

# Aspectos históricos, conceptuales y psicoterapéuticos sobre la recuperación emocional tras circunstancias adversas: relato y resiliencia

Zoraida González Cornide<sup>1</sup>, Sandra Golpe Ferreiro<sup>1</sup>, María Salomé Botana Martínez<sup>1</sup>,  
María Inés Manovel Barreiro<sup>1</sup>, Gonzalo Martínez Sande<sup>2</sup>, Xacobe Abel Fernández García<sup>2</sup>,  
Francisco Javier Sardiña Agra<sup>2</sup> y Jorge García Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)  
A Coruña, España

<sup>2</sup>Facultativo especialista en Psicología Clínica, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña  
(CHUAC). A Coruña, España

e-mail: [zoraida.gonzalez.cornide@sergas.es](mailto:zoraida.gonzalez.cornide@sergas.es)

## Resumen

El estudio de los mecanismos que generan el daño y la reparación psicológica tras eventos potencialmente traumáticos ha recibido especial atención en las últimas décadas dando lugar a diferentes investigaciones que han

cuestionado la creencia de que un pasado difícil acarrea importantes consecuencias emocionales futuras. Con el término resiliencia se ha identificado a esta capacidad de los seres humanos para resistir o recomponerse y se han propuesto diferentes aproximaciones

sobre los procesos que promueven la recuperación. Distintos profesionales de la psicología clínica en el marco de una Unidad Docente hemos desarrollado este proyecto audiovisual con el objetivo de reflejar los aspectos históricos, conceptuales y especialmente nuestro punto de vista para la práctica clínica sobre la importancia de la elaboración de relatos que dan significado y posibilitan el avance a través de este tipo de circunstancias adversas.

**Palabras clave:** Resiliencia, historias de vida, variables protectoras, recuperación postraumática.

### **Abstract**

The study of the mechanisms that generate psychological damage and its repair after potentially traumatic events has received special attention in recent decades giving rise to

different investigations that have questioned the belief that a difficult past carries important future emotional consequences. With the term resilience it was identified the ability of humans to resist or rebuild themselves and different approaches about processes that promote recovery have been proposed. Different professionals of clinical psychology within the framework of a Teaching Unit have developed this audiovisual project with the aim of reflecting the historical and conceptual aspects of resilience but specially our point of view for clinical practice about the importance of building meaningful stories which make possible to advance through these types of adverse circumstances.

**Key words:** Resilience, life story, protective variables, post-traumatic recovery.

## **Introducción**

Desde la antigüedad se hace referencia a las secuelas emocionales de los hechos traumáticos. Los modelos explicativos en Psicología asumen la visión cultural acerca de la vulnerabilidad humana a la adversidad evolucionando a lo largo de la historia en lo que respecta a la capacidad del ser humano para afrontar experiencias potencialmente traumáticas incluyendo progresivamente la posibilidad de salir indemne, o incluso reforzado, de las mismas. Hacia finales del siglo XIX, algunos estudiosos como Herbert Page atribuyen la etiología de la sintomatología postraumática a las emociones experimentadas en los sucesos el lugar de al daño orgánico. Asimismo Charcot, aporta datos acerca de la relación entre los eventos adversos sufridos y los síntomas de histeria. En esta línea, sus alumnos Freud y Janet consideran que la causa de este trastorno es el trauma psicológico, que produce un estado alterado de conciencia. Las teorías más importantes sobre el afrontamiento y el duelo, como la de Freud o la de Bowlby, plantean que tras un sórdido suceso, los sujetos atraviesan necesariamente un periodo de intenso malestar anímico.

El concepto de trauma cobra entidad en relación a las llamadas neurosis de guerra. Myers es el primero en postular que las causas de la sintomatología tras una situación bélica son de origen psicológico en lugar de físico. Esta consideración de los efectos traumáticos de la guerra se consolida con los soldados veteranos de Vietnam, a la vez que el concepto empieza a popularizarse y extenderse a otro tipo de experiencias, como la violencia doméstica y sexual. Es entonces cuando se reconoce oficialmente en el Manual Diagnóstico Y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1980) la existencia de un trastorno debido a la exposición a hechos traumáticos: el trastorno por estrés postraumático. A partir de ahí numerosos estudios han abordado tanto la fenomenología, en diferentes poblaciones y con diferentes acontecimientos desencadenantes, como los aspectos relativos al tratamiento psicológico y farmacológico.

En nuestra cultura existen una serie de mitos acerca del afrontamiento que permanecen e influyen en la respuesta al estrés y en el abordaje clínico, a pesar de la evidencia científica en contra. Se asume generalmente que cuando se experimenta un suceso vital potencial-

mente traumático, la forma normal e inevitable de reaccionar es una intensa ansiedad o depresión seguida de una progresiva recuperación. Así, los patrones alternativos a éste, como la ausencia de dicho malestar anímico, son tratados como indicativos de patología, negación o evitación, aunque no existan razones objetivas para ello. Por otra parte, existe la creencia tradicional de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas de personalidad y comportamiento.

