

Algunas implicaciones clínicas de las nuevas formas de entender la Intervención en Crisis

José Navarro Góngora

Facultad de Psicología de Salamanca

jgongora@usal.es

Revista Mosaico. Número 90, junio 2025; 47-64.

Resumen

El artículo ha seleccionado una serie de conceptos que juegan un papel clínicamente relevante a la hora de conceptualizar el impacto de los traumas y la forma en que intervenimos en los traumas tipo II, aquellos que se repiten una y otra vez, que son los que vemos con mayor frecuencia en las consultas de salud mental. Se ha elegido presentar algunas de las aportaciones de las neurociencias y de la Teoría del Apego, de ambas se hace un énfasis especial en el trauma del desarrollo como factor de vulnerabilidad en crisis posteriores. Se ha seleccionado igualmente la forma de intervenir en el momento del impacto por su capacidad de regular la respuesta emocional, jugar un papel en el procesamiento del trauma y en las conclusiones del procesamiento. De la Teoría del Apego se analizó la mentalización -entenderse y ser entendido- por su influencia en la integración del trauma en la vida de quien lo padeció.

Palabras clave

Trauma, mentalización, apego, síndrome de estrés post-traumático complejo (SEPT) complejo

Abstract

The paper examines several concepts that are playing an important clinical role for understanding and in the therapy of traumas type II -repeated or chronic traumatic events-, those with a major clinical incidence of mental health problems. Some relevant Neurosciences and Theory of Attachment contributions in the field of trauma has been selected. Attachment Theory has emphasized the developmental traumas as playing a vulnerability role in the emotional effects of the new critical events. Because its capacity of positive effects in emotional regulation, trauma processing, and conclusions, the intervention at the moment of the impact is regarded as the most important and effective intervention. Mentalization -the capacity of understanding the behavioural intentionality of others and the subject himself- is another important proposal of the Attachment Theory for its role in the process of trauma integration in the life of the affected person.

Key words

Trauma, mentalization, attachment, complex post-traumatic stress disorder (PTSD).

Crisis y Trauma:

Entramos en una situación de crisis cuando aquello a lo que nos enfrentamos excede nuestra capacidad de respuesta, cuando los recursos de los que disponemos no pueden resolver la situación por la que estamos pasando. Esa situación puede ser la agresión de alguien, un terremoto, un atentado terrorista, el nacimiento de un hijo, qué hacer con un premio económicamente muy cuantioso, etc. Finalmente, el grado de impacto emocional dependerá mucho, pero no sólo, del nivel de estrés asociado a la situación y, sobre todo, cómo ese estrés amenaza nuestra seguridad.

Las crisis implican siempre un cierto nivel de impacto que se mueve entre más o menos irrelevante hasta extremadamente traumático. Terr (1991) distinguió, al respecto, entre traumas tipo I, traumas tipo II y traumas tipo I y II combinados. En todos los casos los impactos tienen esa cualidad de amenazar seriamente la seguridad de la persona afectada.

Hay una distinción importante entre los traumas tipo I y II. Los tipo I se experimentan una sola vez en la vida, los tipo II de forma repetitiva. Aproximadamente el 70% de las personas afectadas por un trauma tipo I no desarrollan una patología mental, aunque sus vidas pueden quedar afectadas de forma profunda, sin que con ello alcancen el grado de deterioro que supone una patología mental. Cambian, para mejor o para peor, sus valores, la apreciación de las relaciones, su propia auto-imagen, su forma de estar en el mundo. Aunque el impacto del evento crítico es siempre negativo (Joseph, 2018), el resultado del procesamiento de la experiencia puede implicar un crecimiento que coexiste en el tiempo con la experiencia penosa por la que pasaron. Hoy sabemos que el cerebro funciona recordando, no borrando, los eventos que tienen un carácter traumático, lo que posibilita gestionar situaciones iguales o parecidas evitándolas, o, al menos, consiguiendo que el impacto no tenga un costo dramático (Kolk, 2014). Se recuerda el evento y, al mismo tiempo, su impacto emocional y cuando los traumas se repiten se suman los impactos emocionales, los seres humanos tenemos la capacidad de sobreponernos a eventos críticos por difíciles que sean si no se repiten, cuando lo hacen se alcanza un punto de saturación y se desarrollan psicopatologías graves de cualquier tipo, las más frecuentes depresión, trastornos de ansiedad, estrés post-traumático complejo, trastornos de personalidad, adicciones, trastornos de alimentación, etc.

En los traumas tipo I los contextos del sujeto permanecen, por lo general, invariables, su familia, relaciones, trabajo, amistades, siguen ahí. El proceso de adaptación puede ser complejo, prolongado y difícil, pero se hace a un contexto que no cambia; la salida de la crisis es hacia la normalidad. Clínicamente significa que es tan importante evaluar lo que sucedió como hasta qué punto el contexto al que tiene que reintegrarse el sujeto sigue en el mismo estado. *Hay que evaluar y procesar el incidente y la salida del incidente.*

