cuando se percibe que no hay posibilidad de lucha o de huida. En este tipo de respuesta automática, el Sistema Nervioso Parasimpático se activa y hace que disminuya el ritmo cardíaco y la presión arterial, que provoque la retracción del flujo sanguíneo a los músculos y también que se produzcan endorfinas. Esta respuesta se vive por las víctimas como sensación de tranquilidad, y está acompañada de embotamiento afectivo ya que la mente se queda abotargada y disociada debido en parte a los altos niveles de endorfinas.

La primera respuesta del Sistema Nervioso suele ser de shock. Este shock dura unos segundos e inmediatamente después se activa el Sistema Nervioso Simpático.

Al activarse el S. N. Simpático, el cerebro prepara al organismo para huir. Si la huida es imposible, lo prepara para luchar. Si la lucha también es imposible, se activa el S.N. Parasimpático. La frecuencia cardíaca puede bajar de 120 pulsaciones por minuto a 60 en cuestión de segundos y sobreviene el estado de congelación o parálisis.

LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS AL ESTRÉS se manifiestan en la percepción y en la sensación emocional. La percepción está aumentada y focalizada y la emoción o sensibilidad emocional está disminuida.

La percepción puede estar focalizada o al exterior (Monitoring) o al interior (Blunting). Cuando la percepción está focalizada en el exterior, las personas están protegidas de lo que están viviendo, ya que no sienten el cuerpo, no perciben el peligro, ni sensaciones internas de cansancio, hambre o sed.

Cuando la percepción está focalizada en el interior, la persona cierra metafóricamente los ojos hacia fuera y entra dentro de sí misma buscando la sensación de seguridad personal. En este caso la percepción es borrosa y este tipo de focalización al interior puede ser muy útil en el momento en que la persona ya no puede más y siente una impotencia total. En estos casos la gente se mete dentro de su seguridad personal con sus ideales, sueños, recuerdos vitales positivos, etc.

La sensación emocional o sensibilidad está también (como la física) anestesiada. A esta sensación se le llama estupor emocional y la gente no es consciente de lo que está ocurriendo a nivel emocional. El horror les viene después de que termina la situación.

La anestesia emocional está unida a la anestesia física y depende de la concentración de endorfinas en la sangre, ya que aumentan los niveles de endorfinas como reacción al estrés.

4- ¿QUE OCURRE DESPUÉS DE LA SITUACIÓN TRAUMÁTICA?

REACCIONES ESPECÍFICAS POSTRAUMÁTICAS:

La hiperexcitación: supone agitación, impaciencia, falta de concentración, problemas de sueño (tanto para conciliarlo como para mantenerlo), irritabilidad, sensación de alerta constante y sobresaltos ante ruidos.

El Sistema Nervioso sigue estando activado como cuando ocurrió la tortura y mantiene a la persona en la situación de peligro constante aunque ya no sea real.

Recuerdos intrusivos recurrentes: pesadillas, Flash backs, pensamientos intrusivos.

Los recuerdos intrusivos generan más hiperexcitación y se forma un círculo vicioso ya que la hiperexcitación provoca más recuerdos intrusivos.

Los recuerdos intrusivos pueden ser pensamientos constantes sobre lo que ocurrió o pueden ser Flash Back, que sería revivir otra vez el evento como si estuvieran dentro de la situación, con toda la agitación y sensación emocional que tuvieron en el momento y sin poderlo controlar.

El comportamiento suele volverse agresivo y generalmente los hombres sacan fuera la agresión, mientras que las mujeres se auto-agreden.

La evitación: la gente evita sitios, situaciones o personas que puedan recordar el trauma, pudiendo llegar a generarse una fobia. Se evita pensar, hablar de ello y se intenta olvidarlo por todos los medios. Al evitar todo esto, lo que se intenta es dejar de sufrir la experiencia y dejar de revivirla, apartándose de todos los estímulos que la reactivan.

El precio de la evitación es que se generaliza cada vez más lo evitado. Se empieza por evitar ver uniformes del cuerpo policial que torturó; luego se evitan todos los uniformes hasta el punto de llevar a una persona al aislamiento total. Y además, la evitación no sólo no logra integrar el trauma, sino que además es uno de los mejores predictores del desarrollo de un estrés postraumático.

Embotamiento emocional:

El embotamiento emocional supone dejar de sentir las emociones. Es lo que se llama "la disociación emocional" y se observa en forma de frialdad emocional. La activación del S.N. impide que la persona sienta su cuerpo y sus emociones, tal y como ocurría dentro de la situación de tortura.

El precio es no tener emociones positivas, ya que si el cerebro evita sentir todo lo negativo, tiene que bloquear todo el sistema emocional para no llegar a sentir nada.

Este tipo de disociación emocional, hace que la gente piense que está bien cuando exteriormente podemos ver que no es así. Estas personas dicen que están tranquilas, pero su frecuencia cardiaca es alta, o incluso podemos observar una respiración agitada, que es algo que les ayuda a mantener las emociones fuera de la conciencia. (Una respiración lenta o situaciones de relajación son un peligro porque pueden empezar a sentir todo).

El círculo vicioso:

La hiperexcitación provoca memorias intrusivas, evitación y embotamiento emocional. Entre más situaciones relacionadas con el trauma se eviten, se tienen menos recuerdos intrusivos y menos hiperexcitación, pero al bajar la hiperexcitación se empiezan a sentir las emociones negativas, con lo que se tiene que mantener un nivel de hiperexcitación constante. Entre más hiperexcitación halla, es más probable que aumente la reacción de evitación y la persona se aísle y se disocie emocionalmente mucho más, lo que implica rupturas de pareja, con el ambiente, ya que no sienten amor, ni disfrutan de la vida como antes. De esta manera, se establece un círculo vicioso que perpetúa el desarrollo de la sintomatología postraumática.

Por eso es tan importante que entiendan como unas reacciones se relacionan con otras para mantenerlas en un estado que se basa en el mantenimiento de los sistemas de estrés neuro-fisiológicos y precisamente la prevención pasa por conseguir que el estrés disminuya hasta niveles normales para que así disminuyan todas las demás reacciones.

REACCIONES NO ESPECÍFICAS AL TRAUMA

Impotencia: la impotencia provoca sentimientos muy desagradables como la vergüenza, la rabia, el miedo, el horror, la culpa, la tristeza, el asco, el odio.... Cuando la gente habla de estas emociones en el debriefing, podemos pensar que detrás de ellas está la impotencia.

Pérdidas:

La mayor pérdida es la seguridad básica, los valores y las creencias, pero también se pierden cosas materiales, propiedades, funciones físicas por heridas, etc. Todas las pérdidas provocan duelo y tristeza y en casi todos los traumas hay tristeza y procesos de duelo.

Confusión:

La confusión tiene que ver con las reacciones específicas. Al tener memorias recurrentes intrusivas, la persona vuelve al trauma una y otra vez y eso le confunde con la realidad del aquí y ahora, ya que el pasado vuelve y esto hace que la gente no esté bien situada ni en el tiempo ni en el espacio.

La pérdida de valores y creencias personales unidas al cambio en la forma de ser y actuar y la falta de control sobre los estados fisiológicos y emocionales puede confundir a la persona respecto a su identidad.

Odio:

Las consecuencias derivadas del trauma y el propio trauma en sí, pueden despertar intensos sentimientos de odio. Este sentimiento perpetúa el trauma y lo mantiene activo en su forma más agresiva, dando mucha fuerza y sensación de omnipotencia a la persona. El odio puede parecer un antídoto contra la impotencia, pero a la larga es totalmente destructivo para la propia persona.

El peligro del odio es que necesita seguir alimentándose y nunca se queda quieto ni focalizado. Detrás de este sentimiento suele haber algún valor personal o creencia dañada que hay que elaborar cognitivamente y también suele haber mucha impotencia no aceptada.

Sin la voluntad y la comprensión de la propia víctima de la necesidad de acabar con el odio, el trabajo que realicemos será inútil y el trauma permanecerá hasta cronificarse.

Paranoia fatalista:

Cualquiera que sea el tipo de trauma, suele provocar una expectativa de repetición en casi todas las víctimas. Esto es producido por el intenso miedo que vive la persona.

Tanto si el miedo toma la forma de fatalidad y se extiende a diferentes situaciones (comportamiento fóbico general, agorafobia, ansiedad generalizada, fobias específicas), como si lo que se espera es que se repita la misma situación traumática, las víctimas empiezan a protegerse de esa posible repetición, con pensamientos y comportamientos paranoides.

La paranoia fatalista tiene mucho que ver con la reacción o síntoma de "alerta constante" y se refuerza con las creencia de que va a volver a ocurrir y que puede ser evitado si se tiene cuidado y uno está alerta.

Puede haber de una forma semi-consciente la sensación de que uno pudo evitar lo ocurrido y no lo hizo (con sentimiento de culpa) o simplemente, puede ser la propia excitación la que mantenga el estado de miedo.

Esto hace no sólo que eviten muchas situaciones relacionadas con el trauma, sino que les puede llevar al aislamiento y mantener la hiperexcitación y el estado de alerta durante mucho tiempo.

5- LA MEMORIA

LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS:

La memoria traumática consiste en fragmentos de emociones, comportamientos o pensamientos y estados fisiológicos que no tienen relación consciente entre ellos y que están separados como las piezas de un puzzle.

Esto significa que puede venir una sensación física de hiperexcitación ante un estímulo aparentemente no relacionado con el trauma, sin su correspondiente pensamiento, o sin el recuerdo del hecho que lo provocó.

Ejemplos:

El ruido de un bar provoca reacciones de hiperexcitación y la persona torturada no lo relaciona conscientemente con los gritos en la tortura, pero su cerebro, sí.

Situaciones donde hay mucha gente y la invasión de espacio no consciente provoca reacciones o emociones muy desagradables y la persona no lo relaciona con la invasión de su propio espacio y cuerpo en la tortura, pero su cerebro, sí.

