

Entrevista a

Eduardo Horacio Cazabat

Por: Equipo Editorial Revista Psicólogos



Licenciado en Psicología y Master en Traumatología El profesor Cazabat es de origen argentino, actualmente es Presidente de la SAPsi (Sociedad Argentina de Psicotrauma), Profesor Titular de Atención en Crisis y Catástrofes en Universidad del Salvador, Profesor Titular de Trauma y Disociación en Universidad Católica de Santa Fe también es Entrenador de TIR (Traumatic Incident Reduction) es miembro del Board of Directors de la ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) y otras asociaciones dedicada a la reducción, manejo e intervención de trauma. Su sitio web es <http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat>

¿Cuál es la sintomatología para el diagnóstico del estrés postraumático?

En primer lugar quisiera destacar que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no es la única respuesta posible al trauma. El espectro de respuestas traumáticas es más amplio. Las personas expuestas a hechos potencialmente traumatogénicos pueden salir indemnes, sin ninguna marca, como también pueden aprovechar la situación para crecer, como ejemplo: Nelson Mandela, Frida Khalo, Abuelas de Plaza de Mayo, Mahatma Gandhi, Viktor Frankl, etcétera. También pueden desarrollarse trastornos de ansiedad como fobias, ansiedad generalizada, algún trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o desencadenarse depresiones.

En el otro extremo de la traumatización tenemos el Trauma Complejo, Trastornos Disociativos y el Trastorno Disociativo de la Identidad. Pero sin duda que el trastorno de elección en casos de eventos únicos, discretos, singulares, es el TEPT; este puede entenderse como un conflicto entre olvidar y recordar. La persona traumatizada por

una parte querría olvidar el horror del trauma, mientras que por otra parte, su mente se lo recuerda permanentemente. Los flashbacks y las imágenes, sensaciones y emociones intrusivas, sueños y pesadillas le recuerdan, a la persona traumatizada, el trauma. Al mismo tiempo, trata de evitar el recuerdo, ya sea activamente por medio de los síntomas de evitación o pasivamente mediante los síntomas disociativos (anestesiamiento emocional, embotamiento, amnesia, etc.).

La persona traumatizada sufre un estado de ánimo negativo, acompañado por cogniciones negativas, representado por la falta de interés en las actividades que antes le resultaban placenteras, incapacidad para experimentar placer, desapego, extrañamiento, culpa, e ideas distorsionadas. Todo esto mantiene a la persona en una activación permanente, en guardia, como si el trauma pudiera repetirse en cualquier momento, de tal manera que le es difícil mantener la concentración, está irritable, se sobresalta fácilmente, tiene dificultades para dormir, etc.

¿Tienen relación las conductas parasuicidas con el estrés postraumático?

Algunas personas traumatizadas, como consecuencia de su anestesiamiento emocional, se ven imposibilitadas de experimentar emociones, sintiéndose de alguna manera, como muerta emocionalmente. Esto las lleva a probar situaciones cada vez más riesgosas en busca de la emoción perdida, poniéndose en riesgo creciente.

Otro mecanismo que puede llevar a las conductas parasuicidas, es el extremo sufrimiento emocional. En estos casos, la persona busca aliviar su sufrimiento emocional por medio del sufrimiento físico, produciéndose: cortes, heridas, etc. Contraintuitivamente, según lo describen estas personas, el sufrimiento físico calma el emocional (para lo cual existen explicaciones neurobiológicas)

¿Explíquenos un poco sobre las consecuencias sociales ante la falta de tratamiento de personas víctimas de estrés postraumático?

Si bien los seres humanos estamos equipados con mecanismos de curación o resiliencia, que hacen que no siempre que estemos expuestos a un evento, potencialmente traumatogénico, que nos lleven sufrir de secuelas postraumáticas, una vez que esas secuelas se instalan, el tratamiento es necesario. Uno de los primeros problemas que encontramos, es que muchos profesionales de la salud mental desconocen el trastorno y/o su tratamiento. Además del desconocimiento, diversas orientaciones psicoterapéuticas, por diferentes motivos teóricos, no otorgan un lugar significativo a los orígenes de los problemas, síntomas o trastornos que llevan a sus pacientes a consultarlos. Esto redundará en una clara infradetección del trauma psicológico, ya que las

teorías subyacentes no le atribuyen ningún papel en la génesis de los problemas. Metáforas como la de la caja negra, comúnmente usada en la terapia conductista o en la teoría sistémica, ponen de manifiesto esta negligencia.

En otros casos en los que sí se detectan las historias traumáticas, se los toma en cuenta únicamente como parte de la historia clínica, o como un argumento explicativo de la dinámica sintomática, pero, de ninguna manera, la resolución de los recuerdos traumáticos juega un papel central o activo en esas psicoterapias. También es común la creencia, incluso entre los profesionales de la salud mental, que las historias de abuso y otras historias traumáticas son fantasías o manipulaciones de pacientes histéricas.

De tal manera que no prestan atención a los posibles traumas sufridos por sus pacientes y no forman parte del plan terapéutico. Cuando el trastorno está instalado durante mucho tiempo, la personalidad del individuo va adaptándose a la sintomatología, de tal manera que comienza a interpretar los síntomas como características de personalidad y aceptarlos, resignándose a ellos. El trauma queda oculto tras los mecanismos de adaptación al mismo.

Otra consecuencia bastante común es la existencia de tratamientos fallidos para diversas afecciones, tanto psicológicas como médicas. Muchas veces dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, sintomatología de tipo sexual, ataques de pánico, ansiedad generalizada, etcétera, suelen tener una base traumática y se resuelven al afrontar el recuerdo traumático por medio de un abordaje efectivo.