La situación en los traumas tipo II y I y II combinados es muy diferente, sobre todo si el sujeto ha venido padeciendo episodios críticos desde la infancia. Allen (2005) nos recuerda que cada incidente no sólo supone una experiencia dramática, también implica un cambio en la trayectoria vital de la persona afectada; la multiplicación de traumas no sólo suma experiencias emocionales insoportables, vuelven opaca tu senda de vida; no hay futuro porque el futuro será otra crisis que hacen inservibles cualquier adaptación y cualquier proyecto de vida. El trauma se ha hecho crónico. *Clínicamente ello significa que hay que evaluar y procesar los episodios críticos anteriores, el episodio por el cual consultan y hacia dónde salen después del este último incidente.* Autores como Bessel van der Kolk piensan que en realidad es el efecto acumulativo de la multiplicidad de traumas, sobre todo los de la infancia, lo que explica la sintomatología que el paciente cuenta y que nosotros observamos en una entrevista. Estos son los pacientes que normalmente vemos en los programas de Crisis y Trauma, son los más afectados y los que presentan mayor dificultad de recuperación, sobre todo cuando los traumas por los que pasaron son interpersonales. Hay muchas situaciones en la práctica clínica que pueden definirse como traumas tipo II o tipo I y II combinados, por ejemplo, la violencia de género y la infantil, las enfermedades progresivas, las discapacidades severas, las adicciones, los accidentes de tráfico seguidos de operaciones quirúrgicas reiteradas o/y una rehabilitación costosa desde el punto de vista físico y emocional, patologías mentales graves y de larga duración como pueden ser las depresiones o trastornos de personalidad, etc. Es el hecho de la cronicidad, y no sólo el impacto de las crisis, lo que presenta un desafío clínico serio porque el reto es acertar a decir algo que suponga una ayuda que no sólo le sirva para afrontar sus problemas, sino que le ayude a planificar lo que su condición le permita para poder tener una vida digna de seguir viviéndose, y eso a pesar de que su(s) problema(s) van a perdurar.

Variables que modulan un impacto crítico

Tradicionalmente se ha venido reconociendo tres conjuntos de variables que determinan, en su juego conjunto, el impacto de una situación estresante. Se habla de la naturaleza del estrés (su intensidad, si es uno solo o se repite, proximidad, tiempo de exposición, si la afectación es personal, de la comunidad por entero o de carácter simbólico, y a qué se atribuye la situación crítica, si al sujeto que la padece, a otra persona, a fuerzas externas, a la mala suerte). Se habla de factores de índole personal (edad, estadio de desarrollo, grupo étnico de pertenencia, historia de traumas previos, estilos de afrontamiento, resiliencia, significado que se atribuye al evento estresante, sintomatología producto del impacto). Finalmente se habla de la influencia del contexto social (conjunto de valores de la cultura del sujeto -religión-, redes sociales formales -profesionales, ONGs- e informales familia y red de allegados, escuela, trabajo, comunidad con la que el sujeto mantiene un contacto). Comentar la importancia y el juego de todas las variables que determinan la experiencia del impacto reclama un espacio que sobrepasa el que tenemos. Todas tienen su

importancia clínica, y permítasenos optar por mencionar aquí dos, la resiliencia y el papel de la familia en el apoyo a la persona traumatizada, y más adelante haremos referencia al papel del apego.

Se ha investigado y escrito mucho sobre la resiliencia en situaciones de alto estrés (por ejemplo, Joseph, 2018) y se ha distinguido entre dos tipos. En uno de ellos después del impacto crítico el sujeto vuelve al nivel de competencia previo al incidente porque hay todo un esfuerzo de procesamiento y recuperación que dura un tiempo más o menos largo. El esfuerzo tiene como recompensa volver hacerse con la normalidad perdida. Puede suceder también que por diversas razones de tipo personal y de otro tipo, el sujeto no se sienta especialmente afectado por el episodio crítico, no ha habido una pérdida de la que tenga que recuperarse, con lo que su vida continúa como era antes. En ninguno de los dos casos ha habido crecimiento personal.

Otro segundo grupo de sujetos experimentan un crecimiento en términos de imagen personal, valores, espiritualidad y mayor aprecio de las relaciones. No ha desaparecido el sufrimiento por el que pasaron, pero la experiencia les ha forzado a reevaluar aspectos importantes de sus vidas. El trauma les ha cambiado de forma sustancial, su forma de relacionarse con el mundo ha cambiado de forma profunda. *Las crisis son el modelo de cambio rápido y radical*. Todo ese cambio puede coexistir con sintomatología que ahora se gestiona mejor pero que no ha desaparecido por completo, lo que clínicamente plantea el problema de si se puede dar de alta a alguien que todavía tiene síntomas. El criterio que suele adoptarse es que si ha habido cambios que impliquen una mayor madurez y un mejor manejo de los síntomas no hay necesidad de continuar con la terapia (Joseph, 2018).

La investigación y los protocolos de tratamiento que incorporan a la familia de la persona afectada por el trauma no son muy abundantes. En realidad, resulta llamativo porque la familia no sólo resulta inevitablemente afectada por lo que le pasó a uno de sus miembros, sino porque también puede jugar un papel decisivo en su recuperación. Incorporarla implica en primer lugar ayudarles a entender las reacciones de la persona traumatizada, una psicoeducación que les explique no sólo qué síntomas y reacciones son los normales, sino también sus porqués y, finalmente, qué pueden hacer. La actitud ante síntomas y conductas que se repiten una y otra vez y que persisten en el tiempo, a pesar del interés y las ayudas que prodigan, pueden exasperar. Decir a la familia que la clave es la *disponibilidad* pasa por explicarles qué significa. Se tiene disponibilidad cuando la persona afectada pide ayuda o/y cuando al percibir que está necesitada de algo, aunque no lo manifieste, alguien de la familia toma alguna iniciativa. En los dos casos se da una respuesta que básicamente transmite que se está dispuesto a estar con la persona afectada, aunque no se sepa bien qué decir o qué hacer, “No sé qué decirte, o qué hacer, pero que sepas que sigo aquí contigo”. O, aunque lo que se haga o diga sea correcto y sensible, pero no implique un cambio. Esta actitud que mantiene una ayuda que ni resuelve el problema, ni quien la recibe la va a reconocer, al menos por el momento, exige compromiso, determinación, paciencia, y no poca sabiduría. Es ese tipo de ayudas que sólo se aprecia su valor y

función cuando desaparecen o no se dieron, a ello alude Allen (2005) cuando afirma que el sufrimiento en soledad traumatiza.

