



REVISIÓN LITERARIA SOBRE TRAUMA, DUELO Y TRATAMIENTO

AGOSTO DE 2022

Antecedentes

En sus más de 20 años de funcionamiento, Fundación Amparo y Justicia ha apoyado de forma integral a familias víctimas indirectas de agresión sexual con resultado de muerte contra un niño, niña o adolescente (NNA) por medio de la representación legal, la asistencia social e intervención psicológica especializada. Dicha experiencia ha permitido la identificación de diferentes necesidades y expectativas de estas víctimas de delitos, así como la puesta en práctica de estrategias de intervención con distintos niveles de logro alcanzado.

El presente documento ofrece una revisión de literatura especializada, a efectos de compilar un cuerpo de conocimiento actualizado que permita una mejor comprensión del trauma y duelo que sufren las familias que han perdido un hijo o hija producto de una violación con homicidio. Igualmente, se revisan modelos implementados en otras latitudes, a efectos de extraer aprendizajes de dichas experiencias que sirvan como referencia para la intervención especializada con víctimas de delitos de esta gravedad, en especial cuando se trate de niñas, niños y adolescentes.

1. Trauma

La noción de trauma psíquico, producto de eventos como los desastres naturales o un homicidio, fue estudiado en un inicio como un incidente principalmente asociado al contexto de guerra. Con el tiempo, se fueron reconociendo cuadros similares frente a otras circunstancias graves (Crocq & Crocq, 2000), como la vivencia de desastres naturales o la victimización directa o indirecta producto de homicidios, por ejemplo, siendo hoy en día entendido incluso más allá del evento en sí e incorporándose su aplicación a nuevos ámbitos.

En la actualidad, el desarrollo de estudios que caracterizan y definen el trauma ha ido incorporado a otras disciplinas que se agregan a la psicología o psiquiatría. Estas disciplinas entienden el trauma no sólo como uno o varios eventos que dejan huellas en la dimensión mental, sino que también se inscriben en el cuerpo y a nivel neurobiológico (van der Kolk, 2014). El trauma, por tanto, no se define sólo por la vivencia de un evento violento, sino por cómo el individuo se ve impactado por él, en sus dimensiones fisiológicas e incluso celulares (Badenoch, 2017). Asimismo, la experiencia traumática también se debe definir en sus dimensiones relacionales, ya que la gravedad se puede ver matizada por quienes acompañaron o no en la experiencia (sobre todo, ante las respuestas negligentes de ayuda).

Experiencias traumáticas o amenazantes pueden derivar en síntomas que se expresan desde distintos niveles cognitivos, emocionales y fisiológicos (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011):

- Emociones asociadas al miedo, la vergüenza y la rabia.
- Sensaciones corporales de anestesia emocional, o de sobreactivación.
- Desregulación del sistema autónomo del estrés: ante señales del entorno no amenazantes, puede igualmente activarse el sistema de defensa, y las respuestas de parálisis, huida o lucha (sistema simpático). Asimismo, ante situaciones peligrosas se puede activar el sistema parasimpático de ausencia de respuesta o parálisis completa.
- Creencias sobre uno mismo dolorosas y negativas que, a su vez, intensifican los sentimientos y sensaciones corporales estresantes.

Para poder ahondar en los efectos fisiológicos del trauma, el siguiente apartado describe cómo reacciona el cerebro frente al trauma y cuáles son las consecuencias que deja en el sujeto que lo enfrenta.

1.1. Alcances neurobiológicos

El doctor Bessel van der Kolk ha sido uno de los principales exponentes sobre los efectos neurobiológicos en los eventos traumáticos y, por tanto, sobre el desarrollo de las personas cuando se ven enfrentados a éste (van der Kolk, 2014). Particularmente, entrega sustento neurocientífico al daño fisiológico que se genera y la pérdida de las capacidades de simbolización, fantasía y sublimación en las personas que sufren trauma.

Estos planteamientos confirman que **la experiencia de un trauma puede generar cambios tales como alteración del circuito neurológico del sistema de alarma (ubicado en una zona temporal del cerebro, también conocida como amígdala), incremento en la actividad hormonal (sobre todo en la liberación de cortisol) y compromiso en las áreas cerebrales del lenguaje (entre los que se encuentra la memoria)**, los que se condicen con la presencia de sintomatología generalmente encontrada en el estrés postraumático u otros trastornos que se asocian con la vivencia de un trauma psíquico (van der Kolk, 2014).

Desde la ocurrencia del evento traumático, el sistema nervioso incita una respuesta catalizada de defensas subcorticales y excitación del sistema autonómico, sin que puedan estar mediados por la corteza cerebral. Se activa el eje HPA (Hipotálamo- Hipófisis y Adrenal), quien coordina el sistema de respuesta al estrés en mamíferos; está conformado por componentes endocrinos del hipotálamo, incluyendo la hipófisis anterior y el órgano efector, correspondiente a las glándulas adrenales (ubicadas en los riñones), desde el cual secreta la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que estimula la producción de adrenocorticotropina (ACTH), y ésta a la liberación de glucocorticoides (cortisol en los seres humanos). Paralelamente, el eje HPA modula su actuación por medio de la inhibición por la corteza prefrontal y la estimulación por medio de la amígdala y neuronas aminérgicas del tronco encefálico, de la liberación de CRH. El CRH a su vez, gatilla otras respuestas al estrés, como el sistema noradrenérgico por el tronco encefálico, llevando neuronas noradrenérgicas y generando un aumento en la alerta y vigilancia (Bremner, 2006; Sherin & Nemeroff, 2011).

La corteza cerebral, encargada de racionalizar y de prepararnos para el futuro, se inhabilita ante estas situaciones, mientras paralelamente se activan redes defensivas, comandadas por la memoria procedural, fuera de nuestra conciencia. Frente a la activación de estos sistemas de defensa de reacción al estrés, mayormente asociados al sistema simpático, se activan de forma paralela el sistema parasimpático ventral, que busca figuras de apoyo para terminar con la situación de amenaza. Quien está a cargo también de entregar retroalimentación negativa para la liberación del cortisol es el hipocampo, pero que ante la ausencia de una figura que entregue calma y seguridad, y las consecuencias de desborde emocional, bloqueará dicha función, corriendo el riesgo de rebasar la ventana de tolerancia frente a las perturbaciones del entorno, y acudiendo a las defensas más primitivas, sean de lucha, huida o parálisis (Ogden, 2020).

Estas circunstancias son las que luego generan repercusiones neurobiológicas a mediano y largo plazo que se distinguen en los pacientes con estrés postraumático, donde se está involucrado el eje HPA y sus efectos neuroendocrinos correspondientes, el cortisol y la norepinefrina. Una de ellas corresponde a las alteraciones que se producen en el hipocampo, que también es un área a cargo de la memoria declarativa verbal y muy sensible a los efectos del estrés. Las consecuencias en este órgano no son sólo para la memoria declarativa sino también las posibilidades de nuevos aprendizajes (Bremner, 2006).

Asimismo, se ha encontrado que ante eventos estresores mantenidos o cronicados, o en pacientes con estrés postraumático, donde los niveles de cortisol aumentan, el hipocampo, quien estaría a cargo de enviar retroalimentación negativa para disminuir la secreción de cortisol, se ve disminuido en volumen (Sherin & Nemeroff, 2011). Por otro lado, la amígdala, encargada de la valoración emocional de los eventos, y que es modulada por la corteza prefrontal (función inhibitoria), presenta altos niveles de activación de norepinefrina en pacientes con el mismo cuadro. Esto significa que la función de la corteza prefrontal en la modulación emocional falla y aumenta la función de la amígdala incluso cuando la amenaza percibida ya no está presente (van der Kolk, 2014).

