



Salud pública y consecuencias de la violencia: de la terapia a la prevención o los diferentes roles de los pares y profesionales

Dra. Gisela Perren-klingler,
Basilea, Suiza*

*Doctora en medicina, especialista en psiquiatría.
Facultad de Basel. Presidenta en la IHFFC del 2011 al 2016.
Traducción: María Teresa Cruz Ruhle

La violencia es omnipresente en nuestro mundo: la guerra, persecución, tortura y huida, desastres que no se manejan bien, así como la violencia sexual en las familias, en el trabajo, accidentes de tránsito y laborales, los delitos y muertes repentinas son eventos potencialmente traumáticos. Casi siempre causan un mayor nivel de estrés en los afectados. En vista de esta violencia múltiple, el IPTS (Instituto de Psicotrauma Suiza) fue fundado en 1987.

Nos han dejado testimonios escritos sobre eventos relacionados con la violencia, y está claro que la violencia no sólo puede herir físicamente a las personas, sino que también tiene consecuencias emocionales. Aquiles enfureció “con dolor” por la muerte de Patroclo (Homero, *Ilíada*, decimoctavo canto); los discípulos fueron preocupados en el camino a Emaús después de la crucifixión de Jesús y su desaparición de la tumba (Lucas 24, 13 y siguientes), Parzival echado de su búsqueda del santo grial se deprimió (Wolfram von Eschenbach 1986), siempre surgen sensaciones perturbantes después del evento (Perren-Klingler, 2003). Toda la evidencia escrita muestra que las personas en tales situaciones necesitan ayuda a través de la escucha y preguntas; de esta manera, los afectados pueden compartir lo que han experimentado y esto da claridad a lo sucedido.

Así, las emociones presentes pueden surgir y calmarse después: Aquiles vuelve a calmarse al conversar con su madre, los discípulos de Emaús y Parzival después de haber contado (o confesado) extraen nuevas esperanzas y pueden continuar con sus tareas. Hasta la era moderna, casi exclusivamente los afectados fueron atendidos o por representantes de la religión, familiares o amigos, precursores de los “pares” de hoy. Pares son personas que no tienen formación especial en psicología o medicina, sino su motivación es atender a personas en estrés (o sufrimiento) extremo.

En el siglo XIX, Pierre Janet (Janet, 1889) planteó por primera vez la hipótesis de que las mujeres del Hospital La Salpêtrière, en Francia, con ataques de “histeria”, habían sido abusadas en su infancia. Freud se adhirió inicialmente a esta hipótesis, pero luego cambió a la teoría de Edipo y las fantasías sexuales (Freud, 1920). Desafortunadamente, la hipótesis de Pierre Janet nunca fue publicada en otra lengua que la francesa y sólo se transmitió el punto de vista de Freud.

En la década de 1970, muchos soldados jóvenes estadounidenses regresaron a sus hogares después de la Guerra de Vietnam comportándose como “locos” (como anteriormente siempre había sucedido con retornados de guerras): la violencia, el alcoholismo y el suicidio caracterizaron el comportamiento de muchos retornados. La diferencia fue que, por primera vez en la historia de la guerra, estos jóvenes habían completado sistemáticamente pruebas psicológicas antes de ser transferidos a Vietnam; y, por tanto, no se puede negar la idea de que habían sido jóvenes normales antes de permanecer en la zona de guerra.

Esto llevó a una investigación intensiva por parte de los psiquiatras y psicólogos de la Administración de Veteranos y, finalmente, les llevó al concepto de trastorno de estrés postraumático (PTSD, DSM 3, 1987). Ya en esa época había mucha discusión en los diversos grupos de trabajo preparatorios sobre si el PTSD debía considerarse como un trastorno de ansiedad o como un trastorno disociativo. Hoy en día, en el DSM 5, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático es considerado uno de los trastornos de ansiedad.

Fue útil que por primera vez, se definiera la tríada de las reacciones/síntomas de trauma, al saber, los criterios B hasta D, como consecuencias del estrés vivido (post-traumatic stress disorder).

B: intrusión = recuerdos no voluntarios recurrentes

C: estrategias de evitación y disociación (un estado mental en el que la persona puede verse a sí misma como de afuera y no logra reconocer sus sentimientos)

D: sobreexcitación física.

El hecho de que las consecuencias de la violencia se asociaran por primera vez con el estrés experimentado es importante; ya que por primera vez se señaló la influencia externa en la generación de síntomas mentales. Por un lado, el estrés que se genera cuando uno se expone a una situación violenta (= evento crítico) hace posible sobrevivir, pero, por otro lado, este mismo estrés que continúa

después, conduce a trastornos y enfermedades mentales, psicosomáticas y físicas, incluso al suicidio.