La evolución de un impacto crítico

En la figura 1 hemos recogido la trayectoria típica de un trauma en la que pueden identificarse cuatro momentos: etapa pre-crisis, momento de impacto, procesamiento de la experiencia y conclusiones. Como expertos en salud mental disponemos de programas y protocolos para las cuatro etapas. En la etapa pre-crisis el objetivo para la población general es dotarla de unas habilidades para enfrentar situaciones críticas y reducir lo más posible el daño del impacto. El objetivo para los profesionales es dotarles igualmente de unas habilidades que hagan su actuación profesional sensible desde el punto de vista psicológico. Es importante que lo que se les enseña no añada funciones a las que tienen como profesionales, no se trata de que sean psicólogos además de médicos, policías, arquitectos, etc., se trata de que, si tienen que dar una información médica, o del estado de una vivienda, actuaciones ambas ligadas al ejercicio habitual de sus profesiones, lo hagan de una forma psicológicamente sensible (Caplan, 1997). Estos profesionales actúan muchas veces en momentos muy cercanos al impacto, por lo que lo que hacen y dicen tiene muchas posibilidades de quedar asociado a la experiencia del impacto, sumando o restando dolor al horror de la experiencia, lo que a su vez influirá, de nuevo positiva o negativamente, en cómo se procese el trauma y, finalmente, en las conclusiones.

AQUÍ FIGURA 1

El objetivo de las actuaciones de ingeniería civil es el de acondicionar lo mejor posible el territorio en el que vive una población. Actuaciones como la construcción de viviendas con normas antisísmicas o el encauzamiento de ríos, son ejemplos de este tipo de actuaciones que limitan, y en el mejor de los casos eliminan, el daño a la población de desastres naturales.

Un tercer pilar importante de actuaciones tiene que ver con planes que aseguren la existencia de protocolos de organización y gestión de recursos profesionales y materiales para activarlos en situaciones críticas; desde planes de contingencia que definan recursos, hasta quién(es) tiene(n) las responsabilidades de dirección de lo que haya que hacer, o las formas de colaboración entre los intervinientes; esto último es lo que se suele pasar por alto con mayor frecuencia (IASC, 2007).

El momento del impacto

Lo que ocurre en el momento del impacto tiene implicaciones personales y, por tanto, clínicas importantes. Lo primero a tener en cuenta es el mensaje que, de forma inevitable, automática, sin que se pueda controlar, aparece en la conciencia: se constata que la vida es terrible; no es una idea, tiene la fuerza de la experiencia vivida. Cuando además el trauma es interpersonal, se constata igualmente el carácter de letalidad de las personas; el mundo es peligroso y las personas también. Los mensajes tienen un contenido y se acompañan de una experiencia emocional que los vuelve no sólo más reales, sino indudablemente ciertos. Además de inevitables pueden ser completamente implícitos y evolucionar después hacia un guion que llega a afectar o/y limitar de forma severa la vida de la persona afectada. Quien ha sufrido, por ejemplo, un atentado terrorista, un tipo de trauma interpersonal, ha recibido el mensaje obvio de que hay personas malas al extremo de la letalidad, este es el mensaje inevitable, y a continuación desarrollar, en el mejor de los casos, actitudes de suspicacia ante quienes supone han sido los autores del atentado, y en el peor a desarrollar respuestas de terror e intransigencia claramente racistas. Lo terrible de la experiencia puede hacer que una vez que el córtex lee lo que ha pasado justifique no sólo el mensaje del impacto sino el guion de vida.

En el cuadro 1 se ha recogido cómo funciona el cerebro en el momento del impacto. La respuesta es compleja, de neuro hormonas y de activación de distintas áreas del cerebro. Aquí, sólo de forma muy resumida y centrándonos en las implicaciones clínicas, vamos a resumir algunos aspectos del impacto. Lo primero a resaltar es que todas las respuestas son subcorticales y se orientan a la supervivencia del sujeto. Son todas, por tanto, adaptativas y así deben ser explicadas a la persona afectada. El que sean subcorticales, que no dependan de lo que el sujeto quiera, ayuda a procesar la culpa ligada, por ejemplo, a huir (evitar un peligro), o, sobre todo, a las respuestas de bloqueo o parálisis en las que se evita la agresión del depredador mediante una conducta de sometimiento y guardando la energía para huir cuando el depredador pierda el interés en la víctima.