En el siguiente gráfico se ilustra el flujo neurobiológico involucrado ante reacciones autonómicas frente a eventos traumáticos (Figura 1):

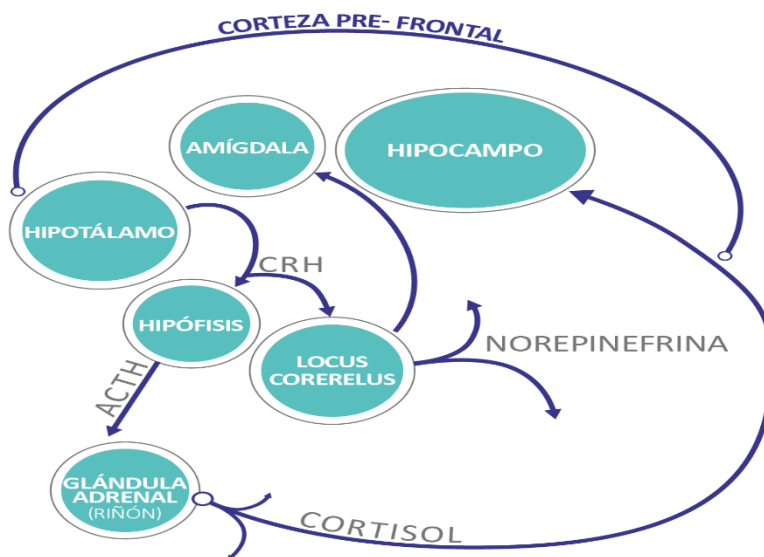


Figura 1. Flujo Eje HPA ante el estrés.

Pensando en los posibles **efectos que tiene la toma de conocimiento de la muerte violenta de un cercano**, tal como son los casos de las familias que apoya Fundación Amparo y Justicia, es importante chequear las concomitancias neurobiológicas que señalan actualmente los expertos. Dentro de las distintas respuestas frente a un evento traumático, y que también pueden volver a darse durante situaciones de amenaza percibida en cada persona expuesta a ello, están (Hopper, 2016; Ogden, Minton & Pain, 2006) los siguientes mecanismos defensivos:

1. **Parálisis (“congelamiento”)**: la respuesta de parálisis frente a un evento traumático puede presentarse de dos formas. La **primera forma** generalmente aparece cuando la amenaza es visible, aunque a una distancia importante de la persona, o entendida como una **reacción inmediata al evento**. La amígdala detecta una amenaza y le señala a todo el tronco encefálico que inhiba el movimiento. Este tipo de parálisis ayuda a que el organismo cambie drásticamente a un estado de vigilancia, mientras, simultáneamente, se secretan químicos responsables del estrés a la corteza prefrontal (encargada principalmente del pensamiento racional) y la deshabilitan. Posteriormente, el estado de vigilancia pudiese activar una respuesta de huida o actuación (sistema simpático). Una **segunda forma** de parálisis es cuando tanto el sistema simpático como parasimpático se activan simultáneamente, generando una **constricción muscular** que inhibe cualquier posibilidad de movimiento. Esto generalmente ocurre cuando la persona percibe que **no puede escapar de la situación**, haciendo que el organismo busque la autopreservación y gastar la menor energía posible (van der Kolk, 2014). Esta defensa puede presentarse de manera posterior en víctimas de trauma como una manifestación de disociación o despersonalización.
2. **Conexión social y apego**: esta es una respuesta defensiva que **sólo se presenta cuando el contexto relacional de comunicación con los otros pueda ser evaluado como seguro**. Particularmente, cuando existe la disponibilidad de una figura de vínculo seguro dentro del contexto, acudirán a ella para **reducir la sensación de amenaza**. Al disminuir dicha sensación, se activará el sistema simpático y la persona podrá activar la acción de huida hacia la figura de seguridad. Además, se activa el nervio vago, décimo nervio craneano del tronco encefálico, que, junto con otros nervios adyacentes (involucrados en el funcionamiento de los músculos faciales, garganta, oído medio y laringe), mandará señales al corazón y pulmones, bajando el ritmo cardíaco y permitiendo un estado de calma (van der Kolk, 2014). Si bien este tipo de defensa es posible en los seres humanos, los eventos traumáticos suelen ocurrir cuando las figuras de apego no están disponibles o el entorno no provee de un vínculo que sea lo suficientemente protector; frente a estos escenarios, esta función no logra desplegarse, activándose los otros sistemas de defensas.
3. **Lucha o huida**: activación del sistema simpático, que en consecuencia genera un **efecto hiperalerta** en el individuo (aumenta frecuencia respiratoria, llega más sangre a los músculos esqueléticos), mientras se disminuye la percepción de dolor, para que el cerebro y la mente se focalice en **huir o actuar** (no necesariamente puede implicar una acción de ataque; por ejemplo, al manejar un auto).

En las personas afectadas por un trauma, **las defensas no sólo se pueden expresar al momento de un evento amenazante y violento sino también pueden volver a presentarse ante situaciones subjetivamente percibidas como amenazantes en la vida cotidiana**, al igual que ante la aparición de flashbacks, o de **elementos gatillantes asociados al evento traumático**, debiendo considerarse para el tratamiento en quienes los presenten.

Respecto de los **efectos neurobiológicos a mediano y largo plazo** que puede dejar la vivencia de un evento traumático, estos se corresponden con alteraciones en el sistema de regulación fisiológico, aunque puede expresarse de formas diversas en cada individuo. Por ejemplo, en las personas que

ya desarrollan cuadros de estrés postraumático, los niveles de cortisol se mantienen por sobre el límite, haciendo que también se mantengan activos los circuitos de alarma y por tanto, las respuestas defensivas de parálisis y/o de lucha/huida (van der Kolk, 2014). Para otros, **la exposición al evento traumático puede dejar el sistema autónomo más sensible a nuevas experiencias**, sean que estén directa o indirectamente relacionadas con la vivencia, tales como presentar sobresaltos o taquicardia al visitar lugares similares (determinados sonidos, personas físicamente similares) a la situación traumática (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011). En su mayoría, exceptuando los casos donde hubo una respuesta adecuada del entorno, el individuo se ve sometido a una desregulación importante a nivel psicológico como fisiológico ante eventos percibidos como amenazantes o gatillantes (McFarlane, 2010).

En la literatura actual, las desregulaciones en el sistema frente al estrés se entienden como una **alteración en la ventana de tolerancia** (desarrollado por Siegel, 2012), siendo éste un concepto que explica cómo los niveles del sistema (sensorial, mental, motriz) llegan a ser capaces de responder a los distintos estímulos del ambiente externo como interno (Ogden, 2020). En este sentido, cuando la estimulación (imágenes, pensamientos, sensaciones corporales, etc.) están dentro de la ventana de tolerancia, el sistema está en una zona óptima y la experiencia es posible de ser integrada adaptativamente. Sin embargo, las alteraciones neurobiológicas que se presentan ante el impacto de un evento traumático rebasan la zona de tolerancia, afectando al sistema completo y generando dificultades posteriores para volver a modular la activación o ausencia de reacción de los estados. Las distintas reacciones que están sobre o debajo de la ventana de tolerancia y que daría cuenta de las posibles reacciones a largo plazo del trauma (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011) serían las siguientes:

- Cuando están por sobre la ventana de tolerancia, se considera una **hiperactivación**: sensación de estar emocionalmente inundado, conductas reactivas, impulsivas, atención hipervigilante, temeroso, sentimientos de ira. Aparición de imágenes y emociones intrusivas, pensamientos apresurados. Flashbacks, pesadillas, conductas de alto riesgo. En la hiperactivación también pueden estar las respuestas de parálisis como mutismo, la parálisis como defensa ante la amenaza o de manera acompañada a otra expresión de hiperactivación.
- Cuando está bajo la ventana de tolerancia, se señala que el estado es de **hipoactivación**: afecto plano, sensación de anestesia, “vacío” o “muerto”. Cognitivamente disociado, incapacidad para poder pensar. Colapso, incapacidad de acción de defensas. Indefensión, desesperanza.

El modelo de activación de estados en torno a la ventana de tolerancia permite comprender las distintas respuestas frente al trauma como también las conductas que algunos pacientes despliegan en intentos de salir de la hiperactivación como de la hipoactivación. **Conductas disfuncionales como la planificación suicida, las autolesiones o el consumo de sustancias pueden ser entendidas como esfuerzos que hace la persona para salir de cualquiera de estos estados** que no alcanzan la ventana de tolerancia óptima (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011).