Cuando aumenta la frecuencia cardíaca por hacer deporte, tener relaciones sexuales, o cualquier otra situación positiva, pueden aparecer recuerdos intrusivos, emociones o sensaciones muy desagradables, que la persona no relaciona con el estado fisiológico de hiperexcitación en la tortura, pero su cerebro, sí.

Estos recuerdos traumáticos les vienen a los sobrevivientes sin ningún control de la voluntad, lo que significa que la memoria está distorsionada en el tiempo y en el espacio y no viene cuando uno decide, sino cuando algún estímulo lo recuerda e incluso, sin que haya ningún estímulo externo.

En ciertas fechas como aniversarios, o si la persona tiene una fisiología similar a la que tuvo en el evento traumático, -que puede ser cuando la persona está agotada o está sometida a estrés-, le pueden venir todas las emociones del trauma.

La memoria traumática no cambia con el tiempo. Puede perder algo de intensidad, pero lo demás no cambia. Las víctimas relatan lo mismo una y otra vez, de la misma manera, independientemente de quien esté escuchando y sin adaptarlo al interlocutor. (El relato es el mismo independientemente de que sea un niño, un adulto, un médico, etc.). Lo que se cuenta no puede ni sintetizarse, ni desarrollarse. Siempre es el mismo fragmento de los hechos y contado de la misma forma.

En este sentido, la víctima puede traumatizar a los más desprotegidos (niños, etc.), ya que el que escucha tiene el peligro de fantasear lo ocurrido, y la fantasía suele ser mucho más terrible que la realidad.

LOS RECUERDOS INTEGRADOS:

En los recuerdos integrados tenemos una historia o narrativa de secuencias lógicas. El relato es del inicio al fin con una lógica interna. Uno puede disponer a voluntad de esa memoria y también puede evitar pensar en ello cuando quiere o no hablar de ello.

Esta memoria también está adaptada a la situación social, es decir, se cuenta de diferente manera según el interlocutor (se adapta el relato para el niño, para el adulto, para el médico, etc.). También se puede sintetizar y/o desarrollar el relato.

La memoria integrada activa partes diferentes del cerebro, del cortex y del tálamo, y eso se puede ver en scanner cerebrales. Si logramos cambiar la memoria traumática en integrada, se abren las puertas para activar el proceso de recuperación cerebral dañado por el trauma.

6- EL DEBRIEFING: DEFINICIÓN, MODELOS.

El debriefing psicológico en su objetivo original, era prevenir la aparición de un TPET y así permitir que los equipos de intervención pudieran seguir funcionando sin problemas (sin llegar a quemarse). Además, así se podía detectar de forma precoz los trastornos que necesitarían una asistencia específica (prevención selectiva) para derivar al paciente a una psicoterapia breve y focalizada en el TEPT.

Por esa razón, al ser una técnica preventiva y hablar de reacciones normales tras un evento "anormal", esta técnica no es considerada terapéutica, ya que no estamos tratando ningún trastorno, sino una reacción normal ante situaciones críticas. (Al igual que ocurre cuando alguien decide acudir a un profesional por un duelo reciente, estas sesiones de apoyo tampoco serían una psicoterapia en sí, al ser la reacción de duelo completamente normal).

El objetivo precisamente es evitar la psicoterapia, al evitar el desarrollo del TPET.

Origen histórico:

El modelo de debriefing psicológico fue creado por Mitchell en el año 1983, al darse cuenta en su trabajo como conductor de ambulancias, del impacto que tenían los eventos traumatogénicos en el personal que trabajaba en ambulancias, y así poder prevenir el desarrollo de un Trastorno por Estrés Postraumático.

Mitchell desarrolló el CISD (Critical Incident Stress Debriefing), que es un modelo muy empleado por los equipos de emergencias.

Originalmente, el debriefing designaba un procedimiento preciso, practicado en el ejército americano después de un combate o de una misión, que debía ayudar a los soldados a superar sus reacciones y a volver rápidamente al frente o a misiones posteriores. Más adelante, el debriefing se ha revelado como una medida preventiva voluntaria contra la traumatización secundaria (traumatización por rebote) y contra el burn-out, utilizándose al principio por algunos cuerpos de policía y conductores de ambulancia (Mitchell, 1993). (Gisela Perren-Klingler (2003). Debriefing. Modelos y aplicaciones).

Este modelo de debriefing psicológico ha tenido muchas variantes desde su creación, y ha ido desarrollándose en su aplicación tanto grupal como individual, e incluso en el objetivo de la intervención.

Las diferencias más significativas entre el modelo de debriefing psicológico original creado por Mitchell, y la versión diseñada por Gisela Perren-Klingler, son las siguientes:

En la variante de debriefing de Gisela Perren-Klingler, aparecen las siguientes características y diferencias con el modelo de Mitchell:

- El enfoque es salutogénico y considera que hay reacciones normales tras el evento, y no síntomas.
- Introduce técnicas para proteger a los debriefers (los que realizan el debriefing), evitando la traumatización secundaria.
- Introduce la técnica en el ámbito individual y no sólo para grupos.
- En la parte de los hechos, introduce los pilares de seguridad, que limitan la historia traumática en la historia vital, entre dos momentos buenos. También impide la inundación de la emoción en esta parte, y devuelve la historia resumida de los hechos, para ayudar a integrarla y a que la persona ponga una distancia emocional con ella.
- Introduce el peor momento en la fase de los pensamientos, y la interpretación de ese peor momento por parte de la víctima.
- Introduce el fraccionamiento de la emoción, evitando la catarsis y posibilitando la percepción de las emociones asociadas a nivel corporal, y ayuda a aceptarlas como normales, proporcionando la sensación de control sobre ellas.
- Introduce las técnicas de manejo de estrés y de control de las reacciones postraumáticas. Potencia el uso de recursos.
- Introduce un acto simbólico para dejar la experiencia en el pasado.
- Introduce la visión del crecimiento postraumático.

Otras versiones de debriefing:

Hay otros modelos que están siendo utilizados en Europa, como el modelo de Dyregrov (1988), el de F. Parkinson (1997) y el de K. Armstrong (1991). Todos ellos siguen la secuencia de los hechos, sentimientos y formas de afrontar el evento traumático, variando en la complejidad y en el número de pasos de la técnica.

7- LOS 7 PASOS DEL DEBRIEFING

1º PASO: INTRODUCCIÓN:

Se explica a la persona lo que es el debriefing y la meta de la técnica. Tenemos que adaptar el lenguaje al nivel cultural de la persona, usando palabras sencillas, para que lo entiendan bien.

Se utiliza **el lenguaje cognitivo** (se le dice a la persona que lo que pasó era muy difícil, no terrible) para no ponerle en la emoción, que en este momento no conviene. La palabra difícil tiene una connotación de "superable" y terrible es algo que parece no poderse superar.

Se le explica que podemos ordenar la historia de lo que pasó, para compartirlo y que queremos conocer exactamente lo que ocurrió.

También se informa del tiempo que va a durar el debriefing, que será aproximadamente hora y media, aunque la duración depende de lo que duró la experiencia traumática.

En la introducción la persona tiene que estar de acuerdo en hacer la técnica. No puede hacerse contra la voluntad de la persona, ya que necesitamos la palabra y la colaboración para que funcione. Una persona no motivada, no sirve.

Hay que informar de la confidencialidad absoluta de la técnica y también si es un debriefing de grupo, de las reglas del grupo.

Nunca se escribe en un debriefing, porque hay que estar completamente presente al hacer la técnica.

2º PASO: RELATO DE LOS HECHOS

En los hechos queremos hacer solamente una historia cognitiva (nada de emoción).

La pregunta central es: ¿Qué paso?.

Hay cinco preguntas básicas que son las que nos van a ayudar a tener toda la historia de los hechos:

¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Con quién? ¿Cómo? ¿Qué ocurrió?

Nunca se usa ¿Por qué? ya que en la parte de los hechos no hay ni interpretación, ni emoción, ni pensamiento.

Se trata de saber que vieron, que escucharon y que hicieron y nunca que vivieron, porque lo vivido es emocional y en el recuerdo traumático, la persona tiene poco acceso a lo cognitivo y un acceso enorme a lo emocional. Por eso el lenguaje es muy importante en este paso, para no utilizar ninguna palabra que lo conecte con la emoción. Es muy importante ser autoritario en esta fase para evitar todo lo que es emocional.

Los hechos tienen que relatarse como una película de manera que el interviniente pueda hacerse una idea general de lo que pasó realmente, y no de lo que uno piensa que pasó.

Pilares de seguridad

Antes de empezar el relato, tenemos que buscar el pilar de seguridad anterior al hecho traumático y el pilar de seguridad posterior que marca el fin del hecho traumático.

Los pilares de seguridad son aquellos momentos positivos inmediatamente antes y después del evento. Encierran así el evento traumático entre dos eventos positivos.

Se pregunta cuándo empezó el evento e inmediatamente después qué es lo que estaba haciendo antes de que ocurriera.

Se pretende buscar el momento donde la gente estaba bien, se sentía segura y si en ese momento no hay nada positivo para la persona (quizás estaba discutiendo con la pareja), se busca cualquier momento relacionado que le ponga en una fisiología buena y en una buena sensación (por ejemplo, cual fue el mejor momento con la pareja).

Cuando vemos en la fisiología las sensaciones positivas, pasamos a buscar el segundo pilar.

El segundo pilar de seguridad suele ser menos intenso: es el momento en el que la persona sabía que el evento traumático estaba terminado porque estaba a salvo de todo peligro. No importa que la persona tenga heridas, ni que se sienta mal. Lo importante es marcar el final del evento traumático y se caracteriza por seguridad y protección.

Es importante establecer los dos pilares, porque esto ya dice mucho sin necesidad de hablarlo: que hay un antes y un después y también que es algo que empezó y terminó, aunque ahora se sientan las secuelas.

Una vez que están los dos pilares puestos, se hace el puente de los hechos de un pilar al otro.

Relato

Empezamos relatando el primer pilar. Tras esto, empezamos con las preguntas cognitivas (qué pasó, dónde, quién...y después qué pasó...). En cuanto vemos que baja la cabeza, o la mirada o cierra los ojos (entra en la emoción) hay que hacer taping (tocar a la persona en el brazo, que hace que nos mire instintivamente) y tener la siguiente pregunta preparada.