AQUÍ CUADRO 1

El cuadro 1 recoge también la forma en que el cerebro responde secuencialmente a una situación de amenaza: lo primero es una respuesta física de orientación hacia la situación amenazante. La terapia sensoriomotriz (Ogden, 2016) viene trabajando con todas estas respuestas físicas que se producen durante la experiencia traumática. Después siguen las respuestas que organizan en términos de seguridad, de supervivencia. La primera que garantiza una mayor seguridad es distanciarse de la amenaza; huir. Una vez que la huida se hace imposible se recurre a defensa mediante el ataque, lo que tiene un mayor peligro pues siempre se puede perder. Cuando se juzga que el ataque tampoco es viable se recurre al bloqueo o parálisis que es de dos tipos, en uno el sujeto está físicamente bloqueado, pero

emocionalmente hirviendo (“lo mataría, lo haría pedazos”), o bien está física, emocional y cognitivamente paralizado, literalmente finge estar muerto, con constantes físicas como ritmo cardíaco, tensión arterial, respiración, etc. muy rebajados, transmitiendo con ello que no es un peligro, con lo que trata de evitar que el depredador active el simpático -la represalia-. En el momento del impacto mucho de lo que el sujeto experimenta va a depender del grado de activación de la amígdala, si su disparo es muy potente bloquea el hipocampo y el córtex orbitofrontal, dos estructuras fundamentales para regular la respuesta emocional, quedando el sujeto expuesto al terror de la experiencia que experimenta además en un grado sumo, sin fin y sin poder ponerla en palabras (el área del lenguaje –área 42 de Brodmann- también está bloqueada). En estas circunstancias el cerebro responde disociando, es decir bloqueando la experiencia emocional que le resulta imposible sufrir, siendo el grado de disociación el que predice la posibilidad de desarrollar a largo plazo el síndrome de estrés post-traumático y, por lo tanto, un problema de salud mental. La consecuencia clínica es que hay que tratar de reducir, regular, lo antes posible el nivel de respuesta emocional y la forma más simple de hacerlo es poder dar respuesta a lo que el sujeto necesita en ese momento. *La pregunta es qué necesita, no qué ha pasado.* Muchas personas responden contando lo que les pasó, si eso es lo que necesitan, eso es lo que hay que escuchar, la víctima tiene que sentir que quien le escucha tiene interés en saber cómo se encuentra, y no sólo que le está oyendo; hay que transmitir interés en una historia que explica la experiencia de la víctima, de esa forma se la valida y se la entiende.

En muchos traumas interpersonales vamos a ver otros dos tipos de respuestas frecuentes, el llanto de apego y el apaciguamiento (Lanius et al., 2014). De nuevo son dos respuestas subcorticales, en la primera el sujeto siente que a pesar del trauma que está padeciendo, no puede sobrevivir sin quien le está traumatizando, su pareja, por ejemplo; aquí, lo de sobrevivir es literal. Vemos igualmente situaciones en las que las posibilidades de sobrevivir dependen de la capacidad de la víctima de identificar indicios y señales que preanuncien las situaciones críticas. Si las detecta le es posible calmar y apaciguar a quien agrede y por lo tanto sobrevivir, de nuevo literalmente. En estos casos su ámbito de experiencia vital se reduce a la búsqueda de indicios. El efecto neto es que quién ella es, lo que necesita, sus proyectos, deseos y sentimientos desaparecen subsumidos en la necesidad imperiosa de saber cómo calmar al otro para sobrevivir.

Estas formas de respuesta son otras tantas estrategias de supervivencia, son por lo tanto funcionales en el momento del impacto, y como tal hay que explicarlas. El problema es que la multiplicidad de traumas hace que se reiteren las mismas estrategias de afrontamiento exitosas que se vienen utilizando para sobrevivir, creado el hábito el sujeto termina por utilizarlas para situaciones que son de cierto estrés, pero no traumáticas. Constatada su utilidad en el pasado y su costo en el presente hay que discutir con el paciente estrategias más funcionales para enfrentar los problemas de su vida cotidiana.

Apego y trauma

La forma en que se viene aplicando la Teoría del Apego al trauma incluye entender el impacto, pero también aspectos fundamentales a la hora de intervenir. Terr (1991) cuando habla de traumas tipo II alude a que quienes comenzaron su historia de traumas en los tres primeros años de la vida -traumas del desarrollo- vieron condicionado su apego. Si básicamente el apego significa la necesidad de crear un contexto seguro que permita una relación en la que se pueda confiar y, conseguida esa base, poder explorar el mundo y, por lo tanto, conocer y aprender, cuando el apego se vuelve inseguro el mundo se vuelve amenazante y la dificultad para resolver la amenaza y volverlo más seguro es mayor. Crecer con esa inseguridad se convierte en un factor de vulnerabilidad para situaciones de estrés posteriores, sobre todo si son críticas. En términos de funcionamiento cerebral un apego inseguro significa una hipersensibilidad emocional (mayor activación de la amígdala) que hace que experiencias estresantes se vivan con una mayor agudeza. Ya hemos mencionado que el hipocampo y el córtex orbitofrontal son las áreas que regulan la respuesta emocional, el desarrollo y la maduración correcta de ambas estructuras dependen de la calidad de la relación de apego, cuando el apego es inseguro la funcionalidad de ambas se ve comprometida. La experiencia del sujeto es la de una alta emocionalidad y problemas para regularla. Eventos críticos posteriores incrementan todavía más la respuesta emocional haciendo aún más difícil su regulación, el bloqueo de las estructuras reguladoras se hace más probable, y el recurso a la disociación más necesario con el consiguiente peligro de desarrollo de problemas de salud mental. La disociación, repitámoslo, es adaptativa para poder gestionar un impacto emocional muy severo, el problema es que el sujeto deja sentir tanto los sentimientos negativos como los positivos.