Estos planteamientos que relevan el origen fisiológico y autónomo de las respuestas defensivas demuestran la necesidad de una orientación adecuada a las personas en los tratamientos especializados en trauma, aclarando que muchos de los comportamientos derivados de él no dependen únicamente de la fuerza de voluntad o de la farmacoterapia. Es más, algunos clínicos

expertos en el tema plantean la implementación de intervenciones que combinen métodos de psicoterapia, psicoeducación y métodos sensoriomotrices que permitan incorporar al cuerpo de forma directa en el tratamiento (van der Kolk; Ogden, 2020).

De la misma manera en que el impacto de un trauma puede indicar daños importantes a nivel neurobiológico, también hay que rescatar que los mismos estudios destacan la capacidad plástica que tiene el cerebro, sobre todo el hipocampo, ante los tratamientos de sanación ante el trauma (Sherin & Nemeroff, 2011). A continuación, se presentan un modelo de intervención que considera las activaciones señaladas y cómo regularlas para un funcionamiento adecuado.

1.2. Teoría Polivagal

La **teoría polivagal** es un enfoque que presenta una **visión integral de cómo los eventos traumáticos afectan a las personas**, incorporando su **dimensión fisiológica** por medio del **sistema nervioso autónomo** y de cómo éste reacciona frente a la experiencia del trauma para poder ser comprendido y tratado (Buczynski & Porges, 2020). Tal como se ha descrito, el sistema nervioso autónomo es una red que regula funciones del cuerpo, desde la homeostasis a acciones defensivas, afectando las esferas emocionales, comportamientos sociales y otras funciones involuntarias adicionales del cuerpo frente a las experiencias, incluyendo la reacción al estrés.

Origina su nombre por el **nervio vago**, al ser **una de las áreas que se activan de manera automática como respuesta frente a las amenazas, y que participa en las distintas respuestas defensivas del ser humano**, sobre todo en el sistema nervioso parasimpático. Tiene conexión desde el cerebro con distintos órganos, los que se distribuyen en dos grupos (Dana, 2020):

1. El vago ventral que se conecta con el corazón, pulmones, faringe y laringe. En su funcionamiento regular se encarga de la homeostasis del organismo.
2. El vago dorsal que se conecta con el estómago, hígado, bazo, riñones, colon e intestinos. En su funcionamiento regular es responsable del sistema digestivo.

En ambas funciones participan junto al sistema simpático a **desplegar las respuestas de supervivencia**. En el modelo de la teoría polivagal, las funciones del sistema autónomo frente al estrés se organizan bajo tres principios: la neurocepción, la jerarquía y la correulación.

La **neurocepción** se entiende como la **capacidad del organismo para captar situaciones seguras, peligrosas o vitalmente riesgosas, y actuar acorde por medio de la activación de distintos circuitos neuronales (Porges, 2011)**. Funciona desde tres focos: interno corporal, externo del ambiente y uno tercero, producto de la interacción con los demás.

Por su parte, el **principio de jerarquía** es el **modo en que se organiza el sistema nervioso autónomo para actuar frente a la experiencia**, pasando por tres estados, que van **desde el más desarrollado evolutivamente hasta el más básico y primitivo**. Estos estados corresponden al:

- Estado parasimpático ventral-vagal (asociado a la defensa de conexión social y el circuito de defensa más avanzado)
- Estado simpático (acciones de movilización, lucha/huida)

- Estado parasimpático dorsal-vagal (parálisis, aislamiento, retiro).

Estos estados se van activando en orden cuando el anterior ya no funciona o se inhibe frente a los gatillantes o amenazas percibidas del sistema. En esta teoría, por tanto, el complejo parasimpático dorsal es el estado de respuesta primario y coincidentemente el sistema más antiguo evolutivamente, activándose cuando los otros estados no logran generar la seguridad deseada en el individuo para sobrevivir (Ogden, 2020).

A continuación, se presentan en mayor detalle los estados autonómicos señalados, en orden decreciente (Dana, 2020; Porges, 2011):

1. El estado que se encuentra en el lugar superior de respuesta es el **parasimpático ventral-vagal**, que es el estado de seguridad y conexión social, activándose cuando hay una neurocepción de seguridad. Generalmente se asocia también con los desarrollos de capacidades de crecimiento, salud y recuperación, al igual que de regulación individual y relacional. Adicionalmente, se relaciona con el estado de ventana de tolerancia óptima.
2. Si la persona siente que la dificultad a la que se enfrenta sobrepasa la capacidad del estado ventral-vagal de mantener la regulación del organismo, bajará al nivel **simpático**, buscando un nivel activo de protección, por medio de acciones de lucha o huida, incluyendo características de angustia y rabia. Este estado de movilización se activa cuando hay una neurocepción de peligro, llegando a sacrificar la conexión social para sobrevivir. Se asocia con la zona de hiperactivación del organismo, por sobre la ventana de tolerancia.
3. Si en el estado simpático tampoco lograra resolver la dificultad, bajará al estado **parasimpático ventral-dorsal**, por medio de la inmovilización y desconexión. Dicho estado es de completa desactivación del sistema y que responde a la neurocepción de una situación de riesgo vital. Se asocia con la hipoactivación del organismo, por debajo de la ventana de tolerancia.

Ninguno de estos estados es de por sí negativo, ya que serían respuestas acordes al nivel de amenaza percibido. El **objetivo de incorporarlos como factor a regular en un tratamiento es la de poder transitar de manera flexible entre estados de manera adaptativa al entorno cambiante**, puesto que, ante los eventos traumáticos, el sistema ya está desregulado (Dana, 2020).

Por último, el **principio de corregulación** corresponde a la **capacidad que tiene el ser humano de poder regularse autonómicamente por medio de la interacción con otro**. Esta capacidad forma parte del desarrollo evolutivo humano, siendo transversal su efecto a las distintas funciones básicas de la persona. En el modelo polivagal, la corregulación es una herramienta fundamental en el espacio de la psicoterapia. Se vuelve **el rol del terapeuta poder sostener por medio de su estado la regulación y estado del paciente y ofrecerla en el contexto psicoterapéutico**. De la misma manera en que el ser humano busca de manera natural sobrevivir y simultáneamente conectar, el terapeuta debe estar atento tanto a las señales de corregulación que envía como las que recibe, al igual que a las señales que aumentan la reactividad y el refuerzo de patrones habituales de sobrevivencia de manera continua entre ambos (Dana, 2020). Por medio de la detección de la neurocepción del paciente como del terapeuta se puede atender a cómo su sistema propio y el del paciente está funcionando, especialmente, cuando la conducta pudiese reflejar una neurocepción de amenaza por la vivencia de un evento traumático. Generalmente, la neurocepción responde a la pregunta

“en este momento, ¿me siento seguro/a o en peligro?” desplegando las acciones correspondientes al ambiente percibido. Dependiendo de la respuesta, el sistema autónomo se mueve a cualquiera de los estados que entregue la energía suficiente para resolver la situación de manera efectiva.

Frente a este modelo, se abre el foco dentro de la intervención al estado autonómico que estaría en funcionamiento, y desde allí, la respuesta que debe generar el terapeuta para poder ayudarlo en la regulación. Para esto, se disponen de recursos no verbales para su regulación en terapia y chequeo más allá de lo que el paciente reporta. En este sentido, focalizarse no sólo en lo que el paciente dice sino también en su estado fisiológico, ayuda a saber de forma complementaria cómo experimentó el trauma y de asistir a una modulación más flexible, disponiendo para ello recursos no verbales para su regulación en terapia, tal como es, el contacto ocular y la vocalización (con una inflexión y ritmo cómodo) para salir de estados de parálisis u otros disociativos o de hiperactivación.

2. Duelo y trauma

Si bien el proceso de duelo es esperable para quienes deben afrontar la muerte de otro ser cercano, en el caso de muertes violentas o resultantes de un delito, puede presentarse el mismo fenómeno, pero de manera más grave y profunda.