Lo importante es evitar que entre en la emoción y reaccionar rápido para evitarlo (*¿me dijo un coche grande, de qué color era? ¿Cuántas personas había? ¿Qué ropa llevabas puesta? ¿Cuántas ambulancias llegaron?, etc.*). La víctima tiene que volver así a la cognición para explicar los hechos.

Es muy importante **hablarle en pasado** de lo que ocurrió, aunque la persona lo cuente en presente. Siempre tenemos que preguntarle y devolverle el relato de los hechos **en pasado**.

Cuando tenemos la historia traumática relatada, se hace una devolución exacta de la historia que nos ha contado la persona, pidiéndole que nos corrija si nos equivocamos en algo o nos olvidamos de algo.

PASO 3ª LOS PENSAMIENTOS: (Transición)

En este paso se hace el puente de los hechos a la emoción. Aquí se permite lo emocional porque la interpretación de lo peor es lo que está ligado directamente a la emoción y al sentido personal del trauma. En esta parte necesitamos indagar hasta dar con la herida interna.

Las preguntas para el pensamiento son:

¿CUAL FUE EL PEOR MOMENTO?.

¿Por qué fue ese el peor momento? ¿Qué pensó? ¿Qué piensa ahora?.

En este paso, no se habla sólo en pasado, sino que uno cambia del pasado al presente. Se pregunta tanto por lo que pensó, como por lo que piensa ahora.

Al preguntar por qué fue ese el peor momento, pueden parecer obvias las siguientes respuestas: "*Porque me violaron*"; "*porque me estaba axfisiando*". Pero esto en sí no explica porqué fue ese el peor momento.

Debajo de esto está el pensamiento que buscamos; la interpretación personal que hace la víctima de lo ocurrido: Porque pensaba que me iba a morir; porque me derrumbé y me convertí en un chivato; porque la vida ya no iba a tener sentido para mí.

La respuesta al porqué puede ser totalmente sorprendente para nosotros y por eso hay que estar muy receptivos a escuchar el porqué, intentando no proyectar nuestras creencias o pensamientos en las víctimas.

Queremos saber la interpretación que la persona hace de ese peor momento, porque eso nos dice porqué fue tan difícil para la persona y generalmente hay algún valor personal o creencia que ha sido dañada.

PASO 4ª SENTIMIENTOS, EMOCIONES

En este paso todo se hace en el presente, porque la emoción no puede sentirse más que en el presente. Durante la exposición traumática la gente no pudo sentir la emoción porque estaba anestesiada y después del trauma, al tener reacciones traumáticas de disociación, tampoco pueden sentirlo.

Al reconocer la emoción, este reconocimiento se hace congruente con la historia vivida para la persona y entonces puede ponerlo en el pasado.

Las sensaciones se sienten dentro del cuerpo y no se habla de emociones, sino de lo que siente la persona dentro del cuerpo.

Se permite sentir la emoción, pero no que tengan un flash back ni una catarsis y si viene una emoción muy intensa, hay que volver al lenguaje cognitivo (¿en qué momento concreto sintió eso?) para salvar a la persona de la catarsis y por lo tanto de la retraumatización.

También puede ser necesario hacer el ejercicio de la respiración si la persona está muy disociada, porque la respiración les asocia de nuevo o si esta muy inundada por la emoción, para calmarles.

Lo importante es que la persona pueda hablar de la emoción sin hundirse. Para ello se le ayuda a entrar y salir de ella en dosis pequeñas cada vez y con contención.

Se hace la elaboración de los sentimientos, a través de una técnica que viene de la hipnosis, llamada **Focusing**: la percepción fraccionada en el cuerpo.

En esta técnica, la gente entra dentro de sí misma con la atención focalizada para descubrir las características simbólicas de esa emoción.

Cada vez la persona entra un poco más en la sensación, pero con control; controlando el acceso a lo que siente.

Hasta ahora no hablamos de emociones traumáticas, sino de sentimientos: lo que siente la persona dentro de sí. Se fracciona en pedacitos de percepción la emoción por medio de preguntas concretas, y así conseguimos que la persona entre en la emoción poco a poco para describir las preguntas que le hacemos.

En el caso de personas muy disociadas, que nos dicen que no sienten nada o que sienten vacío, les preguntamos lo mismo. ¿Dónde siente ese vacío en el cuerpo?

FOCUSING

Para empezar preguntamos: Cuando piensa en este peor momento, ¿tiene alguna sensación en su cuerpo?

- 1- ¿Donde lo siente dentro de su cuerpo?. Le pedimos que nos muestre la localización exacta (izquierda, centro, derecha, etc.)
- 2- ¿Esta sobre el cuerpo o dentro del cuerpo?
- 3- ¿Es más frío o más caliente que el resto del cuerpo?
- 4- ¿Es pesado o ligero? ¿Hacia donde pesa? (no existe gravedad en el cuerpo)
- 5- ¿Qué superficie tiene, lisa o rugosa?
- 6- ¿Se mueve o esta quieto? ¿Por donde se mueve? (si se mueve en el mismo sitio, casi siempre esta asociado al movimiento del corazón o de la respiración). ¿Se mueve rápido o lento? ¿Es un ritmo repetitivo o discontinuo?
- 7- ¿De qué material está hecho? ¿Es algo sólido, líquido o gaseoso?
- 8- ¿Qué tamaño tiene? ¿Puede señalarme el tamaño con las manos?
- 9- ¿Cómo le llamaría a esa emoción? ¿Qué adjetivo le pondría?

EMOCIONES

El miedo, el pánico, el horror, el terror, la rabia, la ira, el odio, la tristeza, la vergüenza, la culpa, la impotencia, la angustia... son emociones que vamos a encontrar en las personas que han vivido una situación que les haya traumatizado.

La persona nombra la emoción principal. Podemos proponerles 3 o 4 emociones si observamos que no saben cómo llamarlo.

Cuando le han puesto el nombre (impotencia), se busca el apellido con otra emoción a ser posible.

Si espontáneamente ponen un adjetivo que no es otra emoción, lo damos por válido (impotencia fría). Sino, ofrecemos otras 3 o 4 emociones (impotencia angustiosa, culpable, vergonzosa...?).

Se le pone una etiqueta a la emoción y así la persona puede reconocer lo que siente. Tiene que ser lo que la persona siente, no nuestra interpretación de lo que debería sentir.

Al ponerle el nombre y el apellido, la persona también tiene un control de la emoción y tenemos que buscar el **Si congruente**, que es que la persona al menos dice tres veces sí con la cabeza o con palabras.

Si alguien dice que sintió "tristeza impotente" desde el principio, hay que decirle donde y hacer todo el focusing porque queremos que se reencuentre con la emoción y no sólo que la piense en su cabeza. Además, después hay veces que se dan cuenta que era otra emoción.

Después, se le hace una devolución resumida del pensamiento y emoción y se explica que esa emoción es normal y natural para el acontecimiento que ha vivido, lo que da tranquilidad a la persona.

Con este comentario, ya estamos de nuevo utilizando el lenguaje cognitivo y hacemos el puente para el paso 5ª de la información.

Es muy importante para los debriefers, protegerse y no meterse dentro de la emoción del otro, ya que la identificación en este caso no ayuda ni al paciente, ni al debriefer. Hay que estar cerca del paciente pero sin identificarse nunca.

PASO 5º: LA INFORMACIÓN

En esta fase se explica cuales son las reacciones específicas y no específicas en un diálogo con la víctima.

Se explica que hay gente que tiene esas reacciones, pero nunca diciendo que TODO el mundo lo tiene, ya que eso da la posibilidad a la persona a decir cuales son las que le ocurren a él y también a preservarla de pensar que puede llegar a tenerlas.

Hay que explicar todas las reacciones específicas: la hiperexcitación, los recuerdos intrusivos, el embotamiento afectivo y la evitación. Se explican siempre de la misma manera. (Algunas personas tienen después del evento...) y se adaptan las pautas para cada persona, en función del tipo de reacciones que tenga.

Hiperexcitación: Se explica que algunas personas tienen reacciones de nerviosismo, o que les cuesta concentrarse, o que están más alteradas que antes del evento traumático, adaptando el lenguaje al nivel de comprensión de la persona.

Si ponen cara de extrañeza, entonces continuamos con las siguientes reacciones. Si dicen que se sienten así, primero se les da información sobre el manejo de estrés y luego se les enseña el ejercicio de respiración hasta que comprueben el efecto y se les pregunta cuando van a hacerlo, insistiendo en la importancia de respirar así tres veces al día cada día durante dos meses.

También se les pide que hagan deporte tres veces a la semana durante media hora, y que digan cuándo van a hacerlo. El deporte tiene que ser aeróbico: nadar, correr, bicicleta, aeróbic, etc.

Información sobre el manejo de estrés:

El primer ejercicio de manejo de estrés es la respiración, que es el único modo para cambiar la fisiología del estrés voluntariamente. El reflejo vagal y el pulso cardíaco baja. Al mismo tiempo la persona tiene el control voluntario de su hiperexcitación al hacer la respiración.

La meta del ejercicio es que la persona baje su pulso y eso se hace a través de una respiración lenta de 5 segundos de inspiración, un segundo con el aire retenido y 5 segundos de expiración y se espera hasta que la persona tenga ganas de empezar a tomar el aire de nuevo.

Ejercicio de respiración:

1ª paso

- Se le pide que haga un stop al coger el aire (se dice stop y todo fuera de nuevo).
- Cuando ya hacen el stop, hay que hacer **pleasing and leading**, que es una técnica de hipnosis en la que hay que adaptarse al ritmo de la persona y sincronizarse con él, para poco a poco llevarle al ritmo adecuado. Es un juego donde el terapeuta se adapta y después dirige.
- En el momento en que empiezan a inspirar y expirar hay que darle un feed back positivo y alagar a la persona, diciéndole que lo hace bien.

2ª paso - Enseñarles a expirar más lentamente como si tuvieran una pajita en la boca y haciendo ruido. Se les muestra como se hace.