La falta de formación de los profesionales de la salud mental en una orientación que incluya la perspectiva del trauma, lleva muchas veces a descreer, desacreditar, o directamente ignorar his-

torias terribles sufridas por los pacientes, perpetuando de esta manera su sufrimiento. La falla en proporcionar un tratamiento eficaz puede condenar a las personas traumatizadas no sólo al sufrimiento psicológico y/o físico, sino también al aislamiento social, como en los casos más extremos de veteranos de guerra, víctimas de acoso (bullying) y otras traumatizaciones más complejas.

¿La violencia que hoy día afrontamos, puede relacionarse como efecto o como causa del estrés postraumático?

Entiendo que se da una relación dialéctica entre ambos. Está claro por un lado, que la exposición directa o indirecta a la violencia es potencialmente traumatogénica. No sólo haber vivido como víctima una situación de violencia, ya sea que hablemos de delincuencia, violencia social, familiar, diversas formas de abuso, etc. sino también al haber presenciado alguna de ellas, o simplemente haberse enterado (por medio de relatos, imágenes, etc.) puede producir traumatización. La empatía de aquél que toma conocimiento del sufrimiento de otro ser humano puede ser suficiente para producir secuelas postraumáticas. Debemos tomar en cuenta también a todos aquéllos que por su profesión, (tales como psicoterapeutas, rescatistas, bomberos, médicos, enfermeros, etc.) están expuestos permanentemente a ser testigos de historias de horror y violencia, y por lo tanto víctimas potenciales de la traumatización vicaria.

Al mismo tiempo, algunas personas traumatizadas, aunque es importante destacar que no es una regla ineludible, pueden como consecuencia de su traumatización, cometer actos de violencia. Debemos tener presente que esta

etapa reciente del conocimiento del trauma se basó principalmente en el estudio de los veteranos de Vietnam, que mayormente fueron quienes perpetraron hechos de violencia.

¿Cómo ayudar a un paciente traumatizado?

Como criterio general, los pacientes traumatizados necesitan frecuentemente compartir sus historias, contarlas repetidamente sin ser interrumpidos, criticados o calmados. Lo mejor que se puede hacer en esos casos, es escucharlo con atención y empatía. Necesitan ser creídos, y respetados en sus límites, especialmente los corporales. La práctica de actividades físicas aeróbicas no competitivas (como caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, etc.) combinada con la práctica de técnicas de relajación permite metabolizar el trauma a nivel corporal.

Por lo tanto, favorecer (sin presionar) la expresión emocional y la organización de una narrativa dentro de ciertos rangos, no tanto como para experimentar terror, pánico, etc., ni demasiado poco como para disociarse, promoverá los mecanismos naturales de curación. Toda intervención que cree un contexto seguro, en el cual la persona traumatizada pueda contar su experiencia, le daría la oportunidad de codificar verbalmente su vivencia en una situación de control emocional, sin experimentar la abrumación emocional característica de la situación traumatizante.

Pero sin duda, la mejor manera de ayudar a un paciente traumatizado es proporcionándole un tratamiento eficaz. Algunos de los tratamientos específicos son TIR (Traumatic Incident Reduction), Terapias Basadas en la Energía, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) y

Terapia de Exposición Prolongada. Todas ellas, con diverso grado de apoyo empírico, han demostrado su eficacia en estudios controlados y pueden ser de gran ayuda, en corto tiempo.

Los recuerdos traumáticos tienen la característica de ser experimentados en presente, como si estuvieran ocurriendo en la actualidad. Todos estos tratamientos, por medio de protocolos específicos y estructurados, apuntan a resolver los recuerdos traumáticos, devolviéndolos a donde pertenecen: al pasado.

Alguna observación o recomendación importante que usted considere agregar

El trauma psicológico está asociado con varios tipos de trastornos mentales: los trastornos depresivos, de ansiedad, de abuso de sustancias, somatoformes, disociativos, de la alimentación y de personalidad (como el trastorno borderline o limítrofe de la personalidad). A medida que se desarrollan las investigaciones y progresa el campo de estudio del trauma y la disociación, crece la idea de la inclusión del trauma psicológico en la comprensión del origen de los trastornos mentales. Es suficientemente claro que el trauma no puede dar cuenta de la etiología de todos los trastornos psicológicos, pero también es claro que sin su inclusión, cualquier otra teoría resulta incompleta (Bowman y Chu, 2000). Probablemente, el desarrollo de un paradigma basado en el Trauma Psicológico pueda dar cuenta de otros trastornos facilitando su comprensión y abordaje. Ψ

Bibliografía

- Bloom, S. Our hearts and our hopes are turned to peace: origins of the International Society for Traumatic Stress Studies. ISTSS, 2000
- Bowman, Elisabeth, & Chu, James. Trauma-A fourth paradigm for the third millennium. *Journal of Trauma and Dissociation*. Vol. 1 N° 2, 2000, pp.1-12
- Cazabat, Eduardo. Una breve recorrida por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, Vol. 1 N° 1, December 2002. pp. 38-41. Available at [http://www.psicotrauma.com.ar/dic02/Breve recorrido por la historia-Cazabat.pdf](http://www.psicotrauma.com.ar/dic02/Breve%20recorrido%20por%20la%20historia-Cazabat.pdf)
- Figley, Ch. Origins of traumatology and prospects for the future. *Journal of Trauma Practice*, Vol. 1, N°1, 2002. pp. 17-32
- Herman, J. Trauma and recovery. The aftermath of violence –from domestic abuse to political terror. 2nd ed. New York. Basic Books. 1997
- Van der Kolk, B. Weisaeth, & L Van der Hart, O. History of trauma in psychiatry. In van der Kolk B., & Mc. Farlane A. Weisaeth L. (eds.) *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind body and society*. New York, Guilford Press. 1996