Ante la experiencia de la muerte de un ser querido, se conocen distintas reacciones producto de dicho evento y que varían a lo largo del tiempo, conociéndose este fenómeno como **duelo**. La pérdida de un ser querido es parte de la experiencia humana y que el pasar por procesos asociados a ella es un elemento crítico del desarrollo vital adulto (Boerner, Stroebe, Schut & Wortman, 2015). De acuerdo al modelo de Kübler- Ross, **la mayoría de las personas transitan al momento de perder a una figura significativa, por alguna de las cinco etapas de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, consideradas como reacciones esperadas ante el proceso de duelo** (Kübler-Ross & Kessler, 2017).

Asimismo, desde una mirada nosológica, **quienes experimentan un duelo pueden presentar cuadros agudos ante la toma de conocimiento de la pérdida, donde se mezclan elementos reactivos a la separación del ser querido y respuestas al estrés resultante**; añoranza, tristeza, junto con pensamientos e imágenes del ser querido suelen ser recurrentes. El cuadro de duelo agudo también se ve acompañado de otros tipos de síntomas, tales como la disforia, ansiedad, depresión y rabia, acompañado de cambios fisiológicos como aumento de la presión arterial, incremento de los niveles de cortisol, trastornos del sueño y cambios en el sistema inmunológico (Shear, 2015).

La mayoría de los modelos señalados sobre el duelo típico refieren que **tanto los síntomas y emociones asociadas disminuyen su intensidad a medida que pasa el tiempo. Sin embargo, pueden existir factores tanto en las características de la persona como del evento que pueden complicar este proceso adaptativo. Uno de ellos es cuando la muerte ocurre de manera traumática o violenta**, deviniendo de un proceso esperable de duelo frente a la pérdida a un trastorno por duelo complicado (Boelen, Olf & Smid, 2019). Las denominaciones provienen

principalmente de dos manuales o guías de trastornos mentales; duelo prolongado en el CIE- 11¹ y trastorno persistente de duelo complicado en el DSM-V². En ambos, el principal marcador del trastorno es la duración de los efectos de la pérdida, en los que se mantienen por un año o más.

En este sentido, muertes súbitas por accidentes o por violencia (incluyendo agresiones sexuales) generan mayores complicaciones emocionales que la muerte de una enfermedad degenerativa o postrada. **Una de las explicaciones respecto de la complejidad que conllevan las características violentas de la pérdida tienen relación con la dificultad de poder hacer sentido frente al evento**, que conforma un aspecto a desarrollar en el duelo que facilita la aceptación de la muerte como parte de la vida (Nakajima, Masaya, Akemi & Takako, 2012).

Dentro de las muertes generadas por violencia, las que ocurren en contexto de delito, coinciden con las características que dificultan el proceso regular de duelo, no sólo por la violencia del hecho, sino por otros factores adicionales; por ejemplo, la ausencia de un cuerpo en la denuncia o investigación penal, el estigma social u otras características del proceso judicial burocráticos que entorpecen la realización de ritos fúnebres o cierres de duelo (Nakajima, Masaya, Akemi & Takako, 2012). En casos de víctimas indirectas de homicidio, en los que el delito está asociado a otros ilícitos tales como drogas, prostitución, violencia intrafamiliar, o en el que los involucrados pertenecen a grupos marginados étnica, económica o socialmente, pueden también sufrir un **duelo desautorizado**, en el que reciben muy poco apoyo por parte de la comunidad, incluso llegando a sufrir una forma de victimización secundaria (Miller, 2009).

Adicionalmente, la muerte que involucra a un niño, niña o adolescente conlleva una gravedad particular, en la medida que conlleva conflictos con la propia identidad, al igual que con las visiones de pasado, presente y futuro vitales, haciendo que a las emociones esperadas del duelo se sumen sentimientos de desconcierto, devastación y pesar intenso (Boelen, 2016).

En los casos que asiste la Fundación, los procesos de duelo que sufren las familias sobrevivientes de agresión sexual con resultado de muerte se ve atravesada por los factores del tipo de muerte, el tipo de víctima, interactuando el proceso psicológico de pérdida con otros elementos propios de la psicotraumatología, en el que la noción de duelo complicado es uno de los posibles cuadros ante la vivencia traumática de una pérdida. Adicionalmente, es posible encontrar concomitantes neurobiológicas en el duelo complicado, que toman relevancia similar a los efectos del trauma en el sistema autónomo ya referidos (Fernández-Alcántara, Cruz-Quintana y Perez-Marfil, 2017).

Desde el modelo de la terapia cognitiva conductual, se detecta un **cuadro de duelo complicado cuando persisten al menos cuatro aspectos** (Boelen, 2016):

- La **dificultad de aceptar lo irreversible de la muerte** del otro: enfrentar la realidad de la muerte del otro es fundamental para el proceso del duelo. En este signo se puede plantear la diferencia entre un cuadro de estrés postraumático (TEPT) y el duelo complicado, ya que quienes presentan TEPT mantienen más bien una experiencia de constante amenaza (esto

¹ Las siglas responden a Clasificación Internacional de Enfermedades, correspondiente a la Organización Mundial de la Salud. Estaría actualmente en su versión 11^{va}

² Las siglas responden al acrónimo en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Está actualmente en su versión quinta.

sucede mientras que la fuente del peligro pasada esté fuera y no conectada con otros aspectos de la biografía de la persona).

- La **pérdida lleva a las personas a pensar negativamente acerca de sí mismas**, de sus vidas, de su futuro y del mundo.
- Las personas tienden a **evitar estímulos internos o externos que recuerden la realidad de la pérdida**, porque piensan que no podrán tolerar el enfrentamiento con ésta. Muchos pueden incluso desarrollar una fobia (miedo irrefrenable a) a su propio duelo y a las respuestas emocionales que se gatillan con la experiencia de la pérdida.
- Las personas **dejan de realizar actividades que previamente efectuaban de manera regular, tales como las visitas a amistades o la asistencia al trabajo**. Esta reacción puede, de todas formas, entenderse, si el contexto que la rodea está más preocupado de conocer los detalles del evento que los sentimientos de la persona afectada. En este sentido, el evitar estas instancias es menos una consecuencia y más una causa de la persistencia del estrés emocional reactivo a la pérdida.

Aún existen desafíos en la comprensión de este tipo de victimización, tales como las diferencias en la comprensión del duelo complejo en niños, niñas y adolescentes, de las que se encuentran generalmente en adultos. Asimismo, se presenta un desafío en el tratamiento más idóneo, ya que al menos la mitad del grupo de quienes sufren tanto duelo complicado como TEPT no logran adherir hasta el final de los procesos psicoterapéuticos.

Al momento de diagnosticar y evaluar los “niveles” del proceso del duelo en que se encuentran las personas, se debe detectar también la presencia de un duelo complicado agudo, o ya el desarrollo de TEPT, u otros cuadros de salud mental. Esta evaluación se vuelve relevante, ya que estudios señalan **la alta comorbilidad que existe entre la vivencia de una pérdida traumática** y los siguientes trastornos (Soydas, Smid, Goodfellow, Wilson & Boelen, 2020; Fisher, Zhou, Liu, Fullerton, Ursano & Cozza, 2020; Soydas et al., 2021):

- Trastorno por duelo complicado (o prolongado)
- Trastorno por estrés post-traumático
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno de ansiedad generalizado

El presentar más de un cuadro supone una mayor complejidad en el abordaje, como también la presencia de mayores factores de riesgo, y desde ahí la necesidad de intervenir en ellos.

3. Implicancias en el tratamiento en trauma y duelo

La muerte de un ser querido no supone inmediatamente la necesidad de asistencia. De hecho, la mayoría que lo sufre no necesitaría mayor ayuda que la presencia de sus redes de apoyo cercanas, tales como familiares y amigos. Sin embargo, los fallecimientos que ocurren por causas no naturales y violentas tienden a recurrir de la misma asistencia que quienes consultan ante la vivencia de un evento traumático.

