

El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia

Pau Pérez-Sales
Psiquiatra. Madrid

Existen muchas definiciones de *trauma* o *hecho traumático* en la literatura. Parece haber un consenso, en las diferentes clasificaciones nosológicas en considerar éste como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad de la persona. Desde una perspectiva restringida el DSM sólo considera hechos traumáticos las amenazas a la integridad física. Una perspectiva más amplia debería sin duda incluir también las amenazas a la integridad psicológica^a.

El enfoque positivista contemporáneo centra la consideración clínica de lo traumático en la aparición de una serie de síntomas (intrusivos, de evitación y de alarma) para los que existen razonables fundamentos de una base biológica. Pero en ese proceso deja de lado aquello que constituyen los elementos nucleares desde la perspectiva de la vivencia de la persona.

Lo que tienen en común los testimonios de supervivientes de situaciones extremas (violencia política, catástrofes, guerras, agresiones

por causa de género etc) son otros elementos que constituirán los que realmente marquen el territorio desde el cual elaborar una propuesta de trabajo psicoterapéutico conjunto:

1. La experiencia traumática tiene un carácter inenarrable, incontable, incompartible.

“Después de aquello [abuso sexual por parte de un abuelo durante más de dos años] la vida dejó de tener sentido. No fui capaz de contarlo a nadie, porque no tenía palabras, porque tenía pánico a no ser creído, o a ser creído pero no comprendido... Creo que el daño mayor fue que iba a colegio y me veía diferente al resto de niños, que los profesores te juzgaban sin saber nada de ti... Aún hoy le puedo contar quizás lo que pasó, los hechos, pero con eso usted no va hacer nada, no va a entender en realidad nada y va a ser peor, porque se creará que entiende” [J.P. 26 a.]

Parte de ese carácter inenarrable tiene que ver con el propio carácter confuso de la experiencia. Con las dificultades para evocarla.

Trauma y Memoria. Dificultades para la evocación.

1. Vivencias de confusión y caos asociadas al hecho traumático. Todo ocurre a gran rapidez, con múltiples estímulos muy difíciles de retener. Se pide una reconstrucción de los hechos a la persona, cuando no hubo una secuencia ordenada de eventos mentales.
2. Alta frecuencia (hasta el 25% en medio occidental, según estímulos; probablemente más en otros contextos culturales).
3. Sesgos de memoria que actúan desde el primer momento con tendencia al olvido selectivo de
 - (a) hechos potencialmente culpógenos,
 - (b) hechos que constituyan un menoscabo de la imagen de sí
 - (c) atrocidades
 - (d) contaminación de recuerdos propios con narraciones de otros, elaborando nuevas narrativas en las que ya es con frecuencia muy difícil distinguir lo que realmente se vivió.
4. Construcción social de una narración, con énfasis en aspectos socialmente reconocidos o tolerados y negligencia adaptativa de los que provocan rechazo, elaborando con el tiempo una narración que pasa a ser adoptada como propia. Esta narración, además, contribuirá a dar sentido a la experiencia. La incapacidad para dotar de sentido a una experiencia potencialmente traumática es una de las causas fundamentales de quiebre personal, y uno de los objetivos en psicoterapia.

^a La tortura, por ejemplo, es un proceso de destrucción del cuerpo, pero sobretudoo, un proceso de desestructuración y destrucción psicológica.



2. Quiebra las asunciones que constituyen los referentes básicos de seguridad del ser humano.

La epidemiología muestra que no todos los hechos traumáticos tienen un impacto similar. Frente a un 5 a 10% de prevalencia de Trastorno de estrés posttraumático (TEPT) tras accidentes de tráfico con riesgo vital, en la violación con violencia física ésta se eleva al 35 al 50% (según estudios) y hasta al 50% a 65% si la violación es por un familiar o amigo cercano^{1,2,3}. ¿Qué lógica explica esto?

Todo hecho traumático puede llevar asociado un significado simbólico que determine las consecuencias del mismo. Un accidente de tráfico, cuando la persona tiene una atribución externa de causa, dejará la sensación de vivir en un mundo impredecible e inseguro. La violencia quebrará la confianza en el ser humano, en general. Pero cuando ésta es ejercida por alguien afectivamente cercano las consecuencias son mucho más graves: aquellos de quienes más cabe esperar protección y afecto son quienes se constituyen en agresores.

Hay por tanto, en el hecho traumático, un cuestionamiento de los esquemas de la persona respecto a sí mismo y de sí mismo respecto al mundo. Un quiebre de asunciones básicas que requerirá de un proceso de reconstrucción, que será el auténtico núcleo de la terapia⁴.