3ª paso - Contar de 5 a 1 para la expiración, siguiendo el ritmo de la persona y poco a poco contando más lentamente y pidiéndole que eche todo el aire fuera. Cuando ya vemos que enlentece el ritmo para expirar se le pide el siguiente paso.

4ª paso - Pedirle que inspire como si tuviera una pajita, y haciendo ruido. (Aquí es cuando se activa el reflejo vagal, no en la expiración.)

5ª paso - Se le pide que lo haga más lentamente, contando de 1 a 5 cuando vemos que empieza a inspirar, esperando a que la persona empiece y reforzando que lo hace bien en todo el proceso. Siempre hay que seguir a la persona y guiarle para que vaya más lento.

Tras terminar el ejercicio, se puede comprobar que la frecuencia cardiaca es más lenta tomando el pulso, o viéndolo en el cuello. Este es el test para comprobar que se ha hecho un buen trabajo. Queremos conseguir un pulso de 60 pulsaciones por minuto. También sabemos que el ejercicio está bien hecho si las manos están calientes, ya que si están húmedas, significa que el nivel de estrés sigue siendo alto.

Lo importante es que la persona se dé cuenta de que está más calmada y hay que preguntar a la persona lo que siente. Si dice que se siente más tranquila, esto va a motivarla para hacerlo 3 veces al día durante los próximos 2 meses y eso es lo que le da un control sobre su propio estrés.

Este ejercicio tiene que hacerse al menos dos veces al día y durante diez minutos cada vez, durante las 8 semanas siguientes al debriefing. Si se hace menos de diez minutos, eso no influye en la fisiología, porque la fisiología es lenta. Una vez que hay concentración de adrenalina, noradrenalina y endorfinas se necesitan al menos diez minutos para bajar esos niveles de concentración.

Hay que preguntar cuándo va a hacerlo (especificarlo) y comprobar que sabe hacerlo solo. Para controlar el ritmo adecuado, se le recomienda hacerlo cerca de un reloj que tenga segundero.

Recuerdos intrusivos: (pastillas sin benzodiazepinas)

Se les explica que hay personas a las que les vuelve el recuerdo una y otra vez, de día con el pensamiento, o de noche con pesadillas y que temen irse a dormir por eso. Si les pasa esto, se les recomienda hacer el ejercicio de respiración antes de irse a dormir. *Más de 20 minutos sin dormir hay que levantarse de la cama*

Si la gente ya está tomando algo para dormir, se les recomienda hacer el ejercicio de respiración antes de dormir con la pastilla en la mesilla, y si no consiguen dormirse, que se tomen la mitad e irla quitando en una semana.

También hay remedios naturales que les pueden ayudar a sustituir el medicamento y otras actividades que les cansen más.

Se les enseña la higiene de sueño, que significa acostarse y despertarse siempre a la misma hora; solo usar la cama para dormir, y no leer o ver la tele en ella; no echar siestas durante el día, etc.

Para los pensamientos recurrentes, pueden ponerse a rezar si son creyentes en el momento en que venga el recuerdo que no pueden quitar, o cantar una canción, o poner la atención fuera, describiendo con el máximo detalle lo que ven. Se les enseña a describir algo de la habitación y que comprueben como se va el otro pensamiento.

Es importante explicar que con el deporte y el ejercicio de respiración van a disminuir todos esos recuerdos, ya que si ralentizamos el ritmo cardíaco, también el pensamiento va más lento y viceversa.

Evitación:

Hay gente que teme tener el recuerdo y por eso evitan relacionarse con personas que se lo recuerdan, ir a ciertos lugares, y hacer actividades que antes les gustaba.

Tenemos que tener en cuenta que la evitación es uno de los mejores predictores de un desarrollo de estrés postraumático, por lo que en el debriefing tenemos que conseguir que la gente que evita algo, de alguna manera deje de evitarlo. Si lo que se evita no es necesario para la vida cotidiana o no crea problemas añadidos a la persona (no volver a pasar delante de la comisaría), no importa que se evite. Si la persona tiene que dar un rodeo en el que pierde mucho tiempo cada día, es necesario afrontar el estímulo aversivo.

En este caso hay que explicar a la persona que el coste es demasiado grande para seguir evitándolo y hay que preguntarle cómo podría afrontarlo y cuando va a hacerlo. Para hacerlo con tranquilidad, se le muestra el ejercicio de la respiración y se busca la manera de que lo hagan acompañados de alguien que les dé seguridad, calma, etc.

Embotamiento emocional:

Para el embotamiento emocional, se explica que algunas personas no pueden sentir emociones profundas como el amor, que ya no disfrutan de la vida como antes y que no conectan bien con la gente porque parece que no sienten nada.

En el caso de que se sientan embotados, se les explica que el ejercicio de respiración va a ayudarles a sentir algo positivo y se indaga en las actividades placenteras o importantes que han dejado de hacer porque no sienten nada. Eso es reasociarles con el placer, intentando que usen los 5 sentidos.

Tienen que volverse a hacer todas esas actividades con los cinco sentidos, poniendo atención a todo lo que ven, oyen, huelen, saborean y a la sensación interna que les da. Se le pregunta cuando va a hacerlo y cómo va a sentirse cuando lo haga, para motivarlo a hacerlo. Tiene que decir también el día y la hora.

En este 5ª paso, la persona sale con un paquete de tareas para hacer durante los dos meses siguientes, antes de la sesión de seguimiento.

Es muy importante que tengan el día estructurado: trabajo o actividades normales (estudio) y si están de baja y no realizan un trabajo peligroso, que vuelvan cuanto antes al trabajo para tener el día estructurado con un horario fijo, ocho horas de sueño, horas de comidas, cenas, actividades, etc.

Es importante que la gente comprenda que si están desocupados, eso les trae más flash backs, más hiperexcitación, etc.

A veces es necesario motivar al paciente y explicarle que es necesario que siga estas pautas durante 8 semanas, y que no las deje, aunque considere que ya se siente algo mejor. En 15 días normalmente van a notar la mejoría al hacer el ejercicio de respiración, ya que los recuerdos intrusivos, están siempre coligados a la memoria traumática y al nivel de estrés, por lo que si baja el nivel de estrés, bajan también el número de recuerdos y la intensidad.

Hay que hablar también de las cosas que no hay que hacer: ni alcohol, ni medicación. Se habla de no tomar alcohol para dormirse ni medicación al menos al inicio. Tienen que intentarlo con la respiración, porque el alcohol y los benzodiazepínicos interrumpen la fase REM del sueño, que es la que integra todo lo psicológico y si ya tienen dificultades para integrarlo por las características del evento, así se hace aún más difícil.

Para personas que trabajan a turnos, se recomienda mantenerles un turno fijo de mañana o tarde a ser posible, durante esas ocho semanas, para evitar el desorden del ritmo circadiano (ritmo biológico de vigilia-sueño).

PASO 6º: RITUAL

El ritual es un acto históricamente usado por distintas culturas para despedirse y unirse en la despedida, y poder seguir adelante en el presente y mirando al futuro. Tanto si es individual como en grupo, el sentido del ritual es simbólico y sirve para asumir la realidad de una manera emocional y no sólo intelectual.

El tipo de pregunta para el ritual es:

¿Qué tipo de acto simbólico podrías hacer que el evento pueda quedarse en el pasado?, O ¿con qué acto único ese evento quedaría en el pasado? o ¿cómo puedes pasar la página?.

El ritual tiene que ser algo pequeño, fácil de hacer, constructivo y que signifique poner en el pasado lo ocurrido.

Tiene que ser algo que se haga en un periodo corto de tiempo, (no escribir un libro, sino una carta) y que sea proporcional al hecho traumático (no plantar 100 árboles, sino uno). (Escribir una carta y enterrarla, o quemarla; plantar un árbol; etc.).

No puede ser nada destructivo, como romper la foto de una persona, agredir, etc. ya que eso significa que el odio o la rabia siguen presentes y el trauma no puede superarse si no hay aceptación de lo ocurrido y si las emociones negativas mantienen su intensidad.

Con este ritual la gente se reconfronta al hecho, pero con control y aceptando que pasó, pero que también se puede vivir después del hecho.

Para el ritual se habla de qué van a hacer, cómo, cuando y con quien (nunca con el debriefer).

PASO 7º: LA CONCLUSIÓN

En este paso se busca lo positivo de la experiencia, desde el punto de vista del crecimiento postraumático y la capacidad de resiliencia.

Luego se vuelve a insistir en la importancia de realizar lo pautado para controlar las reacciones y disminuirlas y se le devuelve la responsabilidad sobre su salud mental al sobreviviente.

-Se le pregunta en qué tuvo control (real o imaginario).

- Se pregunta si entendía lo que estaba pasando y si no lo entendía, si lo entiende ahora.

-Se habla del sentido desde el punto de vista del **crecimiento postraumático** realizando las siguientes preguntas:

-¿Qué aspectos positivos has descubierto con esta experiencia tan difícil?

-¿Qué te ha enseñado de ti mismo positivo que no sabías?

-¿Qué te ha enseñado de los demás?

Se hace un reconocimiento de qué fue lo mejor que hizo para sí mismo o para otras personas en ese evento. Se le pregunta y se le reconoce en su ayuda o en su sangre fría, o en lo bueno que haya hecho.

Generalmente van a aparecer aspectos de sí mismos que no conocían, o valores nuevos, o el verdadero sentido de lo importante en la vida. Esto es lo que se llama "el crecimiento postraumático".

Poder poner en palabras algo positivo que ha proporcionado la experiencia, hace que se coloque en la categoría de experiencias duras que ayudaron a crecer, lo que facilita su integración y puesta en el pasado.

Se señala de nuevo todo lo que pueden hacer para controlar las reacciones, el manejo del estrés, el ritual y que es normal y natural todo lo que le ha ocurrido desde entonces

También hay que insistir en que es confidencial todo lo que nos han contado y dar nuestro agradecimiento por haberse atrevido a hablarnos de todo eso y por la confianza que han depositado en nosotros.