Para abordar dichas circunstancias en dispositivos de intervención psicológica existen **distintos enfoques que buscan como objetivo lograr cambios hacia una homeostasis sana del funcionamiento biológico y psicológico y subsanar estados reactivos al trauma**. Existe una diversidad de formas de realizar psicoterapia especializada en trauma, aunque **la mayoría de las buenas prácticas tienen en sus bases el respeto y empoderamiento de las personas, la promoción de la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente, y la noción de un cuidado informado y especializado en trauma (Courtois & Ford, 2020)**.

Además, existen **elementos comunes en las intervenciones** para pacientes que han vivenciado un trauma complejo que se recomiendan para un buen tratamiento (Courtois & Ford, 2020):

1. Un **diagnóstico continuo**, estandarizado, con respeto y cuidado en las consecuencias de desregulación emocional que el proceso de monitoreo puede conllevar, y en particular, ante el relato del evento traumático.
2. **Asegurar como primer objetivo la seguridad y resguardo de la persona a nivel interpersonal y personal**. En particular, ante las muertes que ocurren por homicidio, la terapia enfocada en el duelo no es efectiva, puesto que de manera previa debe tratarse las concomitancias del trauma resultante, tales como estado hiperalerta, flashbacks, trastornos del sueño, entre otros (Rynearson, 1996). La psicoeducación y la incorporación de habilidades de autorregulación son formas de fortalecer las capacidades del individuo en el desarrollo de su propia sensación de cuidado y seguridad.
3. **A medida que pueda ir apareciendo el relato asociado al evento traumático** (que no es mandatorio) o a las consecuencias directas de éste, ir **monitoreando de manera constante el nivel de funcionamiento de la persona tratada** y fortalecer sus capacidades de examinar dichas narrativas sin verse inundado emocionalmente.
4. La posible **reintegración del evento traumático a su historia** puede llevar a algunas personas a darle un nuevo significado a su vida. Sin embargo, para otros puede significar un nuevo duelo de la vida previa al suceso, al igual que sus efectos en sus expectativas personales, de interacción con los demás y otras decisiones vitales.
5. Cada persona sana de distintas formas o alcanza distintos niveles de logros en términos de salud mental. De la misma forma, las duraciones de tratamiento pueden ser variables, siendo en algunos casos de 10 a 30 sesiones, con ciclos de repeticiones o en otros durar décadas, sea de manera continua o esporádica. Ello no implica la ausencia de un término de tratamiento, el que debe ser considerado parte del proceso, anticipado y de mutuo acuerdo con el paciente.

6. Los terapeutas deben mantener un dispositivo terapéutico con establecimiento de límites adecuados con el paciente para asegurar la efectividad del tratamiento. Asimismo, deben monitorear sus propios estados de salud ante estrés traumático secundario o traumatización vicaria.

Complementando con los aspectos de tratamiento en trauma, **en el tratamiento clínico del duelo complicado pueden incluirse como objetivos de intervención** los siguientes (Boelen, 2016):

- Ayudar a **enfrentar la realidad de la pérdida.**
- **Recuperar la confianza** en sí mismos, sus vidas y el futuro.
- **Reinsertarse** en actividades que sean enriquecedoras y significativas.

Cabe señalar también los **efectos que tienen en los sistemas familiares la muerte violenta de uno de sus integrantes**, afectando la vida cotidiana y forma de interacción entre ellos. Dentro de estos efectos se pueden encontrar (Miller, 2009):

- Una **sensación generalizada de vulnerabilidad**, buscando mayores resguardos de seguridad (instalación de rejas, alarmas, evitar salir de noche).
- **Evitación fóbica de lugares, personas u otros aspectos asociados al delito.**
- **Niños, niñas y adolescentes** que conviven en la casa son quienes mayormente resienten estos cambios, puesto que significa para la mayoría una **restricción involutiva a su autonomía e independencia progresiva.**

Frente a las **posibilidades de enfrentamiento y cuadros presentes en las familias** que sufren un trauma, se han detectado al menos cinco patrones distintos en los sistemas (Miller, 2009):

1. **Familia despectiva o despreciativa:** lidian con la adversidad de los resultados de manera enérgicamente negativa, apareciendo conductas de disgusto, actitudes conflictivas y de culpabilización entre los integrantes como una forma de negar la presencia de problemas propios. Frente a esta dinámica, se deberían focalizar los esfuerzos en volver a abrir la comunicación y permitir la cooperación entre ellos, antes de entrar a abrir la temática traumática de la pérdida.
2. **Familia frágil o quebradiza:** al ser reacios a depender del otro integrante, tienden a buscar en externos a la familia la comprensión, cariño y apoyo que necesitan. En esta dinámica se destaca como sugerencia el poder buscar y afianzar en estas relaciones externas, vínculos sanos que puedan ayudar a ser puentes entre los miembros de la familia.
3. **Familia jerarquizada:** funcionan con sentido de unidad y propósito, pero con rigidez en los roles y responsabilidades resultantes. Por ejemplo, la cadena de comando, puesta en los padres, asume que quienes toman las decisiones son quienes poseen más edad o se les entrega a los hijos mayores. Si bien este funcionamiento genera un mayor orden y estabilidad ante la situación crítica que enfrentan, la rigidez los hace poco adaptativos a los cambios y afectar de igual manera a sus integrantes. Frente a esta dinámica, se sugiere la paulatina flexibilización de roles y toma de decisiones familiares.

4. **Familia resistente:** por sus creencias asociadas a la fe, y generalmente vinculados a la fe religiosa, lidian con la tragedia por medio de ella; esperan que las tragedias pueden ocurrir de manera habitual y que el tránsito por ellas resultará según lo determine el ser superior en el que basen su creencia. Mientras este mecanismo sirva como un modo de afrontamiento sano, se debería reforzar como un soporte de sentido.
5. **Familia funcional:** al momento de afrontar el trauma, los integrantes apoyan y sostienen a quienes estén más afectados, mientras les permite armoniosamente entregarse cariño y cuidado entre todos. Existe una sensación de control interno sobre los eventos vitales, las dificultades que facilitan hacer significado de la experiencia y consolidar el compromiso dentro del sistema. En este caso, se debe propender a que mantengan dicha dinámica.

Otro punto que es importante diferenciar al momento de intervenir en el trauma son las **consideraciones del tratamiento en los niños, niñas y adolescentes ante los delitos de homicidio de un integrante de la familia (Miller, 2009)**. Dentro de la experiencia clínica, el autor refiere que uno de los elementos transversales a considerar son la comprensión que tienen a la muerte **según su etapa evolutiva**. Para esto se establecen las siguientes recomendaciones al momento de tratar con ellos:

- **Infantes y preescolares (1 a 3 años):** debido a que aún no tienen el concepto de muerte, la definición más cercana a la experiencia es la aguda ausencia de la víctima. Estando en desarrollo su capacidad cognitiva verbal o conceptual de comprender lo que ocurre, la crisis que perciben las puede expresar por medio de conductas regresivas, como por ejemplo, “pataletas”. Ante estas circunstancias se recomienda poder apoyar a quienes están cuidando a los niños o niñas para proveerles un ambiente lo más estable posible.
- **Niños y niñas pequeños/as (4 a 7 años):** si bien en esta etapa entienden la muerte, no la comprenden en su idea universal, por tanto, buscan en su propia experiencia la idea cercana, que muchas veces la entienden como que la persona fallecida “se fue” o “se fue a dormir”, junto con la incredulidad de que un hecho así pudiese haber ocurrido. Otros niños y niñas se quedan en reacciones de negación o de distraerse del hecho, generando en los adultos que les rodean la sensación de que estén “extrañamente calmados”, o que no estén siendo respetuosos con el duelo. En estas circunstancias, se recomienda que los cuidadores o adultos cercanos puedan entregarles una explicación más realista, respetando a su vez sus defensas adaptativas; por ejemplo, para algunas familias creyentes se utiliza la denominación de que la víctima “se fue al cielo”. En los casos de homicidio, el extrañamiento sobre la muerte puede venir acompañado de un intenso temor hacia el agresor, siendo necesario focalizar en hacer que el niño o niña se sienta protegido, o recalcar que el ofensor no se podrá acercar a ellos (en caso de que sea posible señalarlo).
- **Niños y niñas mayores (8 a 12 años):** debido a la inclusión de los grupos de pares dentro de las redes vinculares, se deben evaluar su calidad como instancias que ayuden a amortiguar los efectos del duelo y la confusión que puede estar circulando, o ser un estresor más en los esfuerzos de afrontamiento de la pérdida. A diferencia de los niños y niñas más pequeños, que