Hay más problemas ligados al bloqueo emocional de la disociación. El cerebro se conecta con la realidad primeramente en términos emocionales aceptando o rechazando lo que ha evaluado, cien milisegundos más tarde entra a funcionar el córtex que en el noventa por ciento de las veces confirma lo evaluado emocionalmente (Kahneman, 2013). Si las emociones están bloqueadas se pierde ese tipo de información que hace que aceptemos o rechacemos algo. Si, además, el funcionamiento intelectual está afectado, va a haber un problema a la hora de re-evaluar y regular la información emocional; el resultado es que el sujeto tiene muchas dificultades para orientarse en la realidad, y esto es todavía más acusado en personas que acceden a la madurez con un trauma del desarrollo. *El estado de vulnerabilidad, ligado a un apego inseguro, explica mucho de la respuesta del sujeto a una situación traumática actual.*

El impacto de una situación crítica cambia el tipo de apego y lo vuelve inseguro, el mundo cobra un carácter amenazante y las personas también si el trauma lo fue interpersonal, esa inseguridad dificulta las relaciones interpersonales generando aislamiento social justo en el momento en que más se necesita el apoyo. El nivel de

desequilibrio emocional vuelve, como hemos mencionado, incompetente el funcionamiento intelectual en el momento en el que, de nuevo, más se necesita esa competencia para salir de la situación crítica. En esta situación la familia puede jugar un papel determinante en la creación del necesario contexto de seguridad que regule la respuesta emocional, mejore la competencia intelectual para procesar el incidente y solucione los problemas que la crisis haya creado en la vida de la víctima.

En términos de intervención vamos a mencionar dos aportaciones más de la Teoría del Apego. El cuadro 2 define varios aspectos fundamentales de la mentalización. En un sentido general, la mentalización implica la capacidad de dar sentido a conductas, pensamientos y sentimientos tanto propios como de las otras personas. Juega, por lo tanto, un papel muy importante en términos personales porque *entenderse* es un paso importante a la hora de juzgarse con benevolencia, saber el porqué de una conducta propia puede no justificarla, pero no deja de ser una mirada compasiva hacia uno mismo en la medida en que se toma en cuenta las circunstancias internas y externas que la motivaron; *entenderse es un acto de amor hacia uno mismo*.

AQUÍ CUADRO 2

Sentirse entendido es una experiencia compleja en la que de pronto (con un sentimiento de sorpresa considerable), uno siente que aspectos importantes de la vida propia han sido captados por la otra persona, que ha sabido ver lo que yo también considero importante para mí, lo que habla de su interés por mí. De forma inevitable (automática) esa persona me cae mejor, la relación no sólo mejora, sino que me hace sentir seguro, ese ámbito de seguridad que se abre regula emocionalmente, y ambos, la seguridad y la regulación emocional, hacen que tenga un funcionamiento intelectual mejor (se activa el parasimpático), la confianza hace que pueda hablar de más cosas, que intime, y la mejora del funcionamiento intelectual hace que entienda mejor lo que esté hablando y que facilite pasar de la narración a la conclusión, ello implica no sólo saber algo nuevo de lo que me pasó, sino también un cambio de actitud y finalmente, y en el mejor de los casos, un cambio de conducta; *sin conclusiones no hay cambios. Ser entendido se vive y se interpreta como un acto de interés, como un acto de amor* (The Boston Change Process Study Group, 2010).

Fonagy et al., (2004) han desarrollado el valor terapéutico de la mentalización. Afirman que no se trata de una nueva modalidad de terapia, está en el campo desde los comienzos del psicoanálisis, pero sí defienden que es el elemento común que hace que cualquier modelo de terapia funcione. Funciona porque sentirse entendido hace que una relación sea más significativa, crea un ámbito de seguridad que posibilita confiar experiencias de las que costaba hablar y porque la regulación emocional hace que el funcionamiento intelectual sea más competente. Gran parte de todo este proceso es funcionalmente inconsciente, la sorpresa por no saber cómo he podido ser interpretado, la respuesta de mayor seguridad en quien te entiende, la libertad para

contar más cosas, la sorpresa de entenderte mejor y de llegar a conclusiones que antes no alcanzaste. Todo el proceso puede corticalmente documentarse después, pero en el momento es básicamente inconsciente y automático.

En una entrevista clínica en la que el paciente se siente entendido podemos seguir todos los pasos del proceso, y cuando ya es capaz de concluir puede empezarse a constatar algún cambio: que el problema ya no le parece tan dramático, que comprendió algo nuevo, que hubo un cambio de actitud o de conducta. La experiencia de quienes observan la entrevista, y quizás del propio terapeuta, es que el cambio es sorprendente. El por qué tiene que ver con los procesos automáticos a que da lugar el sentirse entendido, no conocerlos hace aparecer en muchas ocasiones la terapia como algo mágico.

Lógicamente como cualquier procedimiento terapéutico la mentalización no tiene por qué funcionar siempre. En situaciones de alta suspicacia interpersonal, como la inducida por traumas interpersonales, el esfuerzo por entender, el interés del terapeuta por saber el sentido y las consecuencias de lo que pasó, pueden resultar sospechosas si la situación traumática por la que pasó el paciente incluyó esas mismas muestras de interés que luego resultaron en un abuso. Entender tiene también este aspecto de poder utilizarse para manipular y controlar. Basar una entrevista en la mentalización, en tratar de saber no sólo lo que pasó sino el sentido de eso que pasó, implica dos movimientos quizás contraintuitivos. En primer lugar, el terapeuta debe estar interesado en conocer el sentido de la experiencia del paciente, lo que significa profundizar en lo que pasó en vez de evitarlo, o pasar a la intervención y sugerir formas de gestionarlo. En segundo lugar, tendrá que comunicar al paciente lo que ha entendido, lo que comunica no es un mero reflejo de lo que viene diciendo el paciente, lo que devuelve es el sentido de la experiencia por la que pasó. Si acierta el paciente se sentirá entendido desencadenando el proceso al que hemos aludido anteriormente, si no acierta y rectifica lo que le están transmitiendo, el paciente ganará una nueva formulación que él mismo se da; claro está si se reiteran los desaciertos no se sentirá entendido y la relación y la terapia se verán afectadas seriamente.