Después se le entrega el número de teléfono y se les dice que estamos a su disposición cuando quieran y si lo necesitan. Normalmente nunca llaman, y si lo hacen es porque están agitados y no hacen bien el ejercicio de respiración y en ese momento, se les puede explicar de nuevo por teléfono o darles una cita para enseñárselo de nuevo.

En este momento se fija la cita para 8 semanas que ya queda anotada y también se le explica que cuando volvamos a vernos, la sesión va a ser mucho más corta que esta.

8- COMO APLICAR EL DEBRIEFING EN SOBREVIVIENTES DE LA TORTURA:

Para este tipo de debriefing, es necesario que participen dos debriefers, entre los que se recomienda que esté un profesional de la salud mental. Es importante que los debriefers tengan experiencia en la técnica con otro tipo de traumas diferentes al de tortura.

Antes de hacer un debriefing de este tipo, es conveniente haber leído varios testimonios de tortura y conocer los diseños de las diferentes policías. Este paso es fundamental para ver el nivel de impacto emocional en los debriefers, la resistencia al estrés y a una posible traumatización secundaria por un lado, y por otro para saber de qué nos van a hablar y cuáles son las buenas preguntas a realizar.

Los debriefers tienen que saber que la historia de torturas puede llegar a "tocarles", por lo que es muy prudente tener un espacio en el que poder hablar de lo que ha impactado, y si esto no es suficiente, solicitar a algún o alguna colega que le realicen un debriefing. Siempre que algo nos "toque" y si empiezan a aparecer reacciones, se debe solicitar un debriefing y no volver a realizar uno hasta pasados dos meses y/o hasta que desaparezcan las reacciones.

Una de las mayores dificultades de hacer un debriefing con torturados es la duración de la técnica.

Un debriefing sobre un evento de 5 minutos suele durar hora y media. En el caso de un evento de 5 días de duración, aunque no es necesario recuperar todos los detalles de la historia, relatar todos los politraumatismos ocurridos ordenados en el espacio y el tiempo, nos lleva mucho tiempo, sobretodo porque el recuerdo está muy alterado con algunas de las técnicas psicológicas de tortura: la desorientación temporo-espacial.

Por esa razón, un debriefing de estas características dura de 3 a 4 horas aproximadamente.

Recuperar la historia: del caos al orden.

Con la ayuda de un papel, dividimos los cinco días en espacios de 12 horas correspondientes al día y a la noche. En ellos apuntamos aquello más significativo que nos va a dar el orden temporo-espacial.

Para ello utilizamos conceptos cognitivos, abstractos y generales, que den una dimensión al tiempo y el espacio tales como: Interrogatorio largo, corto; muchos golpes, pocos golpes; sala grande, sala pequeña, "policia bueno", "policia malo", etc.

Lo importante es hacer la historia de lo vivido, y colocar los politraumatismos en un espacio y tiempo definido.

Cuando ya tenemos la historia, y tras hacer la devolución de los hechos, preguntamos **cuál fue el peor momento.**

La diferencia de un debriefing normal a uno realizado a torturados está en que hay que volver a relatar con detalles los peores momentos en el plano cognitivo.

Partiendo del esquema previo realizado, primero colocamos en el tiempo y en el espacio ese peor momento: Segundo día, por la noche, el 3º interrogatorio en la sala de abajo.

Es importante entrar en detalles con el peor momento, porque sino saltan por encima de él nombrándolo y sin describirlo.

Cuando termina la descripción del peor momento, se le hace la devolución de esta parte antes de empezar con los pensamientos relacionados y las emociones.

En el caso de que existieran dos momentos peores ante los cuales la persona no se decide, se trabajan los dos. Una vez que tenemos la historia de los hechos detallada del primer peor momento, asociada con los pensamientos (interpretación) y las emociones que le suscitaron, podemos continuar con el segundo peor momento, de la misma manera.

9- CONSIDERACIONES GENERALES DEL DEBRIEFING

El debriefing es una intervención precoz y preventiva que ayuda a integrar lo vivido de manera que se evite desarrollar un estrés postraumático. También puede emplearse cuando el trauma es viejo, para ordenarlo y unir las piezas del puzzle (cognición, pensamiento, emoción y comportamiento), pero entonces ya no es un debriefing clásico.

El objetivo del debriefing es abrir las puertas para que la memoria traumática pueda convertirse en una memoria integrada.

Condiciones básicas:

Para hacer un debriefing, la víctima tiene que encontrarse en una situación de seguridad mínima. Tiene que haber dormido (estar descansado), haberse alimentado (con las necesidades básicas cubiertas) y estar curado de sus heridas o al menos no tener dolores físicos.

El debriefing tiene que hacerse en un lugar tranquilo, sin ruidos, con buena iluminación y donde no vayamos a ser interrumpidos.

El debriefing se hace en una sola sesión y no se puede dejar a medias. Cuando empezamos un debriefing, tenemos que continuar hasta terminarlo, ya que sino abrimos una herida y la dejamos sin cerrar. No se puede hacer con la presión del tiempo. Por eso hay que prepararse para una duración larga, por si acaso.

Tiempos de aplicación:

El debriefing se realiza después de 72 horas del evento traumático y a las 8 semanas de haber hecho el debriefing, se vuelve a quedar con la persona para hacerle seguimiento. Generalmente se proponen 8 semanas para volver a ver a la persona, porque ese es el tiempo necesario para comprobar que las reacciones bajan en intensidad y frecuencia, y a los dos meses, si esto a ocurrido, ya sabemos que la persona va a volver a la normalidad.

Si al inicio bajan las reacciones, pero luego vuelven a subir y a mantenerse, ya se convierten en síntomas y es necesario tras esas 8 semanas, derivarlo a un psicoterapeuta que trabaje el trauma con técnicas breves y focalizadas solamente en el trauma, siendo generalmente necesario un máximo de 10 sesiones espaciadas durante un año.

En la segunda sesión, solo comprobamos si la persona ha mejorado o no y generalmente es una sesión muy corta, donde se le pregunta cómo le fue en esas 8 semanas, cómo fue el ritual, etc.

El modelo de debriefing, también puede utilizarse después de que ha pasado mucho tiempo, como una forma de elaborar lo que ocurrió y poder empezar a integrarlo. En ese caso, ya no es el debriefing clásico, sino el modelo de debriefing aplicado en una psicoterapia, como forma de conocer los hechos y todo lo que le pasó a la persona y se recomienda que sólo lo utilicen así los psicoterapeutas (los pares no, porque no saben con qué se van a encontrar).

Para hacer el debriefing hay que esperar tres días al menos y la norma general es esperar tantos días después como la duración del evento: si dura 5 días el evento traumático, esperar al menos 5 días para hacer el debriefing.

Si hay muertos es mejor que primero se hagan los funerales y después el debriefing.

Posición idónea para el debriefing:

El interviniente se sienta al lado del cliente, (nunca en frente) haciendo un ángulo de 90 grados aproximadamente, para poder observar el perfil y que la persona tenga que girar la cabeza cuando le pedimos que nos mire (sobretudo en la parte cognitiva, que es donde más contacto ocular necesitamos para que la persona no entre en la emoción).

No podemos ponernos de frente por seguridad personal, ya que los traumatizados pueden tener un flash back y empezar a defenderse (atacar) y si estamos de frente no nos libramos de recibir un golpe.

Peligros al hacer el debriefing:

El debriefing que se hace durante los tres días posteriores al trauma, retraumatiza a la persona.

Es importante evitar la catarsis, porque la catarsis emocional puede volver a retraumatizar y no soluciona nada de la situación traumática. La catarsis le da a la víctima un conocimiento de las emociones que tuvo, pero no le da la posibilidad de ordenarlo y lo más importante en una víctima (que generalmente ya pierde el control de sus emociones a menudo), es la contención y enseñarles a contenerse y devolverles el control.

Para hacer un debriefing es muy importante que la víctima tenga una red social de apoyo, ya que sino, el debriefing no funciona. Si no hay red social, se recomienda no hacer debriefing, porque no pueden mejorar sin este apoyo social.

Para los familiares, se les da el tríptico donde aparecen las reacciones normales que puede tener la persona, y así pueden entender mejor la actitud de la víctima y pueden manejar la situación.

Nota: El debriefing se aplica a las víctimas y no a los perpetradores (conductor borracho que mata a alguien con su coche), ya que en este caso primero tiene que tener un castigo o hacer algo para reparar lo que ha hecho. Si el perpetrador reconoce la responsabilidad de sus actos y sólo después de que esta parte esté cubierta, se podría hacer un debriefing no clásico, para integrar lo traumático de lo ocurrido.

TRUCOS para hacer el debriefing y protegerse:

- 1- **Poder decir no.** En casos de familiares, amigos o personas que nos van a hacer identificarnos con situaciones personales, es conveniente decir no. Por ejemplo para las madres o padres, hacer un debriefing a un matrimonio que perdió a su hijo pequeño de la misma edad que el propio, hay que decir no, porque son vulnerables al identificarse.
- 2- **Nunca es urgente un debriefing.** Se puede elegir el día, ya que quizás en un momento determinado (tal día) no se puede por diferentes motivos, y se puede hacer el día siguiente o dos días más tarde.
- 3- **Después de un debriefing hay que descansar** para después volver a la normalidad y continuar trabajando (no con otro debriefing en el caso de terapeutas que tengan más pacientes que atender).
Al menos hay que calcular hora y media o dos horas para el debriefing y dejar al menos otra media hora para descontaminarnos haciendo algo relajante, distinto, hablando con alguien, etc. Lo más conveniente sería hacerlo en el último tiempo de trabajo.

