

PREMIO APSA 2007*

DESARROLLO RESILIENTE Y REDES VINCULARES

*Roberto Sivak**, Angela Ponce**, Ana Maria Huertas**, Clara Horikawa**, Pablo Diaz Tolosa**, Raquel Zonis Zukerfeld*** y Rubén Zukerfeld*****

“ Si se sigue siendo humano, si no se ha renunciado a la vida, la categoría de sobreviviente empequeñece. Todo hombre común es más que la circunstancia en que le toca vivir, aunque no puede renunciar a lo vivido.”

Héctor Schmucler, *Diario*
Página 12, Enero 2007

1. Introducción

1.1. ¿Es el término “resiliencia” en el campo de la salud un concepto de moda de valor efímero?. O puede pensarse –desde un modelo de salud comunitaria- como una noción íntimamente asociada a la producción de salud mental? (Melillo, Soriano, Mendez y Pinto, 2004). Existen distintos modos de investigar esta cuestión pero sin duda el problema de los eventos disruptivos de origen social de definida eficacia traumática, constituye un campo donde se juegan el valor de los dispositivos de asistencia psicosocial y las capacidades de los damnificados y su potencial evolutivo. En realidad es sabido que la eficacia traumática de un evento no depende solo de su magnitud, sino más bien de su forma de ser vivenciado (Freud, 1926; Baranger, 1987; Benyakar, 2003). La vivencia traumática suele generar y/o estar asociada a una condición *vulnerable*¹ que implica un modo de funcionamiento psíquico donde predominan las respuestas somáticas y/o comportamentales independientemente de la clasificación nosológica que se realice. Esto significa que tradicionalmente se asocia trauma con vulnerabilidad y que los sistemas de

*Otorgado en el 23º Congreso de Psiquiatría APSA. Mar del Plata. Abril 2007, por el jurado constituido por los Dres Lía Ricón, Luis Zieher y Amelia Musacchio

** Htal Teodoro Alvarez GCBA , Instituto Estrés Trauma Buenos Aires (IETBA) Asociación Psiquitras Argentinos (APSA) redsivak@yahoo.com.ar*** Instituto Psicosomático de Bs As (IPBA) **** Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP) errezeta@fibertel.com.ar

¹ Esta noción es planteada como un modo de funcionamiento psíquico donde predomina un déficit de la actividad representacional, ansiedad difusa, dificultades elaborativas y tendencia al acto-descarga (Zukerfeld, Zonis Zukerfeld, 1999)

salud mental jueguen su efectividad en el mediano y largo plazo, dado que se trata de lidiar con esta particular condición. Pero si como escribe Schmucler “[...] no se ha renunciado a la vida”, es posible que lo traumático no signifique solo devastación.

1.2. En la última década se ha desarrollado considerablemente la citada noción de *resiliencia* definida clásicamente como “la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001). La idea de ‘transformación’ hace que esta condición no constituya solamente la mejoría de los recursos de afrontamiento de las situaciones adversas. En realidad este constructo se convierte en una evolución de la vulnerabilidad, es decir de la posibilidad que lo traumático active potenciales subjetivos transformadores que implican respuestas novedosas. En general preferimos hablar de *desarrollos resilientes* y los aspectos comunes donde existe consenso para definirlos son:

- a) la existencia de *adversidad* que corresponde evaluar en su *eficacia traumática* y sin la cual no correspondería el uso del concepto. De allí que ciertas circunstancias estresantes (las “pruebas” de Cyrulnik, 2001) no alcanzan para definir estos desarrollos. Pero lo fundamental es que aquí lo disruptivo no marca un destino patológico. Por el contrario como escribe Galende (2004):

“[...] la capacidad resiliente como fenómeno subjetivo no consiste en un sujeto que posee previamente esa capacidad para atravesar las adversidades de la vida [...] son estas mismas circunstancias adversas las que producen en él condiciones subjetivas creadoras, que enriquecen sus posibilidades prácticas de actuar sobre la realidad en la cual vive , y transformarla o transformarse”

- b) una evolución *contraintuitiva* con características de *transformación*, es decir un *funcionamiento psíquico* que se manifiesta en comportamientos determinados que brindan bienestar. Esto implica que cuando se esperan las manifestaciones clínicas de la vulnerabilidad éstas no se producen o lo hacen parcialmente. Es como si hubiera siempre un potencial salutogénico que debe ser considerado. Por ello es necesario pensar en el replanteo que realiza Tomkiewicz (2004) cuando señala que:

“[...] a lo largo de nuestra formación, se nos enseña a reconocer y a describir los defectos, los déficit, las debilidades de cada paciente. Pero no se nos enseña que nuestro deber consiste en ayudar a todos ellos a encontrar y a llevar a buen puerto su estrategia personal. Desde luego, no podemos sustituir al sujeto en la invención de esas estrategias, pero no se

puede ayudar a alguien sin buscar y encontrar sus puntos fuertes, sus deseos, sus proyectos y sus cualidades. *Es preciso aprender a reconocer que una botella medio vacía (sujeto vulnerable) está también medio llena (sujeto resiliente).*” (la cursiva es nuestra)

Y también en lo que enfatiza Galende (2004) cuando escribe que

“[...] la resiliencia es justamente subvertir la idea de causalidad que gobierna el pensamiento médico positivista y algunas concepciones de la salud. Este concepto introduce el azar, lo aleatorio [...] introducir el azar es a la vez introducir al sujeto capaz de valoraciones, de crear sentidos a su vida [...] *es pensar a un individuo no como víctima pasiva de sus circunstancias sino como sujeto activo de su experiencia*”(la cursiva es del autor)

1.3. Esto cambia paradigmáticamente la perspectiva en salud mental pues no se trata sólo de disminuir patología sino de promover salud y transformación psíquica, algo así como activar potenciales universales. Por otra parte es importante diferenciar actitudes y comportamientos *sobreadaptados* (Lieberman *et al*, 1982) que pueden impresionar como formas exitosas de afrontar la adversidad, pero que no implican transformación alguna. Esta es la condición que implica conformismo social y que suele ser funcional a sistemas políticos y sociales que la promueven, del mismo modo que ciertas prácticas religiosas que estimulan la resignación. Dentro de la misma tendencia no debe confundirse resiliencia con una actitud individualista y algo omnipotente. El término “resistencia” o “robustez” (*hardiness*) presenta características conceptuales afines a esa actitud. Aquí el funcionamiento psíquico – que puede incluir una vivencia de “invulnerabilidad”- es en realidad un funcionamiento de riesgo que caracterizamos como “subjetividad aquileica”². Y aquí es donde adquiere particular relevancia el papel de los *vínculos* pues esta última condición psíquica por lo general desmiente necesitarlos o los subestima de modo que semeja al “superman” que menciona Cyrulnik (2001), mientras que la subjetividad resiliente es más cercana al “poeta” que narra y crea. De aquí el valor sustantivo del relato ya que:

² El término proviene del mito de Aquiles, el héroe homérico aparentemente invulnerable, hijo de la diosa Tetis contrariada por haber sido obligada a casarse con un simple mortal , quien después de varios intentos filicidas decide hacer invulnerable a su hijo en el famoso baño en la laguna Estigia. Cuando Aquiles es convocado a la guerra de Troya, su madre satisface su propio deseo de gloria perdida en su matrimonio, induciéndolo a una guerra donde iba morir, envuelto todo su cuerpo con armaduras divinas encargadas por ella, que protegían todo ...menos su famoso talón. Aquiles es un vulnerable que se siente invulnerable cumpliendo el ideal mortífero de su madre. (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2006)

“[...] para metamorfosear el horror hay que crear lugares donde se exprese la emoción [...] la transformación se realiza apenas se la puede esbozar, poner en escena, convertir en relato o en reivindicación militante”.

Esta metamorfosis es en todo caso cercana al concepto de “crecimiento postraumático” que hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Pero este proceso no suele ser en soledad. Es así que Cyrulnik (2001) jerarquiza el valor fundamental de los vínculos a tal punto que desarrolla la noción de *tutor* de resiliencia definido como:

“[...] alguien, una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma. [...] un encuentro significativo puede ser suficiente”

Se trata de otro que brinda amor incondicional y de hecho corrige un desarrollo a través de una interacción que se construye como un tejido, como una trama productora de nueva subjetividad. Desde esta perspectiva surge naturalmente el valor de las redes vinculares. Por otra parte aquí es donde se define con claridad el desarrollo resiliente a través del papel fundamental que posee la calidad de la narrativa y su construcción con otro. Este ‘otro’ es el que en la historia cumplió una función estructurante en las cuatro posiciones freudianas como auxiliar, modelo, objeto y rival (Freud, 1921), y puede volver a cumplirla con un efecto ahora *reestructurante*.

Así es entonces que el marco teórico de esta investigación supone que el *desarrollo resiliente frente a la adversidad consiste en una metamorfosis subjetiva, producto de la activación de un potencial que sirve para la creación de condiciones psíquicas nuevas, que transforman el efecto traumático con la imprescindible existencia de vínculos intersubjetivos.* (Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2006)

1.4. De acuerdo a esta última afirmación es necesario considerar el papel de las redes vinculares en la construcción y desarrollo del proceso resiliente

1.4.1. Desde que Bowlby y Ainsworth describieron la importancia del apego, diversas investigaciones posteriores señalaron que el *apego seguro está en la base de la resiliencia* (Fonagy, 1999). Esto es coherente con lo que describe Marrone (2001) citándolo a Sandler cuando afirma que: “[...] el concepto de seguridad en el apego no solo se refiere a la confianza básica en otros sino que también se refiere a la percepción que el individuo tiene acerca de sus

propios recursos y de su propia efectividad, y sus recursos reales”. Esta noción adquiere valor si se tiene en cuenta también la afirmación de Bowlby que relata Marrone (2001):

“Para simplificar: una persona de *cualquier edad* que siente confianza en que una figura de apego va estar disponible y receptiva en caso de necesidad, probablemente se sienta relajada y tenga recursos para que le vaya bien en la vida. En cambio, es probable que una persona que esté preocupada por sus vínculos de apego no funcione de una manera óptima” (la cursiva es nuestra)

Esta última idea de Bowlby jerarquiza en realidad los desarrollos de las corrientes psicosociales que se ocupan del valor de las redes sociales y del apoyo social. Por el contrario, el apoyo social débil puede constituir una predisposición social hacia el TEPT. Estudios cruzados de culturas podrían ayudar a dar luz sobre este factor, particularmente si se averigua que el trauma tiene efectos menos severos en individuos que viven en culturas con altos niveles de cohesión social (Murphy HBM,1982).

En realidad lo importante es que más allá de su existencia el apoyo debe ser percibido y asimismo como señala la teoría psicoanalítica es importante recordar que por la ambivalencia siempre presente en cualquier vínculo coexiste la corriente amorosa con la corriente hostil .

De allí es que planteamos la *percepción subjetiva de sostén* como un concepto que constituye un balance inconsciente de la ambivalencia universal entre lo que se percibe como apoyo del otro y lo que se percibe como estrés proveniente del otro. (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld,1999)

1.4.2. Otro hecho fundamental de la experiencia resiliente es la modificación *identitaria* y la reconstrucción de la *autoestima*. Esto es posible en la medida de la semejanza en la adversidad con otros con los que se producen en un *primer* tiempo identificaciones y en un *segundo* tiempo depositaciones de sus ideales en un ideal común . Así se construyen distintos tipos de identidades de acuerdo a cómo se tejen los vínculos que van desde liderazgos sociales a procesos discretos e íntimos de logro de bienestar personal. Los mecanismos identificatorios están en la base de los dispositivos grupales de autogestión, (Zukerfeld,1999) fuentes habituales de desarrollos resilientes³ y que

³ Las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo constituyen un ejemplo paradigmático de estos dispositivos

constantemente conviene diferenciar de las sectas que siguen el principio freudiano de constitución de la masa artificial⁴

El valor del *testimonio* dicho y escuchado que es parte de la construcción de los relatos, es también fundamental en la producción o no de resiliencia. Aquí se trata de un vínculo con otro a quien se le cuenta o se le grita, se le sonríe o se le llora, se lo agrade o se lo consuela, se le queja o se le ostenta. ¿ En cuántos casos – siguiendo a Cyrulnik- se trata solo de un relato compartido y en cuántos otros implica una reivindicación militante?

Los efectos testimoniales son variados, quedan incluidos en los micro y macro relatos y suelen tener una enorme potencia identificatoria, de construcción de la realidad y de percepción de sí. Es sabido –como señala entre otros Galende (2004) - el poder simbólico de los discursos hegemónicos y de los grandes sistemas de construcción de sentido. De todos modos para la producción de resiliencia una cuestión fundamental del testimonio es la *generación de esperanza*: cuando se percibe la *semejanza* con el padecimiento del otro , se desarrolla así *confianza* en su palabra y se genera *esperanza* en el propio desarrollo.

1.5. La complejidad y la riqueza de este constructo ha generado diversas dificultades cuando se realiza una aproximación empírica al mismo, por el hecho de que existen buenas evoluciones tiempo después de un episodio disruptivo que no se pueden considerar resilientes en la medida que se exige en ellas algo más que la disminución sintomática o un duelo elaborado, y algo distinto a responder a los *standards* de normalidad social. Así es entonces que las preguntas que fundamentaron esta investigación fueron:

- a) ¿ existen evoluciones posteriores a un evento disruptivo que puedan considerarse realmente desarrollos resilientes?
- b) ¿ qué papel juegan las redes vinculares en estos desarrollos tanto las informales como aquellas que implican niveles de organización?

1.5. *Objetivos*

1.5.1. Evaluar la existencia o no de condiciones de vulnerabilidad y de desarrollos resilientes, luego de pasado un tiempo significativo después de un evento disruptivo.

⁴ Donde como describe Freud, *primero* se produce la depositación del Ideal en el líder y en un *segundo* tiempo las identificaciones entre los sujetos de la masa.

1.5.2. Conocer los tipos de ayuda buscados y evaluar el papel de las redes vinculares en esa ayuda y en los eventuales desarrollos resilientes.

2. Método

2.1 Muestra

Se estudiaron a 43 damnificados del incendio del local Cromagnon⁵ a dos años del episodio, de edades entre 16 y 72 años (X: 30.3,SD: 14.6 ; Fem. 62.8%, Masc. 37.2%) , 32 de los cuales son damnificados directos y 11 son familiares. Continuaban a los dos años en algún tipo de tratamiento 11 pacientes y habían desertado 32.

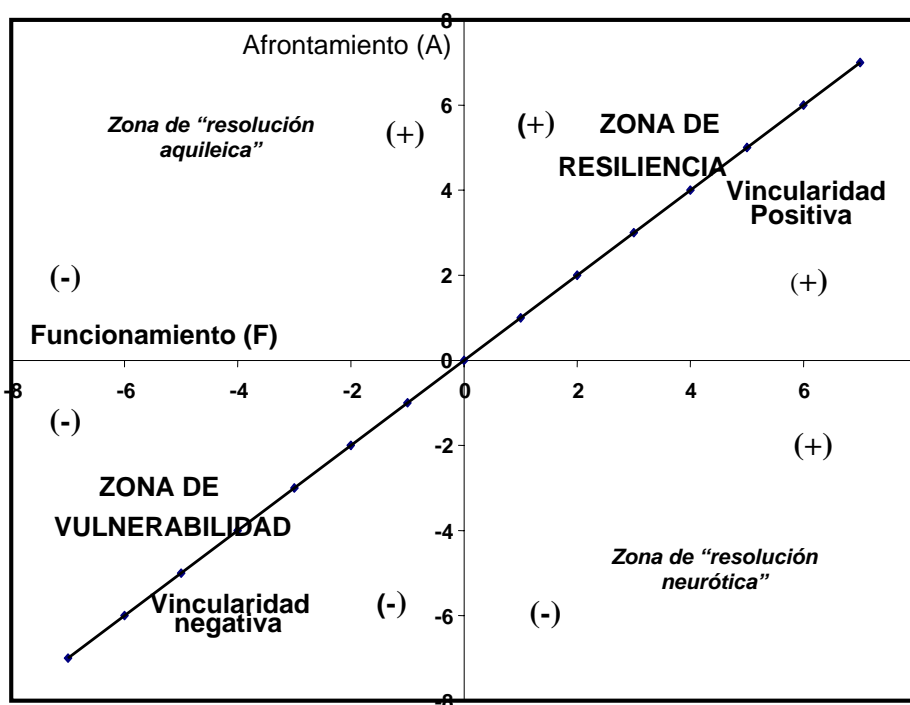
2.2 Procedimiento

Se realizaron entrevistas personales con los que continuaban y telefónicas con los desertores en las que se administró el TOP 8 (Davidson J., Colket J., 1997) que evalúa presencia de síntomas de trastorno de stress postraumático (valor de corte 12 ps), y un protocolo de 23 preguntas que evalúa con sistema Likert (2,1,0,-1,-2) las dimensiones afrontamiento (A), funcionamiento psíquico global (F) y vincularidad (V). Además se evaluó “percepción de bienestar” (0 a 10), percepción de sostén (0 a 12) y “ búsqueda de ayuda” con opciones múltiples. La versión utilizada de este protocolo se configuró después de entrevistas de prueba de los reactivos más sensibles que se obtuvieron de las escalas : RSQ-RQ (Bartholomew,K. & Horowitz,L.M., 1991), IVA (Cano Vindel, Miguel-Tobal, 1992 ; Leibovich de Figueroa, 2000), The Duke Social Support and Stress Scale, (Parkerson,G.1996) y EuroQol Quality Scale (The Euro Qol Group, 1996). Las puntuaciones obtenidas en las dimensiones A, F y V se trasladan a un modelo dimensional gráfico (ver Figura 1, Zukerfeld y Zonis Zukerfeld,2006) donde A es ordenada, F abscisa y V bisectriz. De este modo se delimitan cuatro zonas, donde dos de ellas (inferior izquierda y superior derecha) se corresponden con la existencia de tres puntuaciones negativas en A, F y V o con tres puntuaciones positivas respectivamente. Las puntuaciones cruzadas (A – y F + ó A+ y F -) corresponden a lo que se estipuló como “resoluciones de la adversidad neurótica y aquileica” y corresponden a las

⁵ Se trata de un episodio de gran repercusión en la ciudad de Buenos Aires sucedido el 30 de Diciembre de 2004 en el que fallecieron 192 personas jóvenes y seguidoras de un conjunto de rock (Callejeros). Provocó una intensa conmoción política, social y jurídica que perdura hasta la actualidad. Puso a prueba a todo el sistema público de asistencia médica, psiquiátrica, psicoterapéutica y social. El Grupo de Trabajo demEstres Postraumático del Htal Alvarez coordinado por Roberto Sivak realizo tareas de asistencia y seguimiento de los damnificados directos y sus familiares (Sivak, Ponce et al. 2006)(Sivak R Libman J.,2007)

zonas inferior derecha y superior izquierda respectivamente. El modelo implica que las puntuaciones a la derecha de la ordenada (puntuaciones positivas) expresen mejores niveles de tramitación psíquica (posibilidades de expresión verbal, afectos concomitantes, actividad fantasmática, capacidad de introspección y pensamiento crítico), y a la izquierda (puntuaciones negativas) peores niveles. Las puntuaciones sobre la abscisa (puntuaciones positivas) expresan recursos del Yo más exitosos (menor angustia) y por debajo (puntuaciones negativas) recursos del Yo menos exitosos (mayor angustia).

Figura 1. Modelo dimensional de vulnerabilidad y resiliencia



2. 3 Criterios operacionales

a) *Dimensión Afrontamiento (A)*: Se define como la dimensión que incluye un conjunto de comportamientos y actitudes frente al evento disruptivo (*grado de evitación, de desafío, de consecuencias negativas y de cuidado y crecimiento personal*), en un gradiente que va desde -10 a 10 ps. Estaría asociada a la noción de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986) y a los mecanismos de defensa y se supone que la puntuación positiva implica éxito en la disminución de la angustia

b) *Dimensión Funcionamiento (F)*: Se define como la dimensión que incluye un conjunto de condiciones subjetivas previas y/o activadas por el evento disruptivo (*grado de tramitación psíquica, humor, autoestima, autocontrol, proyectos y expresión de los afectos*), en un gradiente que va desde -12 a 12 ps.

Estaría asociada al desarrollo de potenciales transformadores que se supone están en relación con las puntuaciones positivas.

c) *Dimensión Vincularidad (V)*: Se define como la dimensión que incluye un conjunto de condiciones intersubjetivas preexistentes y/o producidas a partir del evento disruptivo (*grado de integración, interés por el otro, confianza en los vínculos y acercamiento afectivo*), en un gradiente que va desde -10 a 10 ps. Se considera “positiva” cuando la puntuación obtenida es mayor a (2) , “negativa” cuando es menor a (-2) y “neutra” entre (2) y (-2). Estaría asociada al estilo de apego y a la posibilidad de desarrollar nuevos vínculos

d) *Percepción de Bienestar*: constituye una autoevaluación global del estado de ánimo de 0 a 10 ps. Estaría asociado a la autoestima y a la calidad de vida

e) *Percepción de Sostén*: constituye el resultado final de restar a la puntuación de ayuda percibida (familiar, extrafamiliar y profesional), la puntuación de perjuicio percibido en esos mismos vínculos en un gradiente que va de un máximo de 12 ps a un mínimo de -12 ps. Estaría asociada a la relación entre apoyo y stress social percibido y se fundamenta también en la noción de ambivalencia.

f) Vulnerabilidad: se define como “condición vulnerable“ a la superficie triangular que corresponde a la unión de puntuaciones *menores* a 0 en las dimensiones afrontamiento, funcionamiento y vincularidad y que queda por lo tanto incluida en la “zona de vulnerabilidad” del modelo dimensional.

g) Resiliencia: se define como “desarrollo resiliente” a la superficie triangular que corresponde a la unión de puntuaciones *mayores* a 0 en las dimensiones afrontamiento, funcionamiento y vincularidad y queda por lo tanto incluida en la “zona de resiliencia” del modelo dimensional.

h) Resoluciones “aquileicas”: se definen con puntuaciones positivas de afrontamiento mayores a 2 y puntuaciones negativas de funcionamiento menores de -2

i) Resoluciones “neuróticas”⁶: se definen con puntuaciones negativas de afrontamiento menores a -2 y puntuaciones positivas de funcionamiento mayores a 2

j) Resoluciones mixtas : se consideran aquellas que siendo neuróticas o aquileicas su vincularidad es mayor a 2 ps. (orientación resiliente) o menor a -2 ps. (orientación vulnerable)

k) Indeterminadas: cualquier triangulación no clasificable en las categorías anteriores.

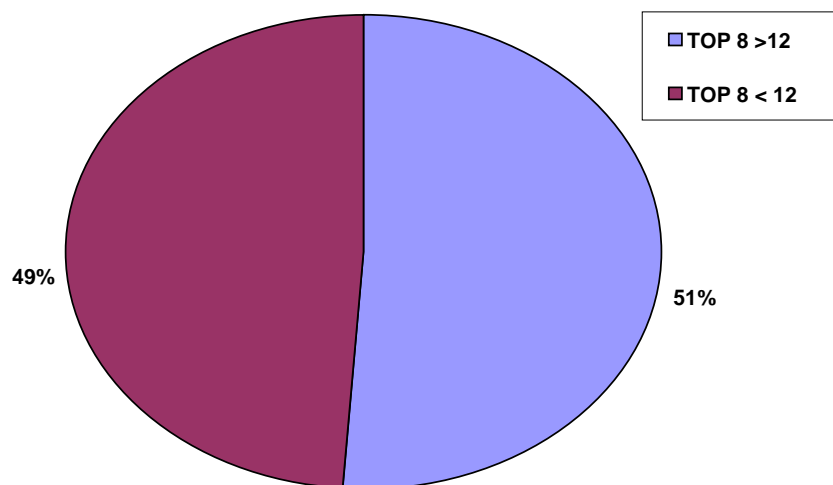
2.4. *Estadísticas*: se realizaron las pruebas t de Student, chi cuadrado y r de Pearson de acuerdo a las variables consideradas.

⁶ El término alude genéricamente a la existencia de síntomas que expresan conflicto y que se manifiestan de distintos modos de acuerdo a la historia personal.

3. Resultados

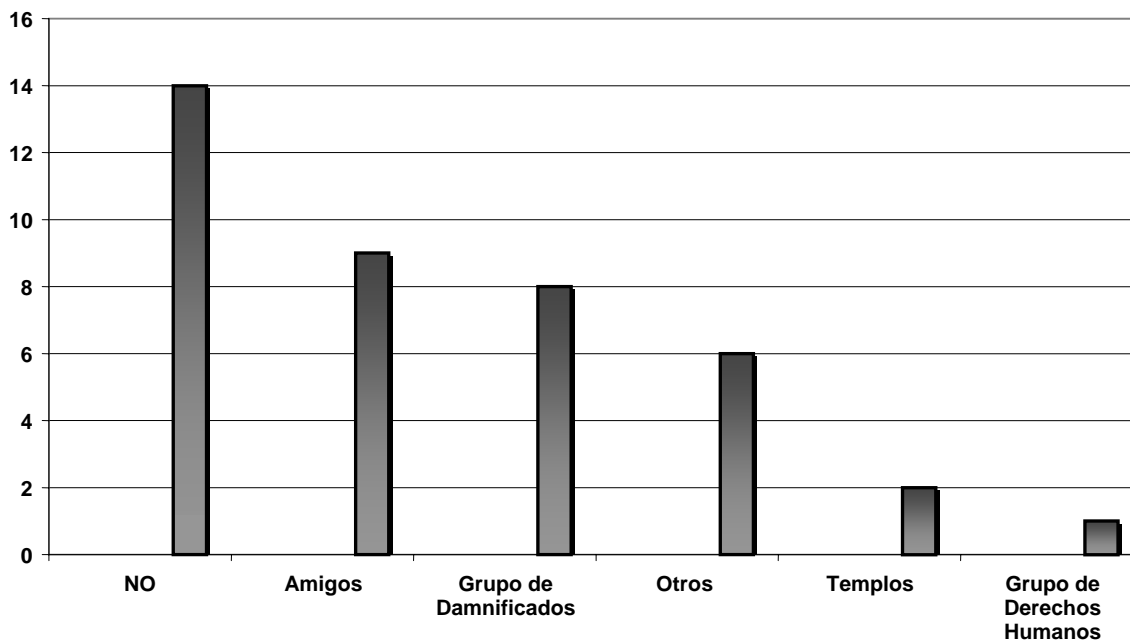
3.1. En la Figura 2 puede apreciarse que a los dos años de sucedido el evento se dividen casi por mitades los damnificados con y sin sintomatología de acuerdo al valor de corte del TOP 8.

Figura 2. Distribución porcentual de la presencia de manifestaciones de TEPT de acuerdo al TOP 8 en 43 damnificados de Cromagnon a los dos años.



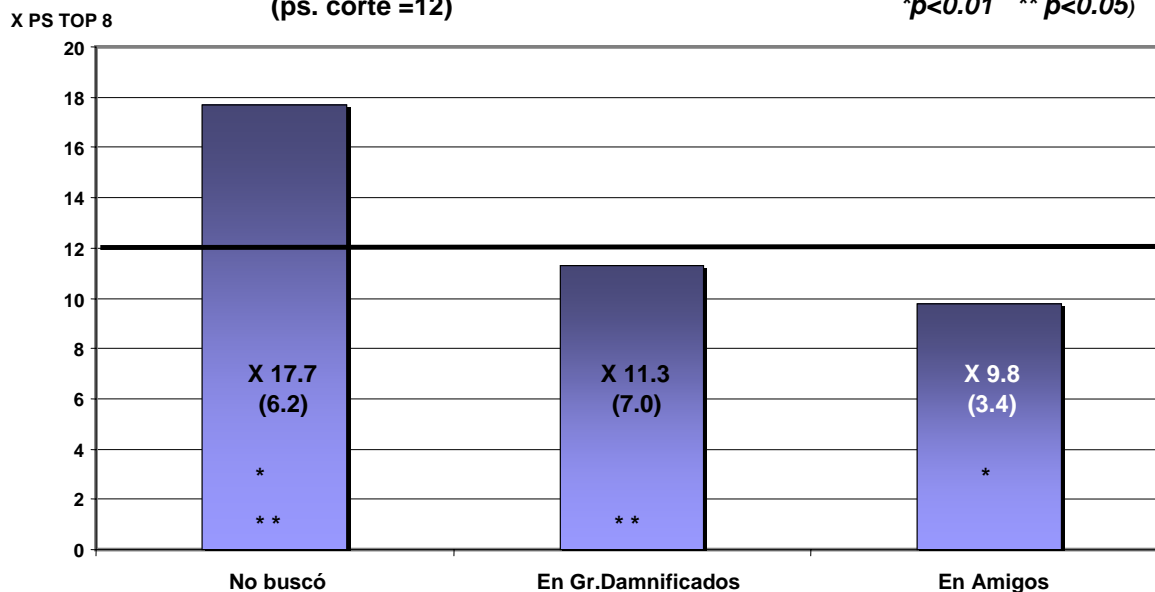
En la figura 3 puede observarse que sobre 40 entrevistados que respondieron a la pregunta sobre la búsqueda de ayuda, más de un tercio no la buscó y casi la mitad de la muestra la buscó entre “amigos” (n=9) y “grupos de damnificados” (n=8). El resto lo hizo en templos, grupos de derechos humanos y en ámbitos no especificados

Figura 3. Búsqueda de ayuda de los damnificados de Cromagnon



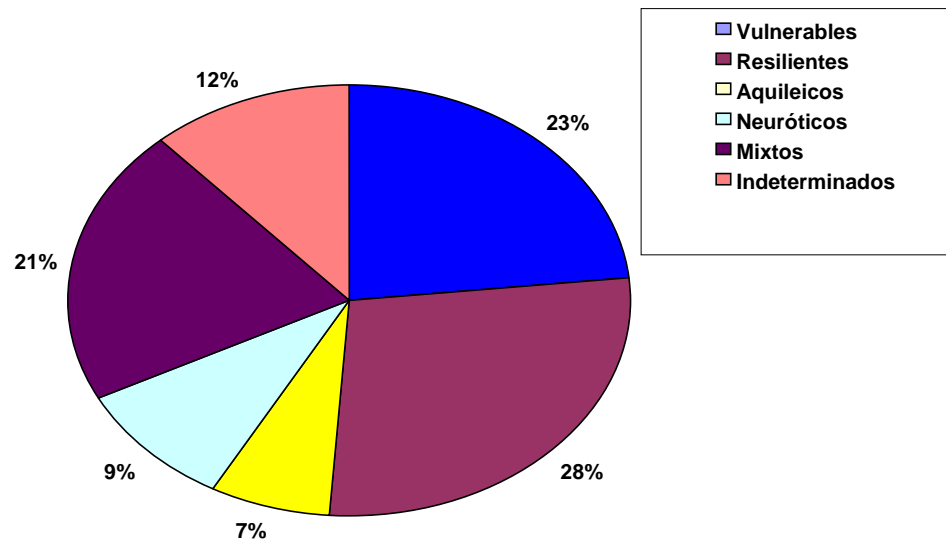
Es importante señalar que hay diferencias significativas en la puntuación media de TOP 8 entre los que no buscaron ayuda alguna y los que lo hicieron con amistades y con los que se integraron a grupos de damnificados (ver figura 4).

Figura 4. Puntuaciones medias de TOP 8 de acuerdo al tipo de ayuda buscada (ps. corte =12)



Cuando se aplicó el modelo dimensional descrito a la muestra total se observó que algo más de la mitad de la misma se reparte entre vulnerables y resilientes, un 15% entre “aquileicos” y “neuróticos”, y el resto es mixto e indeterminado (Figura 5)

Figura 5. Distribución de los 43 damnificados de Cromagnon de acuerdo al modelo dimensional de vulnerabilidad y resiliencia.



En la Tabla 1 se aprecia la diferencia significativa en las puntuaciones que expresan la presencia de sintomatología de TEPT, y las correspondientes a la percepción subjetiva de bienestar personal y de sostén vincular entre vulnerables y resilientes.

Tabla 1. Comparación entre vulnerables y resilientes en las puntuaciones medias de TOP 8, de “Percepción de Bienestar” y de “Percepción de Sostén”

	Vulnerables (n=10)	Resilientes (n= 12)
X (SD) TOP 8	18.8 (5.9)*	8.2(3.4)*
X (SD) Percepción de Bienestar	3.2 (0.6)**	6.9 (1.2)**
X (SD) Percepción de Sostén	4.1 (3.5)***	9.2 (2.3)***

* t 3.85 (21), $p=0.0021$; ** t 5.92 (21), $p< 0.001$; *** t 2.96 (21), $p= 0.01$

En la Tabla 2 se observa que el 32 % de la muestra pertenece a la categoría de los vulnerables que no buscan ayuda, mientras que el 45 % de la misma corresponde a los resilientes que buscan ayuda en grupos (18%) o en amigos (27%) existiendo asociación significativa.

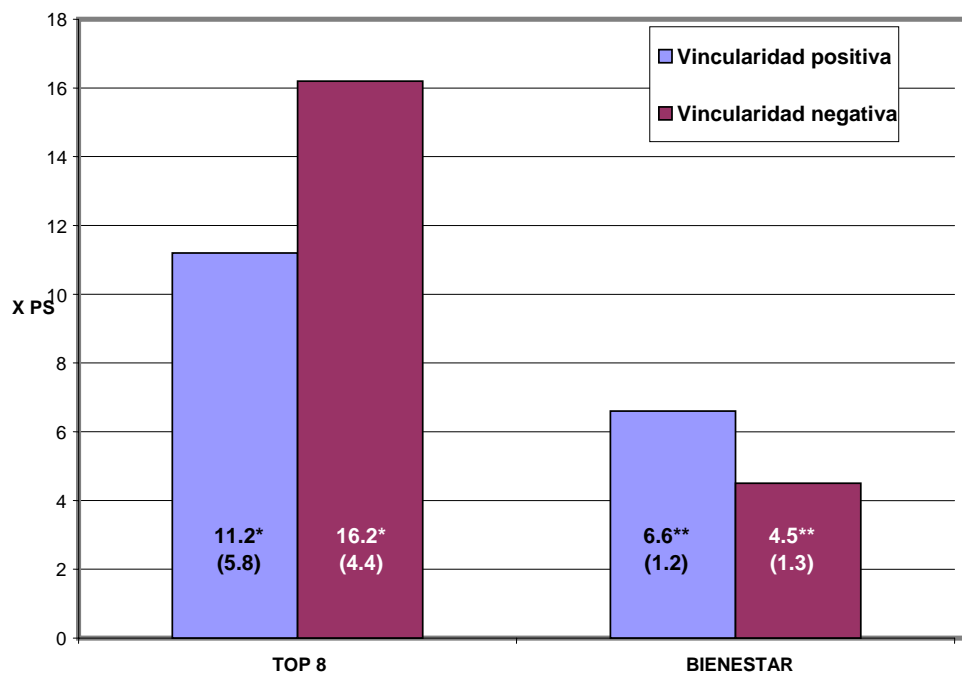
Tabla 2. Asociación entre la búsqueda de ayuda y el desarrollo resiliente

	Vulnerables (n= 10)	Resilientes (n=12)
No busca ayuda	7 (31.8%)	2 (9.09%)
Busca en grupos de damnificados	2 (9.09%)	4 (18.1)
Busca en amigos	1 (4.5%)	6 (27.2%)

Chi 6.893,(2), p 0.03

En relación con el hecho de que el papel de los vínculos significativos se considera central en los desarrollos resilientes, y que las puntuaciones positivas de la dimensión psíquica “vincularidad” (*grado de integración, interés por el otro, confianza en los vínculos y acercamiento afectivo*) constituyen uno de los criterios para ubicar al sujeto estudiado en esa categoría, se estudió específicamente esta dimensión. En la Figura 6 se aprecia la significativa diferencia de puntuaciones medias de TOP 8 y de percepción de bienestar, de acuerdo a si la vincularidad es positiva o negativa.

Figura 6. Comparación de las puntuaciones medias de TOP 8 y de percepción de bienestar de acuerdo a la dimensión vincularidad (* t 2.39,33, p<0.05 ; ** t 3.74,35, p <0.001)



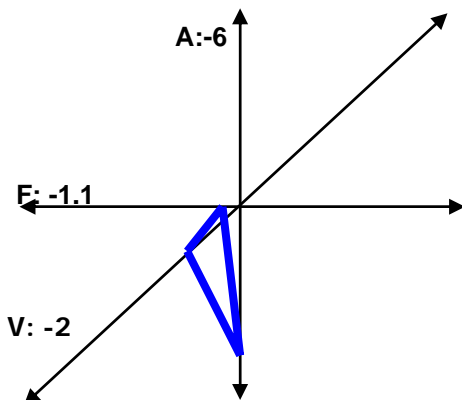
La vincularidad positiva aparece asociada a la percepción subjetiva de sostén y a algún tipo de búsqueda de ayuda de modo que de 24 sujetos con vincularidad positiva 16 se sienten sostenidos en sus vínculos y 17 buscaron ayuda, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Asociaciones entre vincularidad con percepción de sostén y búsqueda de ayuda

		Vincularidad positiva	Vincularidad negativa
Sostén	SI	16 (47%)	2 (5.8%)
	NO	8 (23.6%)	8 (23.6%)
<i>(Chi 6.172,[1], p 0.01)</i>			
<i>Total : 34</i>		<i>24</i>	<i>10</i>
Ayuda	SI	17 (54.8%)	3 (9.7%)
	NO	7 (22.6%)	4 (12.9%)
<i>(Chi 4,799 [1], p 0.02)</i>			
<i>Total: 31</i>		<i>24</i>	<i>7</i>

3.2. *Viñetas clínicas*: para ejemplificar clínicamente se eligieron tres damnificados directos de edades cercanas y con tres evoluciones diferentes utilizando el modelo dimensional.

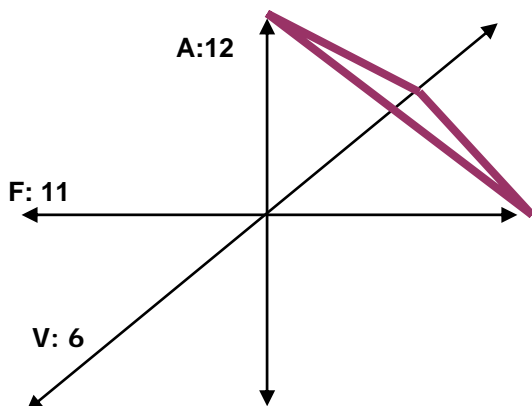
Figura 7. Modelo dimensional del caso 19



Caso 19 C. “Condición vulnerable” TOP 24 Bienestar 3

C. tiene 18 años, continúa su tratamiento junto con otros damnificados (psicoterapia de grupo) Al principio estuvo en estado de shock. Luego mejoró un poco, aunque a dos años del episodio tiene pesadillas recurrentes e intensas sensaciones físicas cuando piensa en lo sucedido. Dejó de hacer las actividades que antes realizaba y también dejó de ver a sus amigos. Tiene mucha dificultad para expresar lo que siente y está en un estado de alerta que le impide trabajar y funcionar socialmente. Se sintió ayudado por sus familiares directos pero poco por su grupo de pertenencia, amigos y novia. Mejoraron sus conductas de autocuidado pero la percepción de bienestar es muy baja. Se identificó mucho con el grupo de damnificados, con quienes tiene en este momento un vínculo más frecuente que con sus amigos; con ellos realiza su terapia, distintas actividades y crearon una bandera.

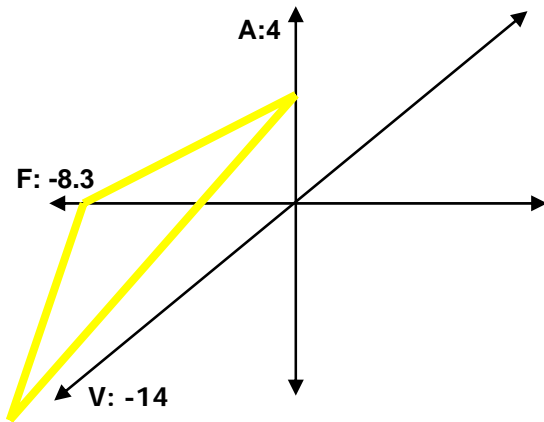
Figura 8. Modelo dimensional del caso 21



Caso 21 F. “Desarrollo resiliente” TOP 9 Bienestar 7.5

F. tiene 20 años, estudia una carrera universitaria y trabaja. Tiene leves consecuencias psíquicas y somáticas relacionadas al episodio. No se ha alejado de sus amigos y familiares ni ha modificado el vínculo que tenía con ellos antes del episodio. Siente que mejoró su capacidad de comunicar sus sentimientos y la relación con los otros. Piensa que lo sucedido fue “un corte en su vida” “un cambio muy grande” que le permitió crecer como persona. Tuvo mucha ayuda de sus familiares y amigos, mejoró su autocuidado y su relación con los demás, aunque a veces reconoce conflictos con algunos de ellos. Tiene muchos proyectos para el futuro. A partir de su mejoría decidió dejar el tratamiento psicoterapéutico por “no necesitarlo”. En relación al episodio dice “me siento defraudada por la hipocresía de Callejeros”(conjunto de rock). Finalmente dice “quiero terminar mi carrera y trabajar, cerrar la puerta; hacer una vida nueva”

Figura 9. Modelo dimensional del caso 10



Caso 10 M. “Resolución aquileica” TOP 18 Bienestar 5
 M. tiene 23 años, a dos años del episodio vive aún con cierto estado de alerta y siente que pierde el control fácilmente. Sin embargo dice que el episodio la hizo crecer como persona aunque no tiene proyectos ni sueños personales. Manifiesta dificultades en expresar lo que siente pero dice no tener problemas. Su relación con los demás empeoró y se siente incómoda si tiene que recurrir a otros. Nunca buscó ayuda ni le surgió la intención de ayudar a otros que habían padecido el episodio. En general sus respuestas al entrevistador son escuetas y plantea que evita lugares, conversaciones o actividades que le recuerden el episodio. Desertó del tratamiento psicoterapéutico por “arreglárselas sola” y afirma cuidarse más que antes del episodio en cuestiones de consumo del alcohol o sustancias.

4. Conclusiones

4.1. A los dos años del evento los damnificados sin sintomatología de TEPT son los que buscaron ayuda en redes informales (amigos) y en redes formales (grupos de damnificados), mientras que los que no la buscaron padecen distintos grados de sintomatología.

4.2. A los dos años del evento se constata que el 23% de los damnificados persiste en una condición vulnerable, el 7% ha producido “resoluciones aquileicas” y el 28% ha realizado desarrollos resilientes de acuerdo a los criterios utilizados. Existen significativas diferencias entre resilientes y vulnerables en sintomatología, percepción de bienestar personal y percepción de sostén vincular. Por otra parte 7 de 10 vulnerables no buscaron ayuda, mientras que 10 de 12 resilientes la buscaron en amigos (6) y en grupos de damnificados (4)

4.3. La dimensión psíquica “vincularidad” de acuerdo a si es definida como positiva o negativa, diferencia a los damnificados en sintomatología y en percepción de bienestar. Por otra parte parece estar asociada tanto a la percepción de ayuda que brinda el otro (sostén) como a buscar ayuda en el otro.

4.4. La comparación clínica entre los tres casos de edad semejante, todos damnificados directos, ejemplifica tres evoluciones diferentes a los dos años del evento. El caso 19 persiste en una condición vulnerable fuertemente identificado con el grupo de damnificados y aislado de otros vínculos. En cambio el caso 21 -que obtiene las puntuaciones que

cumplen con el criterio de desarrollo resiliente- tiene proyectos , ha mantenido vínculos significativos , ha desarrollado una actitud crítica hacia el liderazgo del conjunto de rock y desea “hacer una vida nueva”. El caso 10 –de resolución aquileica- tiene síntomas semejantes a los del caso 19 pero ha desestimado todo tipo de ayuda y dejó el tratamiento psicoterapéutico por considerar que puede “arreglárselas sola” teniendo en general una actitud autosuficiente.

5. Discusión

5.1. Esta investigación tiende en general a confirmar el papel reparador de los vínculos cuando se padecen episodios traumáticos. En este sentido es claro el valor que adquieren las redes informales y formales para los desarrollos resilientes. Es interesante señalar que estas últimas cumplieron un papel muy importante en la recuperación de los damnificados, pero es discutible –como muestra el caso 19- que ciertas estructuras formales *per se* promuevan desarrollos resilientes⁷. Tal vez una explicación sea que el caso 19 “se embanderó” con el grupo de damnificados y constituya un caso de cierta cristalización identitaria que obstaculiza el cambio psíquico que exigiría el desarrollo resiliente de acuerdo al marco teórico propuesto. El caso 21 expresa probablemente un aspecto reparatorio en el “cerrar la puerta” y “la vida nueva”. Por otra parte está muy integrado en sus vínculos y además ha desidealizado una pertenencia confirmando el valor del “pensamiento crítico” (Melillo, A., 2004) en el desarrollo resiliente. De aquí surge una diferencia importante entre la autonomía del resiliente y la autosuficiencia del aquileico⁸ que puede ser elucidada desde una perspectiva psicoanalítica (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld,2006) y estudiada con distintas metodologías de investigación empírica.

5.2. El protocolo fue administrado por psicólogos entrenados en su uso predominantemente a través de entrevistas telefónicas estructuradas. Existen -como es sabido- limitaciones propias de este procedimiento, pero la cantidad y calidad de información obtenida en entrevistas personales no fue significativamente mayor. Es de señalar que los reactivos usados debieron adaptarse a la particularidad sociocultural de la muestra y al procedimiento, pero que cada dimensión podría obtener su puntuación a partir

⁷ Ciertas redes formales como las Madres de Plaza de Mayo, surgidas a partir de las prácticas genocidas de la dictadura argentina (1976-1983) , constituyen hoy en día un ejemplo paradigmático de “desarrollos resilientes”

⁸ El aquileico quiere “arreglárselas solo”, mientras que el resiliente dice “no necesitar ” psicoterapia.

de otras escalas o estudios cualitativos. De todos modos lo que creemos más importante es que las exigencias para delimitar tanto la “condición vulnerable” como el “desarrollo resiliente” necesitaron puntuaciones en el mismo sentido en *las tres dimensiones*. Esto intenta ser consistente con la definición de constructos complejos que a veces se han reducido en algunos ámbitos a “peor o mejor afrontamiento”. En este sentido es posible diferenciar sujetos con “buen afrontamiento” que no realizan transformación alguna (resolución aquileica) y aquellos que sí la han realizado al cabo de dos años (desarrollo resiliente).

Reflexiones finales

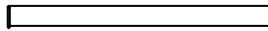
Una palabra mal colocada estropea el más bello pensamiento.

Voltaire

¿Es la palabra “resiliencia” una “palabra mal colocada” en el panorama actual de la asistencia en salud mental?. Creemos que no. Pensamos que se trata de un término que intenta recubrir algo existente desde siempre, que alude a la posibilidad de un “proceso dinámico, evolutivo [...] que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de modos muy diversos según la cultura” (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2004) . Muchos de los sujetos que viven una experiencia traumática experimentan al principio manifestaciones disfuncionales que no deben ser considerados como patológicas, sino como reacciones normales ante situaciones anormales. Los datos muestran que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática siguen este proceso de recuperación natural y no desarrollan ningún tipo de trastorno grave. (Lamas Rojas,2003). Pero lo importante es crear las condiciones para que esa recuperación se produzca sin prejuicios teóricos y sin caer en ingenuidades terapéuticas. Y para ello se necesita una actitud creativa y abierta en la forma de enfocar el tema ya que parece claro que resiliencia no es mera resistencia ni vuelta a un estado anterior al efecto de lo disruptivo. No es tampoco un rasgo de personalidad que –innato o adquirido- se sostenga permanentemente y garantice respuestas resilientes a cualquier tipo de adversidad. No es ausencia de sintomatología ni condiciones maravillosas de existencia. No es resignación o conformismo social y tampoco necesariamente reivindicación o beligerancia permanente. *El desarrollo resiliente puede darse teóricamente en cualquier sufriente o damnificado de*

cualquier condición social siempre que exista un vínculo significativo dentro o fuera de marcos psicoterapéuticos.

Se trata en definitiva que las palabras bien colocadas construyan bellos pensamientos.-



Bibliografía

- Baranger, M., Baranger W., Mom J. El trauma psíquico infantil , de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. *Rev. de Psicoanálisis*, 1987, 44, 4: 745 – 774.
- Bartholomew,K & Horowitz,LM. Attachment styles among young adults: a test of a four- category model. *J. Pers. Soc. Psychology*, 1991, 61: 226- 244
- Benyakar, M. *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires, Biblos, 2003.
- Cano Vindel, A. Miguel- Tobal, J.J., Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), Univ. Complutense de Madrid, 1992 (Adapt. Arg. Leibovich de Figueroa, N. (UBA, CONICET, 2000).
- Calhaoun, LG. & Tedeschi,RG. *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician´s Guide* . New Jersey. LEA ,1999
- Cyrulnik, B. *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Barcelona, Granica, 2001.
- Cyrulnik,B., Tomkiewicz,S.,Guénard,T., Vanistendael,S, Manciuaux,M *El realismo de la esperanza*. Barcelona, Gedisa, 2004 .
- Davidson J., Colket J. The eight item treatment outcome post-traumatic stress disorder scale: a brief measure to assess treatment outcome in posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 1997, 12(1):41-45.
- Fonagy, P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 1999,3, www.aperturas.org

- Freud, S. (1921) *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. Obras Completas, T III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973
- (1926) *Inhibición Síntoma y Angustia*. Obras Completas, T III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973
- (1930) *El Malestar en la Cultura*. Obras Completas, T III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973
- Galende, E. Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad. En Melillo, A., Suarez Ojeda, E.N., Rodríguez, D. (comp.) *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la Vida*. Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Grotberg, E. Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. (comp.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas*. Buenos Aires Paidós, 2001.
- Lamas Rojas H. Experiencia traumática y resiliencia: identificación y desarrollo de fortalezas humanas. www.liceus.com, 2003
- Lazarus, R. ; Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martinez Roca, 1986.
- Liberman, D.; Aisemberg, E.; D´Alvia, R.; Dunayevich, J.; Fernández Mouján, O.; Galli, V.; Maladesky, A.; Picollo, A. Sobreadaptación , trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo *Rev. de Psicoanálisis* , N° 5, 1982
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. La resiliencia: estado de la cuestión. En Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona, Gedisa, 2003.
- Marrone, M. *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid, Psicamática, 2001.
- Melillo, A., Soriano, R., Méndez, J. y Pinto, P. Salud comunitaria, salud mental y resiliencia. En Melillo, A., Suarez Ojeda, E.N., Rodríguez, D. (comp.) *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la Vida*. Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. (comp.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas* . Buenos Aires Paidós, 2001.
- Melillo, A., Suarez Ojeda, E.N., Rodríguez, D. (comp) *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la Vida*. Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Murphy HBM *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*, New York: Springer, 1982. (Citado en Paris J. Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés Postraumático. RET, Revista de Toxicomanías. 2002, N° 31 ,version on line)

- Parkerson, G. The Duke Social Support and Stress Scale. En McDowell, I.; Newell, C. *Measuring Health*, New York, Oxford University Press,1996
- Sivak R. Wiater A. Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Paidós. 1997
- Sivak R., Ponce A., Huertas A.M., Grande E., Horikawa C., Diaz Tolosa P. Intervenciones terapéuticas en las fases de impacto corto y mediano plazo luego de Cromañon. Rev. Conexiones. 2006
- Sivak,R y Libman,J.(comp.) *Estrés, Trauma y Desastres. Herramientas teórico-clínicas*. Buenos Aires, Akadia, 2007
- The EuroQol Group The EuroQol Quality of Life Scale. En Mc Dowell, Newell, C. *Measuring Health*, New York, Oxford University Press, 1996.
- Tomkiewicz, S. El surgimiento del concepto. En Cyrulnik,B., Tomkiewicz,S.,Guénard,T., Vanistendael, S., Manciaux,M. *El realismo de la esperanza*. Barcelona, Gedisa, 2004.
- Zukerfeld,R. Salud mental y enfermedad crónica. Dispositivos grupales y autogestión. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat*, vol.X, 91:99,1999
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld,R. *Psicoanálisis, Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires, Lugar Editorial,1999
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld,R. *Procesos Terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires, Lugar Editorial,2006