Considerar que las poblaciones humanas son frágiles ante la adversidad y el trauma no solo es científicamente incorrecto sino que puede tener serias repercusiones al llevar erróneamente a la conclusión de que el ser humano necesita ayuda ante cualquier contrariedad. Conocer las estrategias de afrontamiento de las personas que demuestran resiliencia puede resultar más útil para diseñar el tratamiento de personas con dificultades más significativas. En este nuevo enfoque se basan algunas corrientes de la Psicología, como la de Seligman, centrada en las fortalezas y las habilidades de los individuos para afrontar, resistir e incluso crecer en las situaciones más

desfavorables.

Los estudios recientes, más sistemáticos y rigurosos, dejan claro que la reacción depresiva no es inevitable ni universal tras un suceso potencialmente traumático e incluso que una considerable minoría de personas puede pasar el proceso de forma relativamente indemne. Así, la resiliencia aparece como la respuesta probablemente más común, incluso ante los eventos estresantes más perniciosos. Desde esta perspectiva se atiende también a las emociones positivas, ignoradas hasta entonces, que surgen como parte de la respuesta a eventos estresantes. Por ejemplo, muchas personas tras pasar por situaciones traumáticas informan de una relación más próxima con la familia.

Los estudios longitudinales realizados a finales del siglo XX rompen la visión fatalista existente en la cultura asistencial respecto de las personas que han sufrido traumas en la infancia y sus posibilidades futuras, e introducen un enfoque positivo y de esperanza. Encuentran que la mayor parte de las personas superan experiencias potencialmente traumáticas sin experimentar disfunciones significativas en su vida ni desarrollar patologías posterior-

res. El estudio longitudinal de Werner y Smith muestra como de aquellos niños expuestos a múltiples estresores, solo una minoría desarrolla alteraciones emocionales importantes o problemas persistentes de comportamiento. Además, del porcentaje de individuos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se va recuperando de forma natural, sin necesidad de recibir una atención especial. De este modo, en la adultez la mayoría se convierten en personas sanas y competentes, con una vida tan estable y normalizada como la de sus pares que no han pasado por esas circunstancias. Otro de los estudios importantes en este campo desarrollado por Rutter, demuestra que las adversidades familiares crónicas (discordia familiar, trastorno mental parental) promueven un incremento del riesgo futuro de forma relativa, acumulativa e indirecta, en función de otras variables ambientales y constitucionales; no de manera aislada y directa.

A partir de estos trabajos, el concepto de resiliencia toma especial relevancia tanto en lo que respecta a su delimitación teórica como a los mecanismos de funcionamiento. En términos generales puede definirse como la ca-

pacidad para resistir a un suceso y rehacerse al mismo, manteniendo un equilibrio estable sin que afecte al rendimiento ni a la vida cotidiana, e incluso, a veces, en aprender y crecer a partir de las experiencias difíciles. Las principales diferencias conceptuales estriban en su consideración por un lado, como sinónimo de resistencia, esto es, como un atributo personal que determina la capacidad de permanecer íntegro frente a los golpes de la vida, o más bien, como un conjunto de procesos o mecanismos activos que permiten a un individuo modificar y reconstruir el impacto de una situación de riesgo, mediante la dotación de sentido y significado a la experiencia. Por último una tercera perspectiva pondría el acento en el resultado, enfatizando el mantenimiento de la funcionalidad, especialmente a nivel conductual y afectivo, en personas expuestas a situaciones de riesgo.

A raíz de la revisión de diferentes artículos se observa que típicamente las variables protectoras identificadas por la psicología tradicional se pueden emplear para promover la resiliencia. Se trata de factores personales o disposicionales (temperamento, autoconcepto, autoestima, autoeficacia, autonomía, opti-

mismo, creatividad, habilidades de comunicación, locus de control, extraversión, empatía...), del ambiente familiar y del contexto (variables socioeconómicas y culturales, como el apoyo social y comunitario), que hacen a las personas más competentes.

Entre las variables individuales cabe destacar la predisposición a la emoción negativa, que varía a través de un continuo desde personas muy tranquilas hasta otras muy susceptibles al miedo y la ansiedad. De hecho, los trabajos desde la tecnología biomédica reflejan alteraciones cerebrales anatómicas y funcionales en aquellos pacientes con síntomas y síndromes postraumáticos, principalmente en la amígdala, el córtex frontal dorsolateral, ventromedial y cíngulo, y el hipocampo. Algunos estudios describen un déficit ejecutivo en el control de la información procesada y en la focalización y mantenimiento atencional sobre estímulos relacionados con el evento traumático. Sabemos que en el aprendizaje en base al miedo, en situaciones potencialmente traumáticas, predomina la emoción y por ello es muy difícil que ésta se elimine mediante el trabajo cognitivo o razonamiento. A este respecto, muchos autores hablan de la importancia del signifi-

cado que le damos a las cosas que nos suceden, siendo especialmente útil la creación de una atmósfera emocional correctiva, con lazos afectivos estrechos y estables.