3. Puede conllevar con frecuencia un cuestionamiento de la dignidad personal, asociado o no a vivencias de culpa. Este elemento será esencial especialmente en la consideración de los elementos psicosociales asociados a la situación traumática⁵.

Preconceptos erróneos en la clínica de respuestas a situaciones traumáticas.

1. Alrededor del 70% de personas han pasado en algún momento de su vida por un acontecimiento traumático grave (en nuestro contexto, accidentes de tráfico graves y agresiones). La prevalencia de TEPT en la

población general es en cambio de diez a setenta veces menor (prevalencia estimada en población general del 1 al 7% según estudios y contextos culturales). Resulta notorio, pues, cómo ante hechos traumáticos graves, existen muchas más personas que superan de manera espontánea y con sus propios recursos personales el impacto traumático de las amenazas vitales que lo contrario. Los hechos traumáticos son muy frecuentes. Las personas afectadas pocas. Pero no sólo eso, incluso en las formas extremas de traumatización, como veíamos en las cifras de la sección anterior, los resistentes son mayoría: un porcentaje importante de mujeres que sufren abuso sexual, contra lo que pudiera pensarse en una mirada superficial, afrontan la situación con sus propios recursos e incluso —como corroboran numerosos estudios— experimentan diferentes formas de crecimiento personal posttraumático⁷. Las personas, por tanto, ponen en condiciones normales en marcha mecanismos adaptativos personales que será necesario detectar y apoyar.

Muchos de estos elementos se resumen en el testimonio de S., ex niño-soldado en Angola, dos años después de huir milagrosamente del país:

“Recuerdo ahora los diez años de horror, las muertes, las masacres, la tortura, el hambre... como algo lejano, como algo borroso... En realidad a veces me sorprende cuando me oigo a mí mismo contarlo y me tengo que repetir : “Sí, era yo, fui yo quien vivió esto, quien hizo y quien sufrió todo esto...”. Desde que estoy aquí tengo la impresión de que he vuelto a nacer y a veces me parece que ha sido otro el que ha vivido todo eso. Aunque supongo que Dios, si es que está en alguna parte, quiso que sobreviviera entre miles para poder contar lo que ocurría y por eso no debo olvidar del todo.. Tampoco por todos los que he contado que murieron a mi alrededor, mientras yo estoy aquí, vivo. Por ellos tampoco”

La experiencia de la gente debe permitir rescatar modelos de trabajo alternativos a los habituales centrados exclusivamente en la idea de daño y de víctima y basarse en concepciones alternativas de resistencia a la adversidad.



Estrategias espontáneas adaptativas más frecuentes ante situaciones traumáticas que es necesario detectar y probablemente reforzar.

1. *Disociación*. Útil, bien para no evocar el estímulo traumático, bien para entender que quien estaba ahí y sufrió los hechos o quien llevó a cabo acciones reevaluadas posteriormente como un error, no fue uno mismo, sino “otro”, que en realidad no corresponde con nosotros, colocando distancia a los hechos.
2. *Exhoneración*. Asumir que dadas las circunstancias no era posible reaccionar de otro modo o hacer otra cosa que lo que se hizo.
3. *Flexibilidad-Adaptabilidad*. Asumir la realidad de los hechos tal como vienen, sin enfrentarse a ellos, sin cuestionar su naturaleza, como hechos dados a los que es preferible no intentar dar lógica ni integrar al resto de la línea vital
4. *Sesgos positivos de memoria*. Capacidad para recordar selectivamente los aspectos positivos de una experiencia, olvidando el resto.
5. *Optimismo*. Asumir que se ha superado con éxito la experiencia traumática, confirmando las expectativas que uno tenía.
6. *Fin superior*. Dotar de significado a la experiencia a través de un sistema de creencias (Dios...) o de convicciones (ideología, militancia...) conllevando un cierto sentido de tarea (dar testimonio, combatir la causa...).