- 4- Es conveniente **no hacer más de un debriefing al día**. Más de uno puede resultar peligroso para el interviniente, ya que podemos retraumatizarnos y también para proteger al próximo paciente y poder trabajar bien.
- 5- **Trucos con los ojos:** La forma de mirar también ayuda. Si miramos a los párpados desde el inicio y no directamente a los ojos, nos protege de la víctima, porque la víctima "come con los ojos" y nos mete dentro de ellos. Esto es el trance hipnótico de la víctima, que nos arrastra con ella y así no nos engulle y podemos trabajar bien, con la distancia adecuada. Otro truco con los ojos es la mirada cognitiva: estar observando los matices de la expresión del paciente: se pone más rojo, más tenso, más blanco, etc., sin interpretar nada a nivel emocional. (Ni más triste, ni más feliz, ni nada emocional, porque eso nos hace identificarnos y meternos dentro de la persona).
- 6- **Trucos con el lenguaje:** La víctima muchas veces habla en presente de lo que ocurrió en pasado. Una forma es repetirle en el pasado lo que ha dicho, y si la persona continua a hacerlo en el presente, podemos ponerlo en el pasado internamente, porque el poder del lenguaje es enorme y eso nos mete en el presente de lo que viven. (Fue, ha sido, ocurrió).
 Cuando las víctimas hablan de que fue terrible, hay que decirse a uno mismo internamente: para usted o para ti, (pero no para mí), porque si pensamos que para nosotros también lo es, ya estamos dentro en la identificación.
- 7- **Saber respirar y saber sentarse** con los pies en la tierra y con la columna vertebral recta y con tonicidad. Ni hipertonicidad, ni flacidez muscular. Esto si lo ejercitamos, en un momento en el que puede afectarnos algo y notemos que nos sube la emoción, con una respiración profunda y recuperando la tonicidad, volvemos a protegernos.
- 8- **La voz:** El tono de voz para los hechos es alto, (tono y tonicidad cognitiva), de un ritmo rápido y para las emociones el tono es un poco más bajo y un ritmo más lento, como cuando contamos un cuento a un niño. Esto ayuda tanto a relatar los hechos sin emoción, como a entrar en la emoción en la parte emocional.

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO: DSM-IV

A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B) Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo experimenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos:

- 1- Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
- 2- Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido).
- 3- Desrealización.
- 4- Despersonalización.
- 5- Amnesia disociativa (incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma).

C) Reexperimentación de la experiencia traumática en al menos una de estas formas: flash back, pesadillas, imágenes, pensamientos recurrentes, etc.

D) Evitación acusada de estímulos relacionados con el trauma.

E) Aumento de la activación (arousal)

F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

G) Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de 4 semanas y aparecen en el primer mes después del acontecimiento traumático.

H) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, (fármacos, drogas...), o a una enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de una o más de las siguientes formas:

- (1) Recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** en niños es juego traumático.
- (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar. **Nota:** en niños son terrores nocturnos sin contenido apreciable.
- (3) El individuo tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
- (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos para evitar sentimientos, pensamientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos para evitar lugares, personas o actividades que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) Sensación de desapego o enajenación respecto a los demás.
- (5) Restricción de la vida afectiva. (P. Ej. incapacidad de tener sentimientos de amor).
- (6) Sensación de un futuro desolador. (No espera tener un empleo, casarse, etc. en definitiva, llevar una vida normal).

D) Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- (2) Irritabilidad o ataques de ira.
- (3) Dificultades para concentrarse.
- (4) Hipervigilancia.
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E) Estas alteraciones se prolongan durante más de un mes.

F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2
reexperimentación

(recuerdos intrusivos)

embotamiento emocional

No pueden sentir para no sentir demasiado

1
Hiperexcitación

PROTOCOLO PARA DEBRIEFERS

Lugar: _____ Fecha del evento: _____ Duración del evento: _____

Fecha del Debriefing: _____ Fecha de 2ª sesión: _____

Tipo de evento : _____

Nº y nombre de los debriefer(s): _____ Duración del debriefing: _____

Tipo de Trauma: I II

Resumen corto de los hechos:

Pensamientos. Peor momento:

Características de la emoción:

Nombre y apellidos de la emoción:

Tipo de reacciones:

1. específicas:

2. no específicas:

Información y pautas dadas:

Tipo de ritual:

¿Hubo control, comprensión y crecimiento postraumático?.Específica:

Descripción cognitiva del sobreviviente al inicio del Debriefing:

Descripción cognitiva del sobreviviente al terminar el Debriefing:

¿Se ha derivado a alguien a algún profesional? ¿Porqué?

¿ Se han recibido llamadas telefónicas entre las dos sesiones?:

Auto evaluación: ¿Qué hice bien en cada paso del debriefing?

¿Qué hubiera podido hacer mejor ?

Segunda sesión : ¿cuándo?, resumen muy corto.

Fecha de realización del protocolo:

TORTURA Y REACCIONES PSICOLÓGICAS.

- 1- Introducción
- 2- Mecanismos de supervivencia en la tortura.
- 3- Reacciones normales tras la tortura.
- 4- Trastornos psicológicos y físicos.
- 5- Prevención y recursos.
- 6- Conclusiones.

1- INTRODUCCIÓN.

Si tú has sido una de esas personas que ha estado en una comisaría y a la que le han aplicado la ley antiterrorista, te interesa saber que todo lo que aparece en este artículo puede ayudarte a clarificar muchas reacciones y sensaciones que tienes o has tenido durante y después de la tortura.

También te conviene saber que todos los testimonios que aparecen a continuación no deberías leerlos, porque inevitablemente vas a volver a revivir la experiencia, y revivirlo no te va a ayudar en absoluto. Incluso puede hacer que la herida que aún puedas tener, vuelva a darte problemas.

La tortura es una práctica ilegal, que va contra los derechos humanos, y que puede producir un trauma en las personas que lo padecen. Es decir, está catalogada como una de las situaciones altamente estresantes que suponen un peligro para la integridad física y psíquica de las personas, y puede llevar a quien la sufre a tener un trastorno psicológico que le dure toda la vida.

A pesar de que la tortura puede dejar secuelas a largo plazo, este artículo pretende incidir en lo salutogénico más que en la patología. Esto significa que incluso en situaciones tan dramáticas, hay recursos que permiten sobrevivir sin graves problemas a medio y largo plazo. El ser humano tiene la capacidad de amortiguar los traumas y hoy día sabemos que mucha gente ha salido de esta situación sin sufrir secuelas psicológicas con el paso de los años.

En un estudio realizado con los Uruguayos 20 años después de la amnistía, se observó que un porcentaje muy bajo de los detenidos tenían el llamado "Trastorno por Estrés Postraumático" (un 10%) y que estas secuelas eran más bajas que las aparecidas en los grupos de control (23% en personas que nunca fueron torturadas ni encarceladas pero que vivieron un trauma). Los uruguayos que habían sufrido torturas habían estado encarcelados durante al menos 5 años. Respecto a la depresión clínica, sólo un 8% de los detenidos tenían depresión; este dato era mayor en los detenidos que en el grupo comparativo.

El objetivo de la tortura a nivel psicológico es anular la identidad, la voluntad y el control de la persona sobre sus propios estados mentales, físicos y emocionales. La sensación de impotencia, indefensión, impunidad, injusticia y

un largo etc., se instalan en el mundo interno de los detenidos sometidos a maltrato, para conseguir que se rompan internamente de una u otra manera.

Aun así, el ser humano tiene mecanismos de supervivencia que le protegen incluso cuando esta siendo salvajemente torturado, y por eso hay mucha gente que se recupera sin tener graves o grandes secuelas, aunque se hayan "roto" en la tortura. (Esta sensación de "romperse" internamente es como si se rompe una pierna que luego vuelve a soldarse y es más delicada durante un tiempo).

Los mecanismos biológicos y psicológicos que protegen a las personas en situaciones extremas de supervivencia, son automáticos y universales. Esto es algo que conocen también los torturadores y por eso su "trabajo" consiste en aniquilar estos mecanismos protectores, para conseguir anular la voluntad, la capacidad de pensar con claridad y de decidir de la persona.

2- MECANISMOS DE SUPERVIVENCIA.

Desde el mismo momento en que la policía golpea una puerta, la persona que va a ser detenida va a experimentar tres tipos de reacciones automáticas que son activadas por el Sistema Nervioso ante cualquier situación de peligro.

Estos mecanismos automáticos sirven para proteger del impacto de la experiencia y garantizar la supervivencia. Los mecanismos que el cerebro pone en marcha tienen que ver con la fisiología del estrés, ya que ante todo, la detención es una situación altamente estresante por el peligro que conlleva.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS AL ESTRÉS:

Ante una situación de estrés máximo donde la vida está en peligro, los humanos reaccionamos con tres tipos de respuestas básicas y automáticas:

- Congelación o shock
- huida.
- lucha.

La respuesta de congelación aparece durante al menos unos segundos en el primer momento de peligro y produce una bajada del pulso cardíaco, para pasar después a activarse la respuesta de huida.

Si el cerebro considera que hay posibilidad de huir porque no hay escapatoria, se activa la respuesta de lucha. Si tampoco se puede luchar porque eso pone en peligro la propia vida o porque la distancia entre enemigo y víctima es demasiado pequeña, el Sistema Nervioso produce de nuevo la respuesta de congelación (las personas se quedan paralizadas, sin reaccionar, como si uno estuviera muerto; algo que se ve claramente en los animales cuando se quedan inmóviles para sobrevivir).

Estos tres tipos de respuesta son automáticos y no dependen de la decisión de la persona, sino que es el propio Sistema Nervioso quien las activa en cuestión de segundos y tienen que ver con la biología del estrés.

Dependiendo de qué parte del Sistema Nervioso se active, ciertas funciones físicas y psíquicas se van a ver acentuadas en detrimento de otras.

El Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático va a funcionar de manera alternativa en este tipo de situaciones de peligro:

El Sistema Nervioso Simpático aumenta la fuerza muscular, lo cual posibilita huir o luchar. Esto va unido a un aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial y al aumento de la producción de endorfinas, que son las encargadas de anestesiar el cuerpo, de manera que disminuyen las sensaciones de dolor, sensación de sed, hambre, o cualquier otra sensación corporal (como el frío o calor). Cuando el S. N. Simpático se pone en funcionamiento, el organismo está preparado para huir o luchar.

El Sistema Nervioso Parasimpático hace que disminuya la fuerza muscular, baje el ritmo del latido cardíaco, la presión arterial y también produce el aumento de las endorfinas, que producen anestesia.