En este concepto, las reacciones/síntomas psicológicos y somáticos se explican como consecuencias del estrés que ha salvado a la vida y luego enferma. Investigaciones recientes en neurobiología y la teoría polivagal han hecho posible que se pueda comprender mejor la causa —el estrés vivido— y así saber explicar las reacciones/síntomas inexplicables de los sobrevivientes de hoy.

Durante mucho tiempo, la descripción del DSM se basó principalmente en el concepto de estrés de Selye (1936) y Cannon (1929); se habló de la reacción de lucha-huida, y aunque los factores de sobreexcitación (factor D) y memorias recurrentes (B) puedan explicarse razonablemente, los fenómenos de disociación y evitación (C) sólo se pudieron clasificar de manera deficiente.

Actualmente, con la ayuda de la teoría polivagal de Porges (Porges 2009), es más fácil clasificar muchas reacciones/síntomas en el diagnóstico de trastorno del estrés postraumático y entenderlas como consecuencias del estrés experimentado. Porges distingue entre las partes filogenéticamente arcaicas del sistema nervioso autónomo (sistema nervioso parasimpático, nervio vago) y las partes nuevas que se presentan sólo en los mamíferos, que se encuentran sólo en la parte superior del cuerpo (sobre el diafragma), especialmente en la región de la cara y el cuello, que permiten el contacto emocional con otras personas. Estas fibras autónomas son responsables de la comunicación social (Social Engagement System, Porges, 2003) y de la expresión y producción de las emociones.

Además, la teoría de Hobfoll et al. (2007) sobre el balance de recursos, ubica el conjunto en el contexto sistémico de las comunidades sociales. Hobfoll entiende los recursos como personales o individuales (como inteligencia, resistencia al estrés genético, recuerdos, capacidades, habilidades y valores, etc.) y recursos sistémicos, basados en la comunidad (cultura, instituciones, etc.)

Con el tiempo, también se ha vuelto claro que todas las reacciones que aparecen inmediatamente después de la exposición en un evento crítico son casi omnipresentes en los primeros tres meses y, por tanto, normales y naturales. En los primeros días y semanas después de la exposición, las tres reacciones de los normales a un evento anormal. El DSM 4 (1994) finalmente introdujo el diagnóstico de “trastorno de estrés agudo”. Por un lado, esto debe ser bienvenido, debido a que no es necesario hablar de trastornos por estrés postraumático (TEPT) al día siguiente de la exposición, al mismo tiempo, por supuesto, una reacción normal no pertenece a un manual de diagnóstico, ya que debe contener exclusivamente fenómenos patológicos, enfermedades.

Hoy día, se hace una distinción general entre las reacciones agudas posteriores a la exposición (y no los “síntomas”), y los trastornos por estrés postraumático. Tanto las reacciones como los síntomas corresponden a los mismos criterios, A-D (evento, memorias recurrentes, evitación-disociación y sobreexcitación), se distinguen en los tiempos y la duración.

El concepto de prevención de Caplan (1964) distingue entre prevención primaria, secundaria y terciaria: la prevención primaria significa reducción de riesgos específicos, la prevención secundaria significa reducción del impacto produciendo patologías después de la exposición y la prevención terciaria es el tratamiento médico clásico de los enfermos. Está destinado a prevenir las consecuencias a largo plazo de un evento que puede causar discapacidad o que influye de manera masiva en la calidad de vida. Dicho concepto de prevención es útil, porque permite hacer una distinción entre actividad preventiva (primaria y secundaria) por un lado e intervenciones terapéuticas por el otro. Las intervenciones en personas o comunidades sanas, pero que pasaron por un evento crítico y cuyo comportamiento parece “loco”, deben ser diferentes a las intervenciones para individuos y grupos que ya están sufriendo una enfermedad debido a la consecuencia a más largo plazo de un trauma.

Las intervenciones en el área preventiva (secundaria), pueden llevarse a cabo en las primeras 12 semanas después de la exposición por laicos psicológicos (entrenados), los llamados compañeros o “pares” (no psicólogos/psiquiatras), mientras que el tratamiento de las secuelas postraumáticas tiene que llevarse a cabo por psicoterapeutas especialmente capacitados en psicotraumatología (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.).

El IPTS ha desarrollado un método en el que, dependiendo del tiempo transcurrido después del evento crítico, tanto los compañeros pares como los psicoterapeutas pueden participar activamente en las intervenciones para aliviar las consecuencias mentales y sociales de la violencia. Dichos conceptos sirven como base de la teoría y la práctica.

La formación en el IPTS se realiza teniendo en cuenta los siguientes conceptos:

Derechos humanos: todo sobreviviente de violencia debe tener derecho a integrar lo que ha experimentado de tal manera que no sólo recupere su calidad de vida sino que también pueda crecer (Crecimiento postraumático, Tedeschi y Calhoun, 1995).