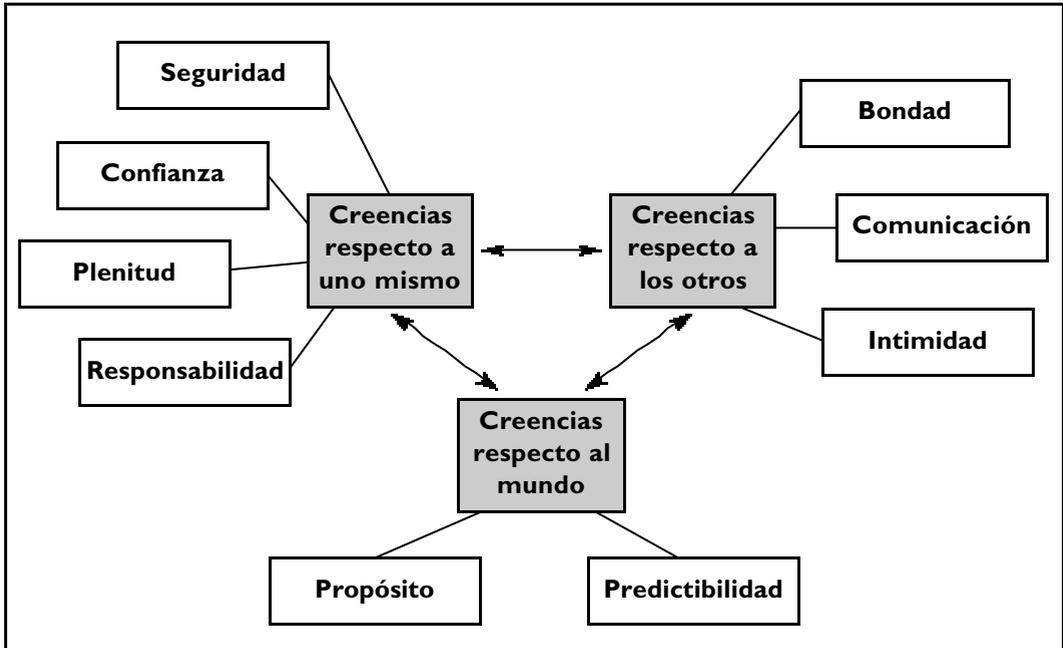
Una visión *victimista* que ve al superviviente como necesariamente dañado, necesitado de ayuda, afectado aunque lo niegue o rechace buscar ayuda, constituirá un error importante. La literatura psiquiátrica ha definido *el síndrome del torturado, del superviviente de campos de concentración, de la violación, del exiliado* y tantos otros síndromes que no sólo constituyen generalizaciones insostenibles, sino etiquetas entomológicas que confunden una vivencia (que cada persona procesará de un determinado modo) con una enfermedad. De ahí la dudosa justificación de los centros o programas excesivamente monográficos (p.e. programas de atención a supervivientes de abuso sexual en la infancia).

2. Las experiencias traumáticas conllevan también, para mucha gente, como apuntábamos, aprendizajes positivos y experiencias de fortalecimiento personal. Estos tienen que ver con al menos cinco posibles áreas: Relación con los otros, cambios en la vida, percepción de sí mismo, creencias y sentido de la vida^{7,8,9}.

Todo ello lleva, por último, a poder formular algunos principios para una psicoterapia de las reacciones traumáticas basada en los factores positivos y en la experiencia de las personas afectadas.

Desde esta perspectiva lo importante es el modo en que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. Se quiebran determinados *sesgos cognitivos básicos*^{10,11}. En el siguiente gráfico hemos intentado resumir los esquemas que pueden resultar cuestionados tras un hecho traumático. El hecho marcará un antes y un después. Esa fractura es lo que lo define como *traumático*. El modo en que resulte afectada la persona dependerá de su historia personal (sistema de creencias previo), el tipo de situación traumática, las circunstancias que la rodearon y qué esquemas cognitivos sean centrales en el armazón del individuo (cuales son aquellos que le identifican y definen en mayor medida como *ser en el mundo*).

Tabla 1. Algunos esquemas básicos del ser humano que pueden resultar cuestionados tras un hecho traumático