padecían mayores temores en torno al ofensor, los niños y niñas en esta etapa evolutiva pueden ahora objetivar y conceptualizar tanto la muerte como el hecho. Los conflictos que pudiesen darse con el entorno familiar son de distanciamiento de las instancias de reuniones (sobre todo los asociados con el luto), como también en las dificultades respecto de los desafíos de la niñez media, correspondiente con la identidad, el autocontrol y el funcionamiento interpersonal. Se recomienda en esta etapa que puedan desarrollar distintas actividades fuera de la cotidianeidad familiar, mientras se mantenga cierta comunicación por parte de los padres para contestar preguntas, respondiendo acorde a la edad (es decir, explicar en un lenguaje que puedan entender, sin necesariamente detallar y asustarlos o afectarlos en demasía). Se vuelve un factor protector el desarrollo de rutinas en el espacio familiar, tales como los horarios de llegada a la casa, la distribución de tareas domésticas, entre otras actividades.

- **Adolescentes (13 a 18 años):** comprenden la universalidad de la muerte, pero al estar fijados en la reflexión sobre su propia sensación de inmortalidad, pueden caer en conductas expansivas o de riesgo. Los desafíos de esta etapa son que el proceso normal de separación e individuación puede verse afectado por la muerte traumática de un padre o hermano. Al igual que en la etapa vital anterior, mantener o generar rutinas y reglas en la familia, a fin de sostener la cohesión familiar, es lo recomendado, incluso a pesar de las posibles quejas que puedan conllevar.

A nivel general, se deben atender a las siguientes **reacciones posibles en los niños, niñas y adolescentes** ante el impacto de un evento de duelo violento:

- **Juegos repetitivos:** como una forma de reactivar y revivenciar el evento traumático, ya sea en el juego con juguetes como en la reproducción obsesiva de música, videos o videojuegos sobre temas de violencia.
- **Culparse a sí mismos:** puede aparecer una idea fija respecto de lo que pudieron haber hecho mal para haber recibido la violencia de la tragedia. Adicionalmente, las maneras autoritarias en que adultos pueden tratar a niños y niñas pequeños/as pueden llevar a que fantaseen a que la muerte violenta fue algún tipo de “castigo”, o de sentirse culpables por no poder hacer más por la familia.
- **Futuro reducido:** el terror sobre la muerte repentina, sorpresiva, puede llevar a mantener la creencia de no poder crecer nunca, o que no tenga sentido ir a la escuela, si en cualquier momento pueden fallecer también.
- **Regresión:** niños, niñas o adolescentes que vuelven de forma cognitiva, psicosocial y emocional a un estadio del desarrollo más temprano. Asimismo, puede existir también la conducta contraria, sobre todo en escolares, llegando a participar en actividades de riesgo o de quebrantamiento de reglas (violento o delictual).
- **Perturbación cognitiva atípica:** síntomas tales como problemas de concentración o de memoria que puedan afectar su rendimiento escolar. Asimismo, casos más graves pueden

darse como fallos en la memoria (lagunas), sobre todo ante las noticias sobre la muerte del ser querido y la reacción de la familia a ella.

- **Somatización:** niños, niñas y adolescentes tienden a comunicar más con su cuerpo que con las palabras ante situaciones estresantes por lo que pueden aparecer malestares físicos sin causa aparente.

3.1. Intervenciones informadas en trauma

Durante mucho tiempo, distintas instituciones encargadas de entregar salud a sus pacientes no reconocían la concomitancia que existía entre los cuadros a tratar y la vivencia de una experiencia traumática. Hoy en día, instituciones que tratan adicciones (Morrissey, Jackson, Ellis, Amaro, Brown & Najavits, 2005; Seal, Cohen, Waldrop, Cohen, Maguen & Ren, 2011), que intervienen con población vulnerable (Hopper, Bassuk & Olivet, 2010) o víctimas de delitos graves (Rich, 2019) utilizan un **enfoque informado en trauma**, en la medida que se entiende que muchos de estos malestares pueden provocar o ser consecuencia de un evento traumático.

Las intervenciones o cuidados informados en trauma buscan **que las organizaciones completas que trabajan con personas de tener conocimiento sobre lo que implica el impacto del trauma, a fin de entregar un servicio mejor asistido, centrado en las personas y, por sobre todo, para evitar la victimización secundaria** que puede generarse en caso de no estar en conocimiento (Garza, Rich & Omilian, 2019).

Dentro de las **recomendaciones** que se establecen para poder tener un acercamiento de asistencia con información en trauma se incluyen (Hamberger, Barry & Franco, 2019):

- Interacciones de **profesionales sensibles y activamente preocupadas**, junto con una voluntad para escuchar y no culpar a los consultantes.
- Tener **buenos instrumentos de diagnóstico** o *screenings* para la detección de trauma.
- Proveer de **intervenciones especializadas**.
- Para quienes no cumplen el rol profesional, crear un **ambiente seguro**, sin juicio y mostrando respeto.
- **Psicoeducación en las intervenciones de asistencia sobre los síntomas**, cambios en la vida cotidiana que sean necesarios informar y sobre farmacología.

3.2. Primeros auxilios psicológicos y técnicas de autorregulación

Gracias a los planteamientos de los efectos neurofisiológicos que generan las vivencias de trauma, es que se han desarrollado distintas técnicas y modelos que permiten disminuir los niveles de perturbación que se presentan en las personas afectadas.

Uno de ellos, basado en la intervención temprana, y que ha sido apoyados por expertos y organizaciones internacionales de salud corresponden a los **primeros auxilios psicológicos** (PAHO, 2012; WHO, 2011). Si bien no poseen suficiente evidencia empírica en la reducción de síntomas de cuadros de largo aliento como la depresión o de trastornos más complejos, sí ayudan a **disminuir los efectos inmediatos del trauma**, tales como la reexperimentación del evento (pesadillas, flashbacks), pudiendo promover un mayor bienestar subjetivo (Cortés y Figueroa, 2018).

El **protocolo ABCDE** (Cortés y Figueroa, 2018) es un ejemplo de aplicación de los primeros auxilios psicológicos, organizado en cinco pasos: escucha **Activa**, reentrenamiento de la respiración (**Breathing**), **Categorización de necesidades**, **Derivación a redes de apoyo** y **psicoEducación**:

- **Escucha Activa:** la importancia de este paso consiste en poder atender si el afectado desea hablar, sin presionarlo a hacerlo. Esta indicación también incluye la sugerencia de no apurarse en realizar alguna acción reactiva a la escucha, y en poder tener paciencia en el desarrollo de su relato. Aspectos no verbales (proximidad sin necesidad de tocar, tono de voz, mirada a la persona sin distracciones) también son fundamentales para generar una mayor sintonía afectiva con la persona.
- **Reentrenamiento de la respiración (Breathing):** o conocido como reentrenamiento de la ventilación, se usa mayormente cuando se observa alteración importante, ansiedad o agitación en la persona afectada. Para ello se facilita enseñar técnicas de respiración (por ejemplo, la inspiración, exhalación y retención en cuatro tiempos). Al igual que en el paso anterior, éste también considera la voluntariedad de la persona, pudiendo por distintas circunstancias o modo de presentación no querer realizarlo, por lo que no se debe presionar a que lo realice.
- **Categorización de necesidades:** a partir del estado esperable de confusión o perturbación en las personas que han sufrido un evento violento o traumático, se les puede ayudar a ordenar las acciones a realizar para solucionar sus problemas más básicos del momento (trámites legales, llamadas a familiares, etc.). Para esto, se debe tomar un tiempo en rescatar las necesidades presentes y rescatar las redes primarias de apoyo existentes.
- **Derivación a redes de apoyo:** este paso considera desde la facilitación del contacto con las redes primarias de apoyo (familiares, amigos, colegas del trabajo cercanos) a las instituciones que se requiera de sus servicios (hospitales, fiscalía, carabineros, etc.). Puede que para ese segundo grupo de redes se requiera un mayor asesoramiento por parte del profesional que está prestando el apoyo.
- **Psicoeducación:** poder entregar información acerca de las posibles reacciones fisiológicas y autonómicas en las personas, permite no sólo normalizar ciertas reacciones ante el estrés, sino también a cómo poder actuar de mejor forma frente a ellas. Es importante poder referirse a síntomas como labilidad emocional, dificultad para pensar, para concentrarse,

insomnio (u otro trastorno del sueño), irritabilidad, cansancio, entre otros que puedan aparecer.