Mentalizar es un ejercicio intelectual que se ejerce sobre uno mismo y sobre los otros, cuando es implícito, es decir cuando se ejerce voluntariamente, depende mucho de la competencia del córtex y del contenido emocional de lo que se quiere entender. En el trauma sucede que el funcionamiento del córtex puede estar afectado y que lo que haya que mentalizar tenga un contenido muy temido, por ambas razones la mentalización puede ser muy difícil, sobre todo mentalizar estados emocionales cuando éstos son muy intensos. Sin mentalización ni puedo entender qué me pasa, ni entender qué les pasa a los otros, lo que significa desorientación vital y problemas de relación.

La investigación sobre apego adulto ha aportado ideas importantes a la evaluación del impacto del trauma y a su tratamiento. Para estudiar el apego adulto se les pedía a los sujetos que contaran episodios difíciles de su niñez y lo que se encontró es que esas narraciones podían ser contadas con un nivel de coherencia variable.

Narraciones coherentes eran aquellas en las que el sujeto manifestaba sentimientos que se ligaban a la naturaleza del relato: tristeza, rabia, miedo, etc. Otros sujetos manifestaban reacciones manifiestamente incoherentes con los episodios, se reían cuando el contenido era muy triste, o no manifestaban reacción emocional alguna, hablaban de alguien muerto como si siguiera vivo, perdían el hilo argumental o temporal de la narración, de pronto se quedaban sin saber qué decir, etc. La investigación puso de manifiesto que no era exactamente el contenido terrible del episodio lo que había que relacionar con su efecto en la salud mental de quien narraba, era el grado de incoherencia el que definía hasta qué punto el trauma está afectando la salud mental del sujeto. Clínicamente es muy orientativo tener en cuenta este resultado de la investigación, lo normal es que como terapeutas nos sintamos impresionados por el drama emocional que nos cuenten, ahora sabemos que una narración coherente implica que la relación del sujeto con lo que le pasó significa que ha sido capaz de incorporar a su vida aquello que le pasó y su recuerdo no termina por desestabilizarlo psicológicamente. *El nivel de coherencia del relato es el que define el grado en que la salud mental del sujeto está siendo afectada por el trauma.*

El modelo de intervención en crisis

En el cuadro 3 hemos resumido la propuesta de intervención con pacientes que han sufrido el impacto de una o varias situaciones traumáticas. Como hemos mencionado aproximadamente el 70% de personas con un solo impacto no desarrollarán una patología mental, lo que significa que pocos de ellos necesitarán de una consulta con un especialista. Lo que normalmente vemos los especialistas son pacientes con varios impactos críticos, si además su historia de trauma empezó en la infancia puede que tengan un síndrome de estrés post-traumático complejo (SEPT) con una sintomatología aguda. En estos casos el primer movimiento es reducir esa sintomatología, alguien muy deprimido o con una ansiedad muy alta no puede fijar la atención durante el tiempo que requiere una entrevista y la terapia se hace imposible. Normalmente estos pacientes necesitan antes de entrar en un tratamiento psicológico de una medicación que haga posible que puedan seguir la entrevista.

AQUÍ CUADRO 3

Cuando la sintomatología no es tan grave sigue siendo un objetivo su tratamiento que se alterna con los otros objetivos de creación de la relación, estabilización, psicoeducación y procesamiento del trauma. Estos objetivos son sólo parcialmente consecutivos, en una entrevista puede saltarse de uno a otro, o por necesidades del paciente o juicio del terapeuta, centrarse en uno de ellos.

La posibilidad del tratamiento va a depender de hasta qué punto se ha consolidado una relación que haya creado un ámbito de seguridad en donde sea

posible la regulación de la respuesta emocional, una narración suficientemente íntima tras de la cual se llegue a conclusiones que permitan cambios en la sintomatología, en el estado emocional y finalmente en la conducta. Hemos venido proponiendo que una correcta y competente mentalización que le haga sentirse entendido es la forma más rápida y profunda de crear la relación. Mostrar interés en discutir con el paciente y llegar a descubrir, o/y crear, el sentido que tiene para él su episodio traumático es la forma más genuina de mostrar empatía. Quienes hayan pasado por episodios de traumas interpersonales o/y quienes hayan desarrollado un apego desorganizado van a tener, como hemos mencionado, problemas con la mayor intimidad que implica ser entendidos, aquí la clave es ir despacio en el proceso de mentalización, la lentitud permite pasar por momentos de un acercamiento más trivial que no sientan como amenazante y cuya suma vaya creando la seguridad del ámbito terapéutico. En el SEPT complejo eso significa dejar que el paciente sea quien controle el ritmo de lo que quiere compartir, que se valide como métodos de supervivencia su comportamiento en el episodio traumático y que vaya poco a poco descubriéndose el sentido del impacto del trauma en su vida actual.