Testimonio como herramienta terapéutica – Metodología

- 1. Preparación.** En caso de requerirse un traductor, debe realizarse antes una discusión con él sobre su papel y ensayar el modo en el que se va a trabajar durante la entrevista de testimonio.
- 2. Alianza terapéutica.** Se analiza la indicación. El terapeuta se asegura de que hay expectativas realistas respecto a la finalidad del testimonio y al papel del terapeuta.
- 3. Dar el testimonio.** Suele ser preferible hacerlo ante una grabadora o una cámara de video. Si no es posible, tomar notas que puedan ser pasadas a máquina entre sesión y sesión. Cada sesión se inicia con una recapitulación de las últimas frases de la sesión anterior. El terapeuta tiene un rol activo e interrumpe la narración para preguntar sobre las reacciones emocionales en una determinada situación o para clarificar situaciones.
- 4. Estructura.** Suele ser útil seguir un orden :
 - Nombre, procedencia, porque es importante para él dar testimonio.
 - Hechos anteriores a la(s) situación(es) traumática(s).
 - Hechos traumáticos con el máximo detalle posible (lugares, hora, personas implicadas, signos que permitan identificar a estas personas —indumentaria, marcas...—. Si es necesario puede apoyarse en dibujos, esquemas u otros.
 - Consecuencias
 - Esperanzas y deseos para el futuro
 - Una declaración final afirmando que cuanto se ha dicho se ajusta fielmente a la verdad.
- 5. Revisión y edición conjunta del testimonio,** aclarando detalles confusos.
- 6. Cierre simbólico.** La persona firma el documento final, pudiendo firmar el terapeuta como testigo del proceso. Una copia del documento queda en la historia clínica (si las condiciones de seguridad no recomiendan otra cosa) y otra es entregada a la persona. Ella decidirá qué fin desea darle.
- 7. Preservar la intimidad.** Si se va a hacer entrega pública con fines legales o de denuncia, sería adecuado reexaminar de nuevo el texto eliminando aquellos detalles que pudieran resultar poco relevantes jurídicamente y embarazosos o comprometidos y pudieran provocar una reactivación del sufrimiento psicológico. Asesorar al superviviente en este sentido.



La interacción con el medio y la perspectiva psicosocial.

Pero todas éstas circunstancias que tienen que ver con factores individuales tienen un peso mucho menor que el de las circunstancias externas. Ignacio Martín-Baró definía el trauma como un fenómeno psicosocial. Además de la particular herida que una experiencia difícil o excepcional deja en una persona concreta, hay que hablar de un trauma social para referirnos a cómo los procesos históricos pueden haber dejado afectada a toda una población. Martín-Baró utiliza el término de *trauma psicosocial* para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada en las personas por las vivencias traumáticas^{1,2}. Las últimas décadas han acumulado datos que avalan esta tesis y que muestran que las circunstancias post-trauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. Así, por ejemplo, en diferentes estudios sobre prevalencia de TEPT en supervivientes de la catástrofe del Volcán Nevado del Ruiz en Armero (Colombia), que sepultó a más de veinticinco mil personas, pudo observarse como las cifras de prevalencia del trastorno no sólo no disminuían con el tiempo, sino que aumentaban progresivamente³. La situación de dependencia y vulnerabilidad creada por un sistema de ayudas caótico y asistencialista en el que los propios afectados no tenían voz ni parecían conservar ningún control sobre sus vidas, quedando todo en manos de técnicos, y las propias condiciones de vivienda en los albergues (falta de intimidad, nada que hacer, escasez a medida que pasaban los meses e iba bajando el interés de los donantes internacionales etc) contribuyeron a que los síntomas de TEPT fueron en constante crecimiento con el paso de los años. Silove^{4,15} ha mostrado en estudios longitudinales con solicitantes de asilo y refugiados de países asiáticos en Australia, víctimas de tortura y violencia política en su país de origen, cómo las dificultades para conseguir legalizar su situación, el aislamiento, el desempleo crónico y la dependencia en el país de acogida son factores que predicen mejor la

aparición de síntomas postraumáticos que la propia experiencia de persecución y tortura vivida en su país de origen.

Implicaciones para una terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos.

Todo lo anterior lleva a una serie de consideraciones sobre la psicoterapia de situaciones traumáticas extremas.

En primer lugar, merece consideración especial los aspectos relacionados con el *criterio de verdad*. Si normalmente éste no suele ser relevante en terapia, menos lo es en este caso. La verdad existe, puesto que sucedieron unos hechos objetivos que una cámara podría haber registrado. Pero la psicoterapia se fundamenta no en base al criterio de verdad, sino con aquello que la persona *trae a la terapia*. Es decir con su visión, con su narrativa sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la *construcción* de una verdad que le es soportable y le permite vivir.

Consecuencia de lo anterior es que es erróneo creer que el buen terapeuta debe lograr “hurgar” en los hechos. Resulta más relevante poner el foco de atención en poder explorar y evaluar las diferentes *narrativas* que trae la persona sobre esos hechos que acaban de ocurrir (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...), detectar cuales de estas narrativas pudieran ser disfuncionales en el futuro (por ejemplo autoacusación y vergüenza severas) y trabajar conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos.