Otra herramienta terapéutica, que sirve para complementar intervenciones de segundo nivel (psicoterapia), y en diagnósticos de trastornos mentales tales como depresión, estrés postraumático u otro cuadro reactivo a la experiencia violenta del homicidio, son las **técnicas de autorregulación**. La autorregulación es entendida como la **capacidad que tiene el ser humano de realizar procesos bajo su control pero que influyen en la regulación del sistema nervioso**, tales como el cambio del foco de la atención, el manejo de las emociones, el monitoreo de sus propias conductas y sensaciones, y la conexión con otros. Estas habilidades reciben influencias tanto internas de la persona (disposición, estado de funcionamiento ejecutivo del sistema) como también de aspectos externos (estado del ambiente, pares, cuidadores) (Panillo, Ferrara & MacNeill, 2019) y se ha probado que tiene puede facilitar la modificación de situaciones autónomas defensivas (Buczynski, Ogden, Porges, Brand, Lanius, Siegel, Steele, van der Kolk, Bryant-Davis, & Fisher, 2020).

Dentro de las técnicas recomendadas existen las **técnicas de respiración, mindfulness** (habilidades para observar, describir y participar en las propias sensaciones, emociones y cogniciones, mientras se mantiene una actitud sin juicio y focales) **o terapias corporales que faciliten la sensación de seguridad en el cuerpo** (Buczynski et al., 2020). Ahora, será para todos los casos importante chequear antes el diagnóstico de las personas, como por ejemplo, el nivel disociativo que experimentan o la intensidad del cuadro y la personalidad estructural de los pacientes para poder ver la idoneidad de la incorporación de estas técnicas para favorecer su proceso.

Otras técnicas usadas, pero de **corregulación entre terapeuta y paciente son la imagería**, sobre todo para mantener estados óptimos de la ventana de tolerancia; respirar de manera conjunta con el paciente (Buczynski et al., 2020), o usar la prosodia y tono de voz cálido cuando se detecta que se están saliendo de la ventana de tolerancia (Buczynski & Porges, 2020).

A partir de la teoría polivagal, existen distintas **recomendaciones para hacer que las personas puedan salir de los estados autónomos defensivos** y al sentir mayor seguridad, poder generar una conexión con el otro. Poder detectar la neurocepción del paciente, o que el paciente pueda aprender a reconocer las sensaciones que lo llevan a los estados dorsales-vagales o simpáticos es un tipo de ejercicio importante (Porges, 2017). De la misma forma poder corregular los estados en los que se encuentren los pacientes desde la noción polivagal de los sistemas autónomos de defensa. A continuación, se señalan algunos asociados a posibles conductas defensivas:

- **Parálisis o congelamiento** (Buczynski, Ogden, Porges, Brand, Lanius, Siegel, Steele, van der Kolk, Bryant-Davis & Fisher, 2020): puede ser desde una sensación de hiperalerta en el paciente, como de tensión física. Incluso el paciente puede señalar que se siente “atascado”. Para esto, más que las palabras, **importa que el cuerpo pueda volver a sentirse seguro, por tanto, puede sentir el ritmo, la prosodia, la entonación, que permite una sensación de calma en el contexto.**

- **Estado de hiperalerta hacia huida o sobredemanda** (Buczynski et al., 2020): se recomienda que el terapeuta pueda reconocer el estado simpático activado en el paciente (por ejemplo, cuando las demandas están siendo exacerbadas), poder reflejarlo e intentar psicoeducar respecto de la corregulación para poder facilitar la conexión.

- **Estado de colapso:** se entiende como un nivel de estado dorsal vagal, y se vuelve importante que la respuesta del terapeuta esté regulada en el nivel ventral para ayudar a llevar al paciente a un estado más calmado y no sobre reaccionar (actuar desde el nivel simpático).

3.3. Terapia sensoriomotora y EMDR

De la misma manera que los tratamientos para intervenir ante eventos traumáticos son diversos, existen algunos modelos que incorporan al dispositivo terapéutico del habla otras técnicas. El trauma, al resultar también en una reorganización cerebral y corporal en cómo percibimos las cosas e incluso en cómo pensamos, hace que, por ejemplo, ayudar a las víctimas a encontrar las palabras para describir lo que les pasó sea significativo mas no suficiente (van der Kolk, 2014).

Debido a que el trauma está íntimamente imbricado con el cuerpo, las teorías actuales refieren a **tratamientos terapéuticos que vayan dirigidos no sólo a los aspectos mentales-emocionales que presenten los pacientes, sino también a las distintas reacciones corporales** concomitantes con dichos aspectos.

Pat Ogden (2020), una exponente en la intervención sensoriomotora ante pacientes con vivencias traumáticas o de experiencias adversas en la infancia, concuerda con los efectos que tienen en el funcionamiento cerebral el impacto de un evento traumático. Integra métodos de **estabilización y reconocimiento corporal por medio de técnicas de mindfulness**, junto con el reconocimiento y reflejo del terapeuta a cada una de las señales corporales a las cogniciones y emociones que se asocian.

Si bien es un modelo nuevo y que aún requiere mayor nivel de evidencia para ser probado efectivo (Courtois & Ford, 2020), los estudios llevados a cabo han probado en sus pilotajes de implementación mayores adquisiciones de recursos en los pacientes para estabilizarse y reducir su sintomatología asociada a trauma.

Por otro lado, la terapia de **Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular**, conocida en sus siglas en inglés como **EMDR**, es un modelo de intervención basado en evidencia, que combina la incorporación de elementos de la memoria traumática con la estimulación bilateral por medio de los movimientos sacádicos (rápidos) oculares. Actualmente, se utiliza en combinación de manera integrada con otros tipos de terapias tales como el psicoanálisis relacional, terapia del estado del yo y diversas terapias somáticas (Shapiro & Brown, 2019).

Conclusiones generales

El presente documento entrega de manera sucinta distintos acercamientos que la actual clínica de intervención en pacientes afectados por eventos traumáticos desarrolla para su eventual sanación. Las temáticas planteadas en torno al trauma aportan una nueva mirada que complementa la visión psicológica y somática de los trastornos consecuentes por un evento violento, con una perspectiva neurobiológica y fisiológica, la que amplía la conceptualización y comprensión de los fenómenos que pueden manifestarse en las víctimas indirectas. **El abordaje sobre el duelo ante la pérdida por la muerte de una figura significativa sumado al contexto traumático de un homicidio, junto con otros factores violentos como la agresión sexual, y la edad temprana de la víctima fallecida, supone la configuración de un cuadro de mayor complejidad y por tanto, de aproximaciones distintas para su diagnóstico y comprensión.** En el apartado correspondiente a tratamiento se dilucidan posibles recomendaciones para entregar orientaciones a los profesionales, destacando las prácticas y recomendaciones basadas en evidencia.

Los resultados de esta revisión permiten identificar elementos que faciliten el diseño y desarrollo de estrategias de acercamiento clínico para abordar la victimización que ocurre ante los casos de violación con homicidio de un niño, niña o adolescente. El **establecimiento de instrumentos o procedimientos de detección y diagnósticos para las familias y sus integrantes** para ser un paso inicial y trascendental a fin de poder identificar las principales problemáticas que les afectan.

De igual modo, otra recomendación relevante a la luz de la literatura revisada es la implementación de **mecanismos de monitoreo que permitan evaluar en qué medida los planes de intervención han sido eficaces en cumplir con los objetivos esperados de la interacción especializada** con los integrantes de estas familias.