Cuando el S.N. Parasimpático se activa, se produce el estado de congelación, donde la persona se percibe a sí misma como "tranquila", por la interpretación que hacen de los signos físicos y psicológicos (pulso más lento, musculatura más relajada, y anestesia emocional y física).

En el momento en que se activa esta parte del cerebro, la gente pasa de tener un pulso elevado y mucha tensión (por la previa activación del S. N. Simpático) a percibir como se afloja toda la tensión corporal.

Estos dos sistemas van a funcionar alternativamente y con mucha frecuencia mientras dure la detención y sobretodo, mientras dure la sensación de peligro.

Por esta razón, las técnicas de tortura psicológica pueden ser más efectivas que las físicas, ya que todas aquellas técnicas que producen dolor físico o un peligro real para la vida, van a activar los mecanismos de supervivencia del cerebro.

Si el cerebro no percibe este peligro para la vida, estos sistemas no tienen porqué activarse, y la persona en vez de estar "disociada" y "anestesiada" de las sensaciones corporales y emociones, lo que le puede ocurrir es todo lo contrario; que esté demasiado "asociada" a lo que siente.

Esto no quiere decir que estos mecanismos de supervivencia protejan al 100% si la persona está siendo torturada físicamente. Lo que significa es que no se va a sentir la misma intensidad de dolor real producido (por efecto de las endorfinas y porque realmente la gente "se disocia del cuerpo") y que tampoco se van a sentir las emociones como si estuvieran relajados.

RESPUESTAS PSICOLÓGICAS AL ESTRÉS MÁXIMO:

Las reacciones psicológicas al estrés se manifiestan en la percepción y en la sensación emocional. Ante una situación de peligro, toda la atención va a estar concentrada en aquello que nos ayude a sobrevivir y el resto de estímulos que no sean necesarios para sobrevivir, van a pasar desapercibidos.

La percepción va a estar aumentada y focalizada o en el exterior o en el interior de cada uno, y la emoción o sensibilidad emocional está disminuida.

Estas reacciones tienen que ver con la activación del Sistema Nervioso, y su función es de nuevo garantizar la supervivencia.

Cuando la percepción está focalizada en el exterior, la persona está "disociada" de las sensaciones de su cuerpo. Toda la atención está puesta fuera del cuerpo y la atención se dirige a todos los estímulos externos. En los momentos en que la atención está focalizada hacia fuera, las personas no perciben el peligro (no tienen tiempo para ser conscientes), ni sensaciones internas de cansancio, hambre o sed, porque no sienten lo que ocurre dentro de sí mismas o en su cuerpo. Por eso cuando la gente está así, puede tener una herida física y no darse cuenta hasta mucho tiempo después.

Este tipo de atención focalizada al exterior, protege a la persona detenida de sentir el horror de la tortura. (También este tipo de atención es la que protege y permite trabajar a los equipos de intervención en emergencias o a personas que trabajen con situaciones muy estresantes).

Cuando la percepción está focalizada en el interior, la persona cierra metafóricamente los ojos hacia fuera y entra dentro de sí misma sintiendo la seguridad personal. Toda la atención está dentro de la persona, no para sentir todo el horror de la experiencia, sino para protegerse en su mundo con aquellas experiencias o recuerdos que le hacen sentir segura.

La persona está "disociada" del exterior y en este caso la percepción del exterior es borrosa. Este tipo de focalización al interior puede ser muy útil en el momento en que la persona ya no puede más y siente una impotencia total.

En estos casos la gente se mete dentro de su seguridad personal con sus ideales, sueños, etc. y generalmente no escucha, ni ve lo que ocurre alrededor. Cuando una persona ha estado focalizada hacia dentro durante largos periodos en la detención, luego no recuerda muchas cosas que le dijeron o que ocurrieron, porque realmente no veía ni escuchaba.

Siempre que la atención esté focalizada y disociada de alguna de estas dos maneras, la persona está protegida. En cuanto la persona torturada se "asocia" a lo que siente realmente su cuerpo y a sus emociones, se rompe emocionalmente y se produce la herida traumática. Por esta razón, todas las técnicas de tortura, (tanto físicas como psicológicas) pretenden "asociar" a la gente con su mundo interno y con su cuerpo.

3- REACCIONES NORMALES Y ESPECÍFICAS POSTRAUMÁTICAS.

Cualquier persona que haya vivido una situación traumática, puede tener durante los días posteriores algunas reacciones que son completamente normales y naturales.

Para que la tortura sea considerada traumática desde el punto de vista psicológico, no depende tanto del tipo de técnicas de tortura que utilicen como de la vivencia subjetiva de la víctima de la tortura. Para que una situación potencialmente traumática llegue a serlo, es determinante que la persona sienta pánico o un miedo intenso a morir o a sufrir una secuela física o psíquica grave. (Las personas que no sienten este pánico en ningún momento, no se verían afectadas, ni tendrían porqué desarrollar después las reacciones normales posteriores al trauma).

Estas reacciones después de una vivencia de peligro para la vida, son universales, lo que significa que aparecen en cualquier persona de cualquier cultura tras una vivencia traumática.

Después de salir de comisaría y dependiendo de si la persona queda en libertad o es encarcelada, estas reacciones pueden aparecer inmediatamente después, o pasado un tiempo. (Cuando la persona es encarcelada durante un periodo aproximadamente inferior a 3 años, las reacciones quedan "congeladas" y pueden aparecer al salir de la cárcel, como si la detención hubiera sido unos días antes).

REACCIONES NORMALES:

Las reacciones agudas normales tras un trauma son clasificadas en tres grupos:

- Reacciones de hiperexcitación.
- Reacciones de reexperimentación.
- Reacciones de evitación y disociativas.
- .

Estas reacciones suelen disminuir dependiendo de los recursos internos y externos de la persona en un periodo de 2 a 3 meses.

La hiperexcitación supone agitación interna y motora (nerviosismo), impaciencia, falta de concentración, problemas de sueño, sobresaltos, sensación de alerta constante e irritabilidad.

Estas reacciones son producto de la activación de los sistemas de estrés durante la tortura. El Sistema Nervioso sigue funcionando como si la situación no hubiera terminado (como si aún se estuviera en peligro) y es muy importante empezar a disminuir el nivel de estrés con deporte y ejercicios de respiración controlada para bajar el pulso cardíaco.

El estrés, agota las defensas naturales de las personas, consumiendo las reservas que tenemos y puede llegar a atacar al Sistema Inmunológico.

Además, tras una situación de este tipo, el nivel de estrés está tan alto que con muy poco estrés cotidiano se dispara. Por eso hay que conseguir con constancia bajar ese nivel de estrés al nivel previo a la tortura.

Reexperimentación: Estas reacciones llevan a revivir la experiencia traumática una y otra vez; aparecen de manera intrusiva; ocupan los pensamientos, sentimientos y percepciones de la persona sin control de la voluntad sobre ellas.

La experiencia traumática se revive con pesadillas, flash back (imagen o sonido que se ve o se oye como si fuera real y que es algo que ocurrió durante la tortura), pensamientos que no pueden quitarse de la cabeza, sensaciones físicas iguales a las sentidas en la tortura...

Todos estos recuerdos vienen cuando quieren y permanecen aunque se haga un esfuerzo por quitarlos. Por eso se llaman recuerdos intrusivos, porque no dependen de la voluntad de la persona y aparecen en cualquier momento sin control.

El recuerdo puede venir acompañado de las mismas reacciones físicas que se sentían en la tortura (aumento del pulso cardíaco, sudoración, tensión muscular, etc.). Por eso se vuelve a revivir la experiencia, porque el recuerdo viene con todo lo que hubo en la tortura y que no era consciente en ese momento.

Estos recuerdos empiezan a disminuir en la medida en la que disminuye el estrés sobrante de la tortura, ya que si se consigue bajar el ritmo cardíaco, también los pensamientos aparecerán con más lentitud y menos intensidad.

Es importante aceptarlo como algo normal e intentar distraerse con operaciones mentales automáticas.

La evitación: La evitación supone evitar lugares, situaciones, pensamientos, hablar de lo que ocurrió, e incluso se evitan personas que despiertan el recuerdo de la tortura.

La evitación tiene una función importante para la persona que lo hace. Al evitar todo aquello que recuerda la tortura, se deja de sentir todo lo relacionado con esta, y baja la hiperexcitación, pero para conseguirlo la gente se va aislando del exterior, llegando en casos de persistente evitación a generarse una fobia específica o social.

Por eso es importante ir afrontando poco a poco aquellas situaciones que antes no se evitaban y ahora sí, y que suponen una limitación para la vida cotidiana.

Mucha gente no ha podido hablar nunca de lo que ocurrió. Esto es una forma de evitar que venga el recuerdo y sería importante poder al menos una vez contarlo a alguien preparado para ello.

Reacciones disociativas: Es lo que se llama "disociación emocional" y se observa en forma de embotamiento emocional o frialdad. El mantenimiento de la evitación de emociones significa que el estrés máximo sigue estando ahí y además, que la gente no puede sentir lo que realmente pasó en la tortura y darse cuenta de ello. El precio es no tener emociones positivas, ya que la evitación emocional es total (no solo se evita sentir las emociones dolorosas, sino que automáticamente también se anulan las positivas, con lo que la gente vive como si no sintiera nada).

La gente que esta "disociada", se percibe a sí misma como si estuviera bien (son los que dicen que están bien; que no les ha afectado), pero podemos observar que no se ríen ni disfrutan como antes, que tienen la mirada perdida en muchas ocasiones, además de otras reacciones de nerviosismo o de estar hiper-alerta y no relajarse nunca.

El mayor peligro de seguir disociado de las emociones y sensaciones corporales cuando no es necesario, es la falta de conciencia corporal y emocional, que hace que la gente se ponga en peligro con conductas temerarias o autodestructivas. Esto significa no poder atender las necesidades básicas tanto físicas como emocionales, lo cual se traduce con el tiempo en enfermedades psicósomáticas y una sensación de vacío emocional.

Para hacer frente a esta falta de sensibilidad corporal y emocional, hay varias situaciones que pueden reasociar a la persona consigo misma y hacerla sentir bien.