Es preferible *bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos* hasta que en el contexto de la terapia se den las condiciones para que la persona pueda hacer una reconstrucción que permita trabajar una reelaboración de los mismos y la construcción de narrativas alternativas, allí donde éstas pudieran ser disfuncionales.

Es necesario, además, asumir la imposibilidad de comprender. Se veía en la primera parte que una de las características que definen el hecho traumático es su carácter de experiencia incommunicable, inexplicable, incomprensible. Es fundamental reconocer y partir de esa imposibilidad básica.



El tratamiento sintomático de los fenómenos intrusivos y de evitación es la parte más conocida de la terapia de situaciones traumáticas. Pero, en realidad, enfrentar el significado del quiebre humano que supuso el hecho traumático será el auténtico núcleo del proceso terapéutico. Llámese éste ruptura de esquemas, de creencias básicas, crisis personal o como se le quiera llamar. Para ello hay algunos elementos que parecen necesarios:

Apoyarse en relaciones significativas.

El mejor modo de poder reconstruir un sentido de conexión con el mundo es experimentándolo, con ejemplos cotidianos de que las cosas pueden ser de otro modo. Por eso es fundamental analizar y trabajar el impacto que el hecho traumático ha tenido en el sistema de relaciones de la persona, y fomentar el establecimiento de nuevas relaciones de confianza.

Experiencias de reconstrucción.

Ante un mundo en el que parece predominar la inseguridad y la maldad, resulta básico poder contraponer experiencias ressignificantes a través del compromiso, de la acción o la ayuda o de refundación).

Derecho al resentimiento y la rabia.

Demonizar el resentimiento y la rabia significa entrar en un proceso de re-culpabilización de la víctima.

Verbalizar y explicitar el miedo.

El miedo es la emoción que acompañará de manera casi invariable a la ruptura de creencias básicas, a la sensación de impredecibilidad y de vulnerabilidad: en lugar de estar dominado por amenazas que es difícil concretar, poner nombre a los miedos es el primer paso. El segundo será buscar estrategias individuales y comunitarias para enfrentarlos.

Buscar una nueva lógica.

Huir de esquemas medicalizantes que ven los síntomas como expresión de enfermedad privada de contexto. El hecho traumático, sobretudo asociado a contextos de violencia interpersonal o política, requiere de una indagación en lógica que permita reacomodar la vivencia de un modo u otro en el sistema previo de creencias o en el nuevo que se va constituyendo. Es necesario

poder separar nítidamente quien es el perpetrador y quien la víctima, la lógica que pudiera existir tras los hechos y el papel que uno desea tener frente a esa lógica para evitar introyectar la rabia, las conductas de expiación o autocas-tigo u otras formas de la misma.

Tolerancia a la ambigüedad. Aceptar la posibilidad de vivir en un mundo en el que no es posible controlarlo todo, en el que existe el azar, en el que podemos intuir hasta un cierto punto cómo van a reaccionar los otros (y nosotros). Y pese a ello atreverse a vivir.

El testimonio como herramienta terapéutica: Metodología e indicaciones en terapia.

En víctimas de catástrofes, de guerra o de violencia política considerar los síntomas de modo independiente a las causas que los generaron puede resultar alienante. Por eso el testimonio constituye una herramienta terapéutica básica en aquellas personas motivadas para ello. La primera descripción sistemática de este principio fue realizada en trabajos publicados bajo pseudónimo por Elizabeth Lira y el equipo del ILAS en Chile¹⁶, habiendo sido luego asimilado por casi todos los centros de tratamiento de supervivientes de situaciones traumáticas. El testimonio suele ser una herramienta fundamental allí donde el silenciamiento hace que los supervivientes necesiten ser creídos respecto a los hechos¹⁷. Pasa a un segundo término cuando no se dan estas circunstancias y lo que requiere la persona es confirmar *las emociones* y no *los hechos*.

Consideraciones éticas. El uso del testimonio en terapia debe estar sujeto a estrictas normas éticas. No puede usarse, sin consentimiento explícito, su testimonio con otros fines que no sean los de la terapia (p.e. estadísticas, publicaciones científicas o canalizarlo hacia iniciativas de denuncia que no haya decidido o llevado a cabo la propia persona). Debe velarse asimismo por la confidencialidad y seguridad de la información cuando esta pueda poner en riesgo la integridad o la vida del superviviente.