Aunque la construcción de la relación se hace en las primeras entrevistas lo cierto es que en cada una de las posteriores hay que seguir constatando el interés y la seguridad del ámbito terapéutico. En el SEPT complejo, y trabajando con pacientes con personalidad borderline, va a ser normal que haya desencuentros, Allen (2024) se ha hecho eco de la importancia de que el profesional sepa cómo reconstruir, cómo reparar, una relación dañada; para este tipo de pacientes puede que sea la primera vez en su vida que pasa por una experiencia de reparación.

La psicoeducación suele aplicarse en cualquier momento de la terapia, su objetivo es dar respuesta, con datos contrastados, a lo que el paciente pregunte, o dar una información que el terapeuta juzgue pertinente, aunque no se le haya pedido. Se trata de explicar algo, aunque la intención puede ir más allá de la mera información. Es muy común tener que explicar los síntomas ligados al impacto de un trauma, la información genera cierta sensación de control, pero también los normaliza, y además tiene un efecto desculpabilizador en la medida en que se presentan como respuestas automáticas que no dependen de la voluntad del sujeto. El efecto es también el de ayudar a regular la culpa, un tipo de respuesta emocional frecuente y profundamente desestabilizador.

La reducción de los síntomas, la creación de un contexto de seguridad y la psicoeducación juegan un papel importante en la regulación de la respuesta emocional. Una vez conseguido cierto equilibrio se hace posible conectar a la persona con su presente y con lo que ese presente le demanda, se inicia así la fase de estabilización con la intención de recuperar el control de la vida que le es normativa en función de la edad de la persona afectada. Los ámbitos que normalizar son el de las relaciones, trabajo o estudio, roles familiares normativos, proyectos importantes y hábitos; en resumen, su mundo personal, familiar, relacional y profesional.

Cumplimentada la fase de estabilización la persona sabrá por qué tiene los síntomas y habrá experimentado una mejoría; sabrá el valor de supervivencia que tuvo lo que hizo, sintió o pensó; y tendrá un mayor control sobre su vida actual. Muchos optan aquí por dejar la terapia sin haber pasado por un procesamiento suficientemente serio de los episodios traumáticos. Algunos vuelven un tiempo después para hacer ese procesamiento, otros continúan la terapia interesados en dar un sentido a lo que les pasó.

El objetivo del trabajo con el trauma es que pueda ser incorporado como una parte de la historia del sujeto, ciertamente dolorosa, pero que evocada no le desestabilice psicológicamente. Hay que mejorar la relación del sujeto con aquello que pasó, lo que significa que comprenda lo que hizo y experimento en el episodio traumático. Hay, por decirlo así, dos personajes que tienen que entenderse, el actual y el del trauma, y se trata de que el actual desarrolle una actitud de comprensión de lo que hizo en el momento del trauma; entender no significa justificar. Probablemente la base del entendimiento radique en que su comportamiento en el momento del trauma le ayudo a sobrevivir, hay por lo tanto dos narraciones: la del trauma y la del superviviente. Lógicamente la que se cuenta primero es el drama por el que pasó, y con datos de esa narración el terapeuta tiene que identificar lo que hizo para sobrevivir y ayudarlo a que identifique la narración del superviviente. Es este proceso, que incluye la narración del trauma y la identificación de las estrategias de supervivencia, lo que se utiliza para que se sienta entendido, el efecto a conseguir es el de cambiar la relación entre el personaje actual y el traumatizado. Ayuda la psicoeducación y la mentalización de las emociones en un contexto emocional, el entender su sentido, su por qué; entender la información que dan las emociones. El proceso sólo es posible si hay un contexto seguro que permite cierto nivel de regulación emocional. Contextos emocionales muy intensos impiden la mentalización.

Ayuda igualmente las instrucciones que se le dan para contar la narración de lo que ocurrió, se le pide que primero cuente los hechos, y para cada hecho que distinga entre lo que sintió, lo que pensó y las sensaciones físicas que tuvo. Con ello se trata de discriminar entre lo que pasó y lo que se añadió producto de sentimientos y pensamientos. Una visión realista dimensiona la experiencia. Se les pide igualmente que se narre el antes del impacto, lo que pasó en durante el impacto y el después. Con ello se pretende conocer el contexto vital que se vio golpeado y las consecuencias del drama. Esta forma de narrar toma un tiempo que sirve tanto al paciente como al terapeuta para distinguir entre lo que pasó y la experiencia que el sujeto tuvo, y con ello el significado vital que ha dado a la experiencia.

Teniendo en cuenta que la narración hace que vuelva a revivirse el trauma es preciso primero que el sujeto haya dado explícitamente su consentimiento para contarla, segundo que se haya creado un contexto de seguridad que haga posible la regulación de las emociones y que le permita transitar por una experiencia emocional intensa y dolorosa sabiendo que no está repitiendo el trauma, el contexto es diferente, para que finalmente constate que fue capaz de enfrentarse a lo que pasó sin que las

consecuencias sean las mismas y concluyendo una nueva perspectiva que se añade a la que tenía. La narración del superviviente se construye con la información de las respuestas subcorticales y corticales que aparecieron en el impacto, con las respuestas de otras personas, si es que las hubo, en el momento del evento o en momentos cercanos.

Es importante cómo se presenta la narración del superviviente. No debe presentarse como más importante que la narración del trauma, ni como algo que el sujeto no fue capaz de tener cuenta, hacerlo así le da una imagen de incompetencia y deja sin sentido el sufrimiento por el que pasó. Se presenta como algo que también ocurrió; todo lo que se hace es constatar que existe. A partir de ese momento las dos coexistirán y la persona tendrá la posibilidad de que cuando se vea invadido por los recuerdos del trauma evocar el valor de lo que hizo para sobrevivir.