Conceptos de prevención en salud pública (Caplan): la prevención primaria forma parte de los derechos humanos en materia de salud y debe involucrar a la sociedad en su conjunto; la prevención secundaria reduce los sufrimientos (las reacciones) consiguientes en intervenciones inmediatas por compañeros pares. El derecho humano a la salud, al respeto, la autodeterminación y la autoeficacia (Bandura, 1977) aplicado ahorra además costos en los presupuestos de salud. La prevención terciaria, en forma de intervenciones terapéuticas, es tarea de profesionales especialmente capacitados.

Este modelo de etapas es crucial en la planificación de intervenciones psicosociales a nivel nacional después de una catástrofe y hace un buen uso de la solidaridad espontánea de las personas en catástrofes.

Salutogénesis (Antonovsky): cada sobreviviente lleva consigo una parte de la solución al problema: el sentido de coherencia, que consiste en los tres factores, control, comprensión y significado, debe fortalecerse como parte integral de todas las intervenciones de emergencia psicosocial.

Muy relacionado con esto está el concepto de balance de recursos de Hobfoll; respetar e incorporar recursos individuales y comunitarios en cada intervención ayuda a prevenir la revictimización de los afectados.

El concepto de estrés conocido de Seyle y Cannon explica el origen de los criterios B y D: el estrés es una compleja capacidad de adaptación del organismo a las demandas en aumento: la respuesta de lucha-huida, condicionada por la activación del sistema nervioso simpático, por lo general permite la supervivencia, pero el regreso a la normalidad, la calma del sistema nervioso simpático a menudo es difícil o incluso imposible. Es sólo con la teoría de estrés a nivel polivagal de Porges que el criterio C y otros fenómenos disociativos conocidos como “reflejo de hacerse muerto” se han vuelto entendibles y tratables con éxito en terapia.

Las experiencias clínicas propias de la autora con personas afectadas durante un cuarto de siglo han contribuido al desarrollo de los diversos conceptos y de muchas técnicas enseñadas.

Los requisitos para compañeros pares y profesionales son, por supuesto, diferentes:

Los compañeros pares deben poder conocer y manejar las reacciones que ocurren inmediatamente después de la exposición; deben poder atender a las personas dentro de los primeros 2 días hasta 12 semanas después del evento y conocer los criterios que los llevarán a derivarlos después de las 12 semanas (triaje). Las intervenciones tempranas que reducen y eliminan las respuestas al estrés permiten a los afectados regresar a su calidad de vida rápidamente, y también tienen una función preventiva: evitarán costosas secuelas de trauma y trastornos crónicos de estrés.

Los psicoterapeutas deben tener amplios conocimientos y técnicas en el tratamiento de todas las posibles secuelas del trauma, trastorno de estrés postraumático (TEPT), DESNOS (Disorders of extreme stress not otherwise), trastornos límite, depresión y disociación. Por supuesto, es muy útil para los psicoterapeutas conocer las intervenciones preventivas tempranas, ya que a menudo son los primeros en ser consultados.

A partir de estos factores, se ha desarrollado un curso teórico-práctico, que en un mínimo de tiempo proporciona los conocimientos y habilidades necesarias para los compañeros pares (de dos a tres bloques, además de supervisión y actualización) y terapeutas (15 días con supervisión opcional). Los cursos ofrecen partes teóricas aproximadamente la mitad del tiempo y en la otra mitad se enseñan técnicas, que se practican bajo supervisión en grupos reducidos.

El contenido se describe brevemente a continuación:

Bloque 1: Intervenciones inmediatas después de eventos críticos, para pares compañeros y profesionales.

Bloque 2: Lo mismo para grupos (para pares y profesionales).

Bloque 3: Técnicas terapéuticas en trauma agudo para profesionales;

Bloque 4: Neurobiología del estrés debido a eventos críticos y del trauma (opcional para pares y obligatorio para profesionales).

Bloque 5: Trauma extremo (DESNOS y trauma crónico-repetitivo, a menudo desde la infancia, trastornos limítrofes, trastornos disociativos).

Los compañeros pares, que han completado los dos primeros bloques y han enviado un cierto número de protocolos al instructor del curso, son capaces de hacer frente a

emergencias con poca inversión de tiempo y recursos, ya sean catástrofes, guerras o experiencias individuales, y rápidamente los afectados vuelven a la normalidad.

Los compañeros pares experimentados también pueden capacitar a las personas en el manejo del estrés antes de los eventos, por ej. bomberos, paramédicos, personal de emergencias médicas (y enfermería), policías, soldados, maestros y gerentes de recursos humanos. Se puede enseñar y ejercer una mayor tolerancia al estrés antes del evento (también para autoprotección), lo que significa adicionalmente prevención primaria y por lo tanto contribuye a un mejor estado de salud básico de la población.