Indicaciones del testimonio en la terapia de situaciones traumáticas

1. Es un modo de hacer un recuento sistemático de hechos.
2. Se requiere hacer un trabajo de dignificación, de recuperación de la confianza en sí mismo y de recuperación de la sensación de control.
3. Se requiere revertir simbólicamente algunos elementos de la vivencia de horror. Así, la situación traumática (delatar a otros bajo tortura) se yuxtapone con el contexto opuesto (poder dar los nombres de quienes le torturaron).
4. Cuando la idea de *no ser creído* es nuclear en el proceso terapéutico.
5. Se requiere transformar un hecho doloroso en un documento que es una memoria viva, evitando la angustia de fallecer con una narración pendiente de ser contada.
6. La experiencia vivida se transforma de elemento de autodestrucción en elemento de construcción social.
7. No es solo catártico, sino que, si así se pacta previamente, la persona puede utilizarlo posteriormente como instrumento legal o de denuncia, actividad en la que el terapeuta no debería estar implicado (en todo caso su papel se limitaría como mucho a facilitar contactos con los organismos pertinentes, si dispone de ellos).
8. Protege a un superviviente que va a someterse a procedimientos judiciales, evitando narrar una y otra vez los hechos traumáticos en contextos o ante personas que puedan actuar de manera retraumatizante.

Elementos de crecimiento post-traumático.

Ya decíamos que uno de los retos de las psicoterapias contemporáneas es incorporar progresivamente formas de terapia basados en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia de las personas, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades. Una corriente creciente de autores está trabajando en la incorporación de elementos para el fomento del crecimiento post-traumático en las fases avanzadas de la terapia. Son elementos útiles, dentro de este trabajo: Definir y pactar el campo terapéutico usando términos normalizadores, detectar y potenciar recursos propios, aprender de las “excepciones” para explorar las tácticas útiles, detectar y potenciar signos de cambio, detección de emociones positivas actuales, además de las negativas, etc.

Procesos comunitarios y formas sociales de mitigación del daño.

Pero aceptando que las condiciones post-trauma del superviviente son decisivas en la evolución, será necesario, además, tener éstas en cuenta dentro del proceso terapéutico. Es posible estructurar una lógica cuando el daño no es privatizado, cosificado. Por su importancia destacan:

- Conmemoraciones, monumentos y espacios de reconocimiento simbólico.
- Procesos de justicia y verdad. Lucha contra la impunidad.
- Procesos de recuperación de la memoria histórica.
- Formas de mitigación del daño (*reparación*) de carácter económico, social u otras, con una perspectiva individual o comunitaria.
- Espacios de reconocimiento social del sufrimiento propio (películas, libros, debates...) como puerta, en ocasiones, a reconocer el sufrimiento de los otros.



En suma, la psicoterapia de situaciones traumáticas constituye un campo complejo en el que los elementos individuales y comunitarios, sociales y clínicos, se imbrican, requiriendo de un abordaje con una mirada amplia que vaya más allá de las nosologías al uso, que ocultan a

las personas tras los síntomas. Trabajar conjuntamente en cómo caminar de la noción de víctima a la de superviviente, de la vulnerabilidad a la resistencia, de la humillación a la dignidad. En ese proceso, casi todo lo que realicemos en terapia no es, desde luego, neutro.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632.
- 2 Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- 3 Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630–1634.
- 4 Pérez-Sales P (2003). Psicoterapia de situaciones traumáticas. Vo I. Trauma y resistencia. You & Us.
- 5 Marin Beristain C et alt (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Ed Icaria.
- 6 Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, R, Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261–269.
- 7 Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- 8 Maercker, A. & Herrle, J. (2004). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious coping, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 17.
- 9 Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16,601–610.
- 10 Janoff-Bulman R (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York. Free Press.
- 11 Pérez-Sales P (2004). Psicología social transcultural. En Pérez-Sales P (2004). Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Ed Desclee de Brower. Bilbao.
- 12 Martín-Baró I. (1990) Psicología social de la guerra : trauma y terapia. UCA editores. El Salvador.
- 13 Saavedra M.R (1996) Desastre y Riesgo. Actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná. CINEP. Santa Fé de Bogotá.
- 14 Silove, D., I. Sinnerbrink, et al. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry*. 170: 351–357.
- 15 Silove, D., Steel, Z et al. (2000). Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers. *JAMA*. 284 : 604–611.
- 16 Cienfuegos AJ, Morelli C (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am. J. Orthopsychiatry* 53, 43–51.
- 17 Weinstein E, Lira E, Rojas ME et alt (1987). Trauma, duelo y reparación : una experiencia de trabajo psicosocial en Chile. FASIC/Interamericana. Santiago de Chile.