El resultado final del procesamiento incluye varios elementos, está el haber tenido el valor poder contarlo, una desensibilización que es posible porque antes se creó un contexto de seguridad. Está el comprender qué se hizo y por qué, producto de la psicoeducación, que como hemos mencionado no sólo da una información de la que se carecía, sino también desculpabiliza conductas, pensamientos y sentimientos. El efecto que se busca es que el personaje actual comprenda lo que hizo el del trauma, que el sujeto alcanza una relación consigo mismo más positiva. La narración del superviviente confirma esa positividad. Si se completan todos los elementos termina por aclararse el significado del trauma y el papel que ha venido jugando, se posibilita un cambio de actitud y de conductas más adaptativas. La experiencia no desaparece, se cambia la relación con ella, produce dolor, pero se puede soportar. Todo este recorrido no es enteramente el producto de un esfuerzo racional, se juega mucho en el nivel de las sensaciones y los sentimientos que siguen lo expuesto en el proceso de entenderse y ser entendido que hemos recogido en el cuadro 2, un proceso en gran parte inconsciente y que el córtex finalmente lee como entender una situación y que emocionalmente se traduce en que la experiencia traumática produce menos daño y que la vida se hace por ello menos onerosa.



1. Trayectoria de un impacto crítico (Foa et al., 1999).

- Reflejo de orientación (*evalúa subcorticalmente si el sujeto está amenazado por el peligro y físicamente empieza a responder a la situación*)
 - Fuga (*el más adaptativo*)
 - Ataque (*si no es posible la fuga*)
 - Colapso (*si el estrés es inevitable*):
 - Colapso con bloqueo físico y activación emocional y cognitiva (*si el estrés desaparece se pasa a la respuesta de fuga*)
 - Colapso-sumisión con bloqueo físico, sin activación emocional y cognitiva (sumisión) (*si el estresor es inevitable y persistente*)
 - Respuesta de apego / llanto de apego
 - Complacer / aplacar
-

Cuadro 1. Respuesta del cerebro ante una situación crítica (Lanius et al, 2014).

1. Implica la *conciencia y el sentido* (intenciones) de los estados mentales propios (entenderse) y de los otros (entenderles y hacerles sentir entendidos).
 2. *Tiempo* de mentalización: en el pasado, presente y futuro.
 3. *Amplitud* de mentalización.
 4. La mentalización crea una *narrativa*. Implica entender los contextos que hacen inteligible las actitudes, acciones y pensamientos propios y de los otros.
 5. La mentalización implica *procesos diversos*: pensar, interpretar, dar sentido a los estados mentales.
 6. La mentalización puede ser *más o menos efectiva*.
 7. Se mentaliza *emocional e interactivamente*.
 8. *Se necesita de los otros* para mentalizar.
 9. *La mentalización implícita como proceso inconsciente de la mente*: La función de dar sentido es parte del funcionamiento básico del cerebro es inconsciente. El sentido hallado en contenidos mentales míos o del otro puede aparecer como producto de una intuición también inconsciente.
 10. *La mentalización no es sólo narrar*: Es concluir algo de lo que se narra, en eso consiste descubrir la intencionalidad de lo narrado. Las conclusiones cambian las actitudes internas y el cambio de actitud cambia las conductas.
 11. *Mentalizar es cultivar la actitud de dar sentido*: Implica entrenar una habilidad en uno mismo y en el otro. De esa habilidad de terapeuta y paciente depende el éxito de la terapia.
-

Cuadro 2. Aspectos de la mentalización (Allen, 2005 y 2008).

- SEPT complejo: Rebajar el nivel de sintomatología.
- Tratamiento de síntomas.
- Crear una relación de seguridad (mentalización: ser entendido).
- Estabilización:
 - ✓ Tratamiento de los síntomas.
 - ✓ Psicoeducación.
 - ✓ Reconexión con actividades normativas.
- Tratamiento del trauma:
 - ✓ Relato (antes, durante, después; hechos, sensaciones, pensamientos, sentimientos).
 - ✓ Conclusiones (mensajes implícitos y sentido del trauma).
 - ✓ Nivel de coherencia del relato (define el nivel de patología).

El objetivo es identificar el sentido del trauma, que se integre en la historia personal de la víctima como un episodio más, aunque especialmente difícil.

Cuadro 3. Resumen de un modelo de intervención en crisis.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma. Hope through understanding*. Arlington: American Psychiatry Pub. Inc.
- Allen, J. G. (2024). *La confianza en psicoterapia*. Bilbao: Ed. Desclee de Brower.
- The Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in Psychotherapy. A unifying paradigm*. New York: Norton.
- Caplan G. (1997) *Consulta y colaboración en salud mental*. Barcelona: Ed. Paidós.
- IASC. (2007). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T. y Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of post-traumatic stress disorder. *J. of Clinical Psychiatry*. 60(suplemento 16).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnak.
- Joseph, S. y Linley, P.A. (2018). *Trauma, recovery, and growth*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Kahneman, D. (2013). *Pensar rápido pensar despacio*. Madrid: Ed. Debate.
- Kolk, B. van der. (2014) *The body keeps the score*. New York: Viking, Penguin Group. (Hay traducción española, *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Ed. Eleftheria, 2023).
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L. y Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Towards and embodied self*. Nueva York: Springer Pub.
- Ogden, P. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American J. of Psychiatry*. 148(1), 10-20.