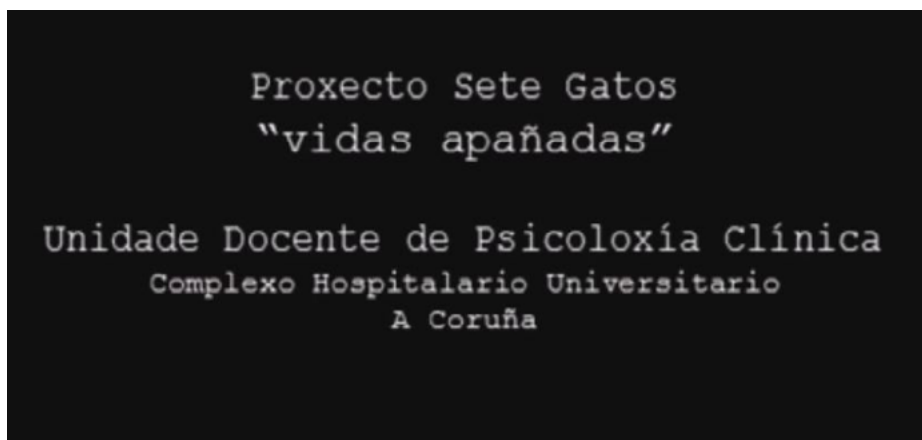
Aproximaciones más recientes consideran que más que el daño producido por el hecho traumático en sí, lo que determina la posterior evolución es la representación o el sentido que se le atribuye al trauma, el cómo éste se inscribe en la historia y la subjetividad del individuo. En esta dotación de significado interviene la acogida por parte de la sociedad, las reacciones de la familia y también las de los profesionales. Según Cyrulnik, el proceso de resiliencia se construye sobre un vínculo seguro creado en los primeros años de vida que le permite a la persona empezar a compartir el hecho traumático y expresar lo que ha sucedido, tanto de forma verbal como incluso a través del dibujo, la escultura, la música, etc. Elaborar un relato que contar y compartir a través de la modalidad verbal permite dotar de coherencia, continuidad y temporalidad a lo sucedido. Además, esta narrativa siempre va dirigida a un interlocutor (que puede ser un familiar o incluso un terapeuta), por lo que constituye un acto social compartido. Dicho proceso de me-

tamorfosis mediante la construcción narrativa adquiere un efecto protector, pues permite al sujeto seguir adelante con su vida conviviendo con los efectos del trauma.

En la práctica clínica es importante tener en cuenta estos procesos de afrontamiento e integración. El terapeuta puede actuar como facilitador o mediador en la construcción de esa narrativa que convierte al suceso y su recuerdo en soportables para el paciente; congruentes con su identidad y con el resto de su historia. Basta con dirigir la mirada hacia las fortalezas y recursos insospechados que las personas de nuestro entorno cotidiano (o nosotros mismos) construyen y activan ante la adversidad y así desarrollar, basándonos en esta evidencia, una visión esperanzada y empoderada del ser humano como connaturalmente resiliente.

El presente proyecto audiovisual pone de relevancia y ejemplifica cómo una misma experiencia de vida puede

ser elaborada y construida desde una narrativa más o menos resiliente; estimulando la reflexión acerca de los efectos y direcciones a los que lleva cada una de esas versiones y acerca de la potencialidad del trabajo con las mismas en terapia psicológica. Dado que el rol de interlocutor/terapeuta nos puede colocar alternativamente en el papel de receptor y de emisor, desempeñamos la función de "co-constructores" de la realidad de los individuos que se cuentan su propia historia en este proceso de interacción.



Vídeo

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses

**Más información en:**

1. Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. RPPC. 2006; 11: 125-46
2. Cazabat EH. Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico. Revista de Psicotrauma. 2002; 1:38-41.
3. Cyrulnik B. Las almas heridas. Las huellas de la infancia, la necesidad del relato y los mecanismos de la memoria. Gedisa. 2015.
4. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. Pediatrics Annals. 1991; 20: 459-66.
5. LeDoux J. El cerebro emocional. Barcelona. Planeta. 1999.
6. Seijas R. Aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos de trastorno por estrés posttraumático. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2012; 104: 19-28.
7. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. BJPsych. 1985; 147: 598-611.
8. Sluzky C. Victimización, recuperación y las historias "con mejor forma". Revista Sistemas familiares y otros sistemas humanos. 2006; 22:5-20.
9. Vera B, Carbelo B, Vecina ML. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del psicólogo. 2006; 27: 40-49.
10. Werner E. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. Cambridge University Press. 2009; 503-15.
11. Werner EE, Smith RS. Vulnerable but invincible: A study of resilient children. New York: McGraw-Hill.1982.
12. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. J Consult Clin Psychol. 1989; 57: 349-57.