Es muy normal que la persona que deja de sentir, abandone aquellas actividades o situaciones que antes eran gratificantes. Lo primero es darse cuenta de que esto ocurre porque ya no se disfrutaban igual, y volver a hacerlas para empezar a sentir de nuevo estas actividades que antes eran placenteras.

Todas aquellas actividades que asocien a la persona con sus sensaciones corporales y emocionales, son una manera de volver dentro de sí de forma gratificante.

LA MEMORIA TRAUMÁTICA

Una de las características de las experiencias traumáticas es que se produce un cortocircuito en la memoria, produciendo la llamada memoria traumática.

La memoria traumática consiste en la desconexión de las emociones, los pensamientos y los hechos, como si fueran partes de experiencias diferentes y no de la misma. Esto significa que una emoción o sensación que viene de pronto, y no tiene un porqué claro, puede estar relacionada con la tortura, pero como la memoria no la identifica, no se puede asociar a este hecho.

En la memoria normal, podemos recordar lo que pasó, lo que pensamos y lo que sentimos, relacionado, con un orden y además podemos contar esa experiencia de diferentes maneras (más resumida o más desarrollada; adaptarla al oyente ya que se cuenta diferente si el oyente es un niño, un médico, etc. y solemos recordar con claridad lo que pasó).

También podemos identificar claramente la emoción que acompaña a ese recuerdo, como parte de él.

En la memoria traumática, es muy difícil contar lo que pasó siguiendo un orden, diferenciando los hechos de las emociones, adaptando el relato al oyente, y generalmente, la gente lo cuenta igual una y otra vez, como si fuera una descarga de palabras y emociones embarulladas.

Por eso es tan importante ordenar en el tiempo y el espacio lo que ocurrió, y después poder situar el peor momento en ese orden y descubrir la interpretación personal de ese peor momento, así como las emociones que aparecieron.

Hoy día hay técnicas breves que ayudan a integrar lo que pasó y que pueden ser aplicadas a cualquier persona que lo necesite. Prevenir que algo potencialmente traumático no dé problemas en el futuro es necesario, sobretodo cuando pasa el tiempo y estas reacciones normales no disminuyen en intensidad y frecuencia.

LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA.

Antonovsky descubrió entre los sobrevivientes del holocausto que no todos estaban enfermos. Él siempre preguntaba cómo hicieron para sobrevivir durante y después del trauma y descubrió que la gente que cumplía tres características, consiguió sobrevivir sin tener secuelas postraumáticas. Estas tres características son la sensación de control, el sentido y la comprensión de lo que está ocurriendo.

La sensación de control se refiere a la capacidad de la persona para decidir mantener un control mínimo. (Un sobreviviente se propuso no responder hasta contar hasta tres. Esto le dio esa sensación de control sobre sí mismo).

La comprensión se refiere a entender qué es lo que está pasando. (Las personas que bajo tortura comprenden que si tienen alucinaciones eso es producto del cansancio, de la hostilidad repetida y del aislamiento, pueden sobrellevarlo mejor que aquel que no lo entienda y piense que se está volviendo loco).

El sentido se refiere al porqué me está pasando esto a mí. (Los militantes políticos que sabían que podían ser torturados, encuentran el sentido antes que aquellos que no son militantes, no se lo esperaban y no tienen nada que ver con lo que se les imputa).

El concepto de resiliencia habla de la capacidad de la persona de sobrevivir, de amortiguar y de vivir con lo ocurrido.

La resiliencia tiene que ver con lo genético y con los primeros años de vida del niño, donde sintió seguridad, afecto, protección. El niño que ha sido valorado por los adultos tiene más resiliencia que otro que no lo fue.

Parece ser que estos primeros años de vida, nos preparan para sobrevivir después en situaciones límite, amortiguando los daños causados.

Y es precisamente la capacidad de resiliencia uno de los factores determinantes para que los torturados puedan sobrevivir sin tener secuelas a largo plazo (teniendo sólo las reacciones normales que desaparecen en dos o tres meses). Esta capacidad de resiliencia junto con el apoyo social son factores muy importantes para integrar el trauma. Por eso muchas personas sobreviven e incluso pueden aprender algo positivo de lo que han vivido y crecer como personas.

4- TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y FÍSICOS.

Si las reacciones que son normales durante los dos primeros meses tras la detención, aumentan en frecuencia e intensidad en vez de disminuir, ya empezamos a hablar de un trastorno psíquico denominado: Trastorno por Estrés Postraumático.

Los síntomas que aparecen en este trastorno son esas reacciones que antes eran normales y que ahora ya se han instalado e impiden realizar una vida normal, (dando problemas en los ámbitos laborales, sociales y familiares) y que además suelen venir acompañados de otros síntomas como pueden ser síntomas depresivos, paranoides, que provocan un aumento del consumo de alcohol y drogas, o un aumento de la agresividad que lleva a tener explosiones de violencia, etc.

Cuando ya hay un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, es imprescindible pedir ayuda profesional y especializada en este tipo de tratamiento lo antes posible. Un trastorno de este tipo puede hacerse crónico e incluso complejo, y puede camuflarse tomando la forma de otros trastornos mentales que no llegan a curarse porque no se ha identificado la raíz traumática del que derivan.

Lo mismo ocurre con enfermedades físicas que no tienen una base biológica y que los médicos atribuyen a enfermedades psicosomáticas. El cuerpo tiene su propia memoria y esta actúa sin la conexión con los hechos, incluso muchos años después de lo ocurrido. (De hecho hay autores que señalan la vejez como una edad en la que despiertan de nuevo los traumas no resueltos).

También hay algunos diagnósticos relacionados con las psicosis, que en realidad son traumas complejos y podemos encontrar casos de depresión y delirios diagnosticados como tal, sin tener en cuenta su posible origen traumático.

Entre los trastornos mentales relacionados con experiencias traumáticas, están las fobias (social y específica), la ansiedad generalizada, distimias, depresiones mayores, trastornos del control de los impulsos, drogadicción

(alcoholismo sobretodo porque disminuye la sensación de hiperexcitación), trastornos somatoformes (dolores crónicos musculares y articulares, hipertensión, diabetes, cefaleas...), trastornos disociativos, psicosis reactivas, trastornos de personalidad, etc.

5- PREVENCIÓN Y RECURSOS.

La prevención primaria consiste en evitar que el trauma ocurra. En este caso, todo lo que se pueda hacer para evitar la tortura, sería hacer prevención primaria.

La prevención secundaria consiste en evitar que la tortura llegue a desarrollar el Trastorno por Estrés Postraumático. Para ello hay diferentes pautas que pueden prevenir la aparición de este trastorno.

- El manejo de estrés es una de las cuestiones básicas. Conseguir bajar el latido cardíaco a 60 pulsaciones por minuto por medio de respiraciones (al menos respirando así 30 minutos al día, en sesiones de 10 minutos), va enseñando al organismo a bajar el nivel actual de estrés. El deporte aeróbico (correr, nadar, andar en bici, etc.) realizado durante media hora, tres veces por semana, también ayuda a bajar el nivel de estrés.
- Es muy importante poder relatar lo ocurrido con un orden cronológico y espacial. Para ello se puede escribir intentando hablar sólo de los hechos. Mucha gente no puede ni escribirlo, ni hablarlo porque en ese momento le viene todo el horror. Si no se puede hablar al menos una vez de lo ocurrido, la experiencia va a quedar instalada en la memoria traumática y seguirá dando problemas en el futuro. (Hoy día hay técnicas breves para ayudar a la gente a contarlo sin sentir todo ese horror, como es el "debriefing": técnica preventiva de elaboración de experiencias traumáticas).
- Continuar haciendo una vida normal, con un orden estructurado de actividades (continuar trabajando o estudiando), llevar una vida sana y ordenada tanto en los horarios de alimentación como de sueño, e intentar seguir disfrutando de lo que antes era placentero, es fundamental en los primeros meses después de la tortura.
- Evitar el aumento de consumo de alcohol o drogas, los medicamentos para dormir (sobretudo si tienen benzodiazepinas) y los tranquilizantes. La forma natural de controlar el estrés sigue siendo el deporte y la respiración controlada. Esto nos devuelve la sensación de control, que es algo importantísimo cuando todo parece descontrolarse.
- Pensar que todo lo que ocurre es normal, también ayuda a sobrellevarlo. La solidaridad de la gente que nos apoya y que entiende que podemos estar irritables, raros, ausentes, deprimidos o nerviosos, es un recurso imprescindible. Hoy día sabemos que sin el apoyo social, es muy difícil superar los traumas. El entorno social permisivo con estas reacciones, va a suponer un apoyo incalculable para volver a la normalidad.

- Cuando ocurre una experiencia así, hay ciertas informaciones que se deben evitar para no volver a revivir la experiencia. El relato continuado de lo que pasó en la tortura, o escuchar o leer lo que les han hecho a otros no ayuda en absoluto. Cada vez que alguien es detenido, la persona que ha vivido la experiencia vuelve a pensar en la suya propia y esto puede volver a activar todas las reacciones. Por eso es tan importante no "retraumatizarse" con información que haga revivir la experiencia y se recomienda no leer otros testimonios de tortura, ni oírlos.
- El ser humano tiene la capacidad de aprender incluso en situaciones límite. El crecimiento postraumático habla de todo esto. Una persona que ha sobrevivido a algo tan difícil, suele aprender algo muy positivo de sí misma, de la vida o de los demás. Generalmente aparecen recursos nuevos que la persona no sabía que tenía. También aparecen nuevos valores humanos. Por eso es tan importante descubrir qué aprendió cada uno de todo ello y darle el valor que tiene. Esto ayuda a desdramatizar y desvictimizar para salir del concepto de víctima y colocarse en el de sobreviviente con nuevos recursos y valores más sólidos.
- Cuando no se puede superar la experiencia, hay que pedir ayuda psicológica a profesionales especializados en el tratamiento de traumas. Un profesional no formado en el tratamiento de este tipo de casos, puede perjudicar más que ayudar.

Olga Rey Valenciano
Psicólogo clínico

Publicado en el anuario del T.A.T de 2005.