Bibliografía

McFarlane A. (2010) The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 3–10.

Badenoch, B. (2017) *The Heart of Trauma: Healing the Embodied Brain in the Context of Relationships (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.

Boelen, P. (2016) Improving the understanding and treatment of complex grief: An important issue for psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32609.

Boelen, P., Olf, M., & Smid, G. (2019) Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1591331.

Bremner J. D. (2006) Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 445–461. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181836/>

Boerner, K., Stroebe, M., Schut, H. & Wortman, C. (2015) Theories of grief and bereavement. *Encyclopedia of geropsychology*. Recuperado de: https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/380384/Boerner2015_ReferenceWorkEntry_TheoriesOfGriefAndBereavement.pdf?sequence=1

Buczynski, R., Lanius, R. & Siegel, R. (2020) Strategies to Treat Patients Trapped in the Freeze Response. En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Buczynski, R., Ogden, P., Dana, D., Porges, S, Brand, B., Lanius, R., Siegel, R., Steele, K., van der Kolk, B., Bryant-Davis, T. & Fisher, J. (2020) QuickStart Guide: Strategies to Treat Patients Trapped in the Freeze Response. En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Buczynski, R., Ogden, P., Dana, D., Porges, S, Brand, B., Lanius, R., Siegel, R., Steele, K., van der Kolk, B., Bryant-Davis, T. & Fisher, J. (2020) QuickStart Guide: How to work with Emerging Defense Responses to Trauma (Beyond the Fight/Flight/Freeze Model). En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Buczynski, R., Ogden, P., Porges, S, Brand, B., Lanius, R., Siegel, R., Steele, K., van der Kolk, B., Bryant-Davis, T. & Fisher, J. (2020) Module 2: How to Identify and Treat Dissociation (Even When It's Subtle). En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Buczynski, R., Ogden, P., Porges, S, Brand, B., Lanius, R., Siegel, R., Steele, K., van der Kolk, B., Bryant-Davis, T. & Fisher, J. (2020) QuickStart Guide: Module 2- How to Identify and Treat Dissociation (Even When It's Subtle). En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Buczynski, R. & Porges, S. (2020) Why Focusing on Your Patient's Nervous System Can Be So Effective in Trauma Treatment. En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Buczynski, R. & Porges, S. (2020) A Polyvagal- Based Perspective on Dissociation. En Advanced Master Program on the Treatment of Trauma [Curso online].

Corrigan, F., Fisher, J. & Nutt, D. (2010) Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17-25. Recuperado de: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269881109354930?casa_token=2YPCbTwVJoMAAAAAA:Nt8NHylCMjT3il2qOFbu9QCypUfxbPPJea7351JXLZjTss0BTnzaF7se5C2igJaeiCw5rt4EJp8fZw

Cortés, P. y Figueroa, R. (2018) Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. Pontificia Universidad Católica de Chile, CIGIDEN. Recuperado de: https://cedepca.org/wp-content/uploads/2019/06/manual_abcde_primerosauxiliospsicologicos.pdf

Courtois, C. & Ford, J. (Eds.) (2020) *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Publications.

Crocq, M. & Crocq, L. (2000) From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181586/>

Dana, D. (2020) *Polyvagal Flip Chart: Understanding the Science of Safety (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.

Fernández- Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, M. (2017) Mecanismos emocionales y neuropsicológicos en procesos de duelo complicado. En E. Saforcada, *Neurociencias aplicadas: medioambiente, desarrollo humano y bienestar comunitario*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos; Avellaneda; Universidad Nacional de Avellaneda, 2017.

Fisher, J., Zhou, J., Liu, A., Fullerton, C., Ursano, R. & Cozza, S. (2020) Effect of comorbid anxiety and depression in complicated grief on perceived cognitive failures. *Depression and anxiety*, 37(1), 54-62.

Hamberger, L., Barry, C. & Franco, Z. (2019) Implementing Trauma-Informed Care in Primary Medical Settings: Evidence-Based Rationale and Approaches. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28:4, 425-444

Hopper, E., L Bassuk, E., & Olivet, J. (2010) Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The open health services and policy journal*, 3(1). Recuperado de: <https://benthamopen.com/contents/pdf/TOHSPJ/TOHSPJ-3-80.pdf>

Hopper, J. (2016) The impact of trauma on brain, experience, behavior and memory. Harvard Medical School. Recuperado de: https://www.jimhopper.com/pdfs/Handout_for_Interviewers.pdf.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2017) *Sobre el duelo y el dolor: cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas*. Planeta.

Lanius, R. A. (2015) Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27905.

Miller, L. (2009) Family survivors of homicide: I. Symptoms, Syndromes, and Reaction Patterns. *The American Journal of Family Therapy*, 37(1), 67-79.

Miller, L. (2009) Family survivors of homicide: II. Practical therapeutic strategies. *The American Journal of Family Therapy*, 37(2), 85-98.

Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005) Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1213-1222. Recuperado de: https://www.academia.edu/download/41894264/Twelve-month_outcomes_of_trauma-informed20160202-2525-hfbgi0.pdf

Nakajima, S., Masaya, I., Akemi, S., & Takako, K. (2012) Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384450/pdf/DialoguesClinNeurosci-14-210.pdf>

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006) *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.

Ogden, P. (2021) The different impact of trauma and relational stress on physiology, posture, and movement: Implications for treatment. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100172.

Panamerican Health Organization (PAHO). (2012) Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3188>

Panlilio, C., Ferrara, A. & MacNeill, L. (2019) Trauma, self-regulation, and learning. En *Trauma-informed schools (pp. 61-78)*. Springer, Cham. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Carlomagno-Panlilio/publication/332062838_Trauma_Self-Regulation_and_Learning/links/5cb8976f4585156cd7a249c2/Trauma-Self-Regulation-and-Learning.pdf

Porges, S. W. (2011) *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.

Porges, S. W. (2017) *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. WW Norton & Co.

Porges, S. & Buczynski, R. (2011) The polyvagal theory for treating trauma. Webinar, June, 15, 2012.

Rich, K. (2019) Trauma-informed police responses to rape victims. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 463-480.

Rivas, C., Ramsay, J., Sadowski, L., Davidson, L. L., Dunnes, D., Eldridge, S., Hegarty, K., Taft, A. & Feder, G. (2016) Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 12(1), 1-202. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.4073/csr.2016.2>

Rynearson, E. (1996) Psychotherapy of bereavement after homicide: Be offensive. *In Session Psychotherapy in Practice*, 2(4), 47-57. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330379/>

Seal, K. H., Cohen, G., Waldrop, A., Cohen, B. E., Maguen, S., & Ren, L. (2011) Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001–2010: Implications for screening, diagnosis and treatment. *Drug and alcohol dependence, 116(1-3), 93-101*. Recuperado de: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1197&context=publichealthresources>

Shapiro, R. & Brown, L. (2019) Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy and Related Treatments for Trauma: An Innovative, Integrative Trauma Treatment. *American Psychological Association, 4 (3), 139-155*.

Shear, M. K. (2015) Complicated grief. *New England Journal of Medicine, 372(2), 153-160*. Recuperado de: <http://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/Complicated%20Grief.pdf>

Sherin, J. & Nemeroff, C. (2011) Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13:3, 263-278*. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2011.13.2/jshein>

Siegel, D. J. (2012) *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*, Second Edition. Guilford Publications.

Soydas, S., Smid, G., Goodfellow, B., Wilson, R., & Boelen, P. (2020) The UK National Homicide Therapeutic Service: a retrospective naturalistic study among 929 bereaved individuals. *Frontiers in psychiatry, 878*.

Soydas, S., Smid, G. E., Lenferink, L. I., Djelantik, A. M. J., Goodfellow, B., Wilson, R., & Boelen, P. A. (2021) Psychopathology in a treatment-seeking sample of homicidally bereaved individuals: Latent class analysis. *Journal of affective disorders, 292, 234-241*.

van der Kolk, B. (2014) *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin: UK.

World Health Organization (WHO) (2011) *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva: WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548205>