Los terapeutas que hayan completado los cinco bloques pueden intervenir de manera razonable y con propósito con cualquier tipo de paciente con secuelas traumáticas. Debido a que cuentan con las habilidades teóricas y prácticas necesarias pueden hacer frente a todos los tipos de pacientes traumatizados en el menor tiempo posible.

Por supuesto, los cursos deben adaptarse a los estilos y percepciones de aprendizaje locales, por lo que uno de los objetivos del IPTS es capacitar a capacitadores en todo el mundo. Deben haber asistido a los cursos, hecho protocolos y trabajado en capacitación adicional como asistentes de entrenadores. Por un

lado, esto garantiza el respeto por las diferentes culturas y la distribución local, y por el otro, la sostenibilidad. Se está construyendo una red internacional de capacitadores para compartir las diferentes experiencias, para acompañar científicamente y establecer redes de apoyo.

El contenido del curso está diseñado de tal manera que se puede lograr un máximo de eficiencia en las intervenciones con relativamente poco esfuerzo (nueve días de capacitación para compañeros pares, 15 días de capacitación para terapeutas, y luego también ofertas de supervisión). Esto puede reducir un problema de salud pública muy costoso y mejorar la calidad de vida de los afectados; por lo tanto, sería deseable que muchos compañeros pares y terapeutas, como sea posible, se familiaricen con estas técnicas y aprendan a practicarlas.

Desde 2004, también se han ofrecido cursos de capacitación por el IPTS en diversos contextos en México, Guatemala y Colombia; mientras tanto, también se estableció el IPTM (Instituto de Psicotrauma México) con dos entrenadores capacitados. Por lo tanto, ahora se pueden ofrecer varios cursos de capacitación, adaptados al contexto (escuelas en Michoacán, paramédicos de la Cruz Roja en Cd. Juárez, apoyo a víctimas de terremotos en Oaxaca, etc.).

Es de esperar que los estudiantes ya estén capacitados como compañeros pares en apoyo psicosocial para diseminar mejor una especie de «primeros auxilios para el alma». Así, a más largo plazo, las sociedades latinoamericanas, que sufren la presencia endémica de violencia y también están plagadas de desastres, pueden comenzar a abordar el problema del estrés crónico relacionado con la violencia. Esto puede ser un primer paso hacia una sociedad más sana y preparada para un camino de paz.¹

¹Perren-Klingler, G., Cruz Ruhle, M. traducción (2019). Salud pública y consecuencias de la violencia: de la terapia a la prevención o los diferentes roles de los pares y profesionales. *AAPAUNAM, Academia, Ciencia y Cultura*, (2), pp.133-140.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA, 1987)
Diagnostic Statistical Manual, 3rd Edition
American Psychiatric Association (APA, 1994)
Diagnostic Statistical Manual 4th Edition
- Antonovsky A (1979) Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical well-being.
Jossey-Bass San Francisco
- Bibel, Vollständige Deutsche Ausgabe (1965).
Herder, Freiburg, Basel, Wien
- Bandura A (1977) "Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change". Psychological Review 84 191 – 215
- Cannon WB(1929) Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton, New York
- Caplan, G (1964). Principles of preventive psychiatry.
New York: Basic Books.
- Freud, S. (1920) Jenseits des Lustprinzips, GW 13,
Frankfurt
- Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedmann MJ, Friedmann M, Gersons BPR, TMV de Jong j, LAYNE CM, MAGUEN S; Neria Y, Norwood AE, PYNOOS RS, Reissman DE, Ruzek JI, Solomon AYZ, Steinberg AM, Ursano RJ (2007) Five essential of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry 70(4)283 - 315
- Homer, Ilias (Griechisch und Deutsch, 1956) Der 18. Gesang. Tempel Verlag, Berlin und Darmstadt
- Janet P (1889) L'automatisme psychique, Reprint 1973 Paris
- Kühn, D (1986) Der Parzival des Wolfram von Eschenbach. Insel Verlag, Frankfurt/ Main
- Perren-Klingel G (2003). Debriefing, modelos y

aplicaciones: de la historia traumática al relato integrado, IPTS

Perren-Klingler G (2017) Manual para pares: Manejo de estrés en eventos críticos preparado para el EEAS (European External Action Service, Bruselas)

Porges SW (2003) Social Engagement and Attachment. A phylogenetic perspective: Roots of Mental Illness in Children, Annals of the New York Academy of Sciences 1008, 31-47

Porges SW(2009) The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. Cleveland Clinic Journal of Medicine 76, suppl.2, 86- 90

Selye H (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents Nature, 138, 32

Tedeschi, RG, & Calhoun, LG (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage.