

VIOLENCIA POLÍTICA Y TRAUMA PSICOSOCIAL¹

Seguiré siendo testigo
 aún cuando no haya ni un solo ser
 que me pida testimonio:
 No pasarán más trenes esta noche
 (José Teruel Benavente, 11-M, 2004))

Pilar Hernández y Amalio Blanco

ATOCHA “ZONA CERO”

“De frente, ocupando las aceras, caminando por los bordillos, cruzando sin mirar la calle, avanzaba una muchedumbre perdida. ‘¿Dónde estamos?’, preguntaban al empleado que barría una tienda. ‘¿Dónde estamos?’, le decían al quiosquero de la esquina. ‘¿Dónde hay una boca de Metro?’ De fondo se oían sirenas. Frenazos de ambulancias que dudan. Un coche de bomberos que se equivoca de calle y da marcha atrás. Bocinazos en un semáforo que nunca ha conocido tal estrépito. Acaban de viajar al horror” (Arribas, 2004, 2). Como seres caídos de otro mundo que amanecen de pronto a una realidad desconocida que resulta ser la de todos los días: esa es la primera imagen del trauma, ese es su primer zarpazo: hacer irreconocible lo cotidiano. Eso fue lo que nos ocurrió aquella mañana del 11 de marzo de 2004. De pronto la existencia quedó suspendida de la incredulidad, del temor inconcluso, y de la ira más o menos domesticada. Y cuando las cifras de los muertos se iban abriendo paso en medio de ese silencio ensordecedor, se nos vino encima de manera irremediable una metáfora de reminiscencias sombrías: *Atocha, Zona Cero*. Después se abrió paso el dolor; y ahí sigue, obstinado e inapelable.

¹ En Blanco, A., del Águila, R., y Sabucedo, J.M. (Eds.) (2005). *Madrid 11-M. Un análisis del mal y sus consecuencias* (pp. 281-310). Madrid: Trotta.

La tragedia del 11 de Marzo removió recuerdos de dos tragedias similares vividas de cerca. En 1985 la co-autora de este capítulo se hallaba muy cerca tomando clases en la Universidad cuando el Movimiento 19 de Abril tomó a bombazos el Palacio de Justicia. Mis compañeros y yo quedamos sumidos en un silencio profundo, abrazados por el miedo. Inicialmente nos paralizamos, luego algunos de nosotros salimos de la Universidad y caminamos hacia el centro. La ciudad estaba colmada de pánico, angustia y confusión. Años más tarde reviviría esa sensación de miedo sobrecogedor al presenciar el ataque a las Torres Gemelas en Nueva York. El 11 de Septiembre me encontraba tan solo a media hora de la ciudad cuando escuché las noticias y observé el segundo asalto suicida por televisión. De nuevo la incredulidad, la presencia de un fuerte shock, la rabia y finalmente la tristeza y el dolor que arrastran estos acontecimientos.

Bogotá, Nueva York, Madrid: la experiencia directa del terror se deja resumir de manera sencilla: todo lo que nos rodea se empequeñece de pronto frente a la enormidad de la tragedia; queda en suspenso la cotidianeidad, y un hondo abatimiento de ánimo se apodera de nuestra existencia. La Zona Cero es una "... oquedad sombría, un acantilado homicida que se abre brusca e inesperadamente debajo de nuestros pies. Por él se despeña con estrépito el pasado de un barrio, de una ciudad, de todo un país, dejando tras de sí una humareda densa que ubre de incertidumbre su futuro. De pronto la existencia se paraliza, como si todos los mecanismos que la animan hubieran quebrado al unísono; queda en suspenso, rodeada de espanto, taladrada de dolor, y estremecida por las sombras" (Blanco, 2004, p. 12).

Weingarten (2004) cita a Hatley para describir nuestra posición, que no es otra que la de testigo en situaciones traumáticas. Éste, dice Hatley, es el modo de respuesta que le damos al sufrimiento del otro; una respuesta que se acompaña de una dimensión ética por cuanto implica no solo dar cuenta de la verdad acerca de lo ocurrido, sino de mantener una actitud de fidelidad hacia la víctima, de sentir el sufrimiento del otro y acompañarle en su camino dolorido. "Seguiré siendo testigo aún cuando no haya ni un solo ser que me pida testimonio: no pasarán más trenes esta noche", escribió el poeta José Teruel Benavente aquella tarde del 11-M. Ervin Staub (1989), a quien hemos visto en el capítulo cinco de esta monografía en la correosa tarea de definir las raíces del mal, dedica una atención especial al papel de los testigos, a su "tremendo potencial de influencia" sobre la definición de la realidad y sobre el comportamiento de la gente, a su capacidad de denuncia, de resistencia, de ayuda en situaciones extremas. Jon Sobrino, una de las mentes más preclaras en la Teología actual, habla de la necesidad de "dejarse afectar, sentir dolor ante vidas truncadas o amenazadas, sentir indignación ante la injusticia que está detrás de la tragedia...todo ello es importante" (Sobrino, 2003, 36) como indicador de honradez con lo real. Las víctimas, ese es nuestro compromiso desde la primera hasta la última página de esta monografía. Las víctimas movilizan conciencias, marcan peripecias biográficas, definen historias de vida, fijan actitudes políticas, ponen en marcha solidaridades. Vivir en Colombia, como es el caso de la co-autora de este capítulo, no ha sido ajeno a una historia profesional dedicada al acompañamiento del dolor, a la investigación de las maneras como abordarlo y a la adopción de un compromiso político que tiene como objetivo poner los medios para paliar sus efectos y ahondar en la causas que lo provocan.

No es necesario llevar esta última idea hasta sus últimas consecuencias para poder establecer una relación que se nos antoja dotada de una elemental y aterradora

coherencia: la violencia en general, y la que tiene su fuente de inspiración en razones políticas más en particular, debe ser considerada como uno de los problemas de salud más acuciantes en el mundo actual. A decir verdad lo ha sido siempre, especialmente en determinadas latitudes, como América Latina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio hace años la voz de alarma: “La violencia, por el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce, ha adquirido carácter endémico y se ha convertido en un problema de salud pública en varios países. La mortalidad por causas asociadas a la violencia es responsable de una proporción creciente de la mortalidad general y de porcentajes significativos de años de vida potencial perdidos². Los traumas causados por violencia que no resultan en muerte, ocasionan daños físicos y trastornos psicológicos que limitan la funcionalidad individual y social.” (OMS, 1994, 1), especialmente jóvenes, niños, mujeres y ancianos.

La violencia como problema de salud da sentido al título de este capítulo, y se convierte en el argumento sobre el que descansa el concepto de trauma asociado a actos como los que acontecieron el 11 de marzo de 2004 en Madrid. Pero en esta relación entre violencia y salud cabe la posibilidad de dar un paso más: las masacres provocadas por la intervención humana provocan un impacto psicológico y social especialmente intenso y doloroso porque detrás de ellas hay una planificación y una intencionalidad destructiva (ver epígrafe “La racionalidad del mal” en el capítulo quinto) de la que carecen las catástrofes naturales. Carlos Martín Beristain, que ha sido testigo e investigador cualificado de algunas de las masacres más invisibles y dolorosas (las perpetradas en Guatemala, por ejemplo), lo explica con argumentos que nos acompañarán a lo largo de este capítulo: al descalabro psíquico personal hay que añadir el impacto comunitario, una dimensión de catástrofe social y cultural que hace especialmente doloroso el trauma. En la investigación llevada a cabo en Guatemala con motivo del proyecto REMHI (Recuperación de la Memoria Histórica), “se constató que las masacres produjeron más éxodos y pánico, mayor clima de desconfianza y desorganización social. Además de considerar el daño individual, las pérdidas sociales pueden tener un gran impacto a medio plazo. También se dan cambios sociales y culturales profundos” (Martín Beristain, 1999, 30).

Algunos de los informes anuales de UNICEF dedicados a dar cuenta del Estado Mundial de la Infancia, han destacado las desastrosas consecuencias de la violencia y de las innumerables guerras repartidas por el mundo. A la altura de 1996 el citado informe daba comienzo con un estremecedor capítulo dedicado a los niños en la guerra en el que se puede leer: “La experiencia traumática de la violencia y de la muerte brutal ha afectado emocionalmente a generaciones enteras de adolescentes para el resto de sus vidas. Según estimaciones específicas, aunque necesariamente las cifras sean órdenes de magnitud, durante el último decenio las víctimas infantiles se elevaron a 2 millones de muertos, 4-5 millones de impedidos, 12 millones sin hogar, más de 1 millón de huérfanos o separados de sus progenitores y unos 10 millones de traumas psicológicos” (UNICEF, 1996, 13) cuya huella se puede prolongar durante un tiempo indefinido hasta convertir en

² En Colombia, por ejemplo, datos ofrecidos por Saúl Franco Agudelo, Director de la Corporación Salud y Desarrollo, en el transcurso del Foro Nacional Salud y Violencia de 1998, apuntaban a que se pierde una media de 40 años de vida en cada persona asesinada, ya que la edad promedio en que se perpetran los homicidios es de 30 años. Y añade un detalle aterrador: “Muchos hospitales del país se han ido convirtiendo en la práctica en hospitales de guerra”.

crónico el trauma dependiendo: a) de la fortaleza de la persona; b) del grado de su exposición a las atrocidades; c) de algunas características demográficas (edad, sexo, clase social); d) del nivel de ruptura de los lazos primarios, y muy especialmente e) de la reacción de los padres, del apoyo recibido de su parte (Garbarino y Vorrasi, 1999)

Los actos de ser testigo y dar testimonio, sin embargo, no implican un rol pasivo. No queremos ver pasar los acontecimientos y conmemorar resignada y calladamente su aniversario, sino indagar, hacer preguntas, buscar razones, investigar motivos, ofrecer respuestas. A lo largo de los tres primeros capítulos de esta monografía hemos asistido a una cuidada exposición de motivos en torno al terrorismo a cargo de cualificados estudiosos e investigadores de la ciencia política. No es de extrañar, entonces, que autores como Kirmayer (1996) defiendan que una experiencia traumática es, junto a un proceso psicofisiológico, una experiencia corporal y emocional, y un tema narrativo, un evento sociopolítico. Es todo esto a la vez, bien que con diferentes énfasis en cada uno de estos procesos dependiendo de contextos, situaciones y personas concretas.

En la obra de Lynn Stephen's (1994) con la activista salvadoreña de Derechos Humanos, Maria Teresa Tula, se pone de manifiesto cómo el convertirse en testigo del horror acerca nuestra identidad personal al compromiso político, que en la mayoría de los casos se traduce en una lucha permanente y solidaria por el cambio. Desde un punto de vista terapéutico, Cienfuegos y Monelli (1983, 46 - cit. en Isabel Lira) describen los testimonios como trayectos verbales que "permiten al sujeto transformar la experiencia pasada y la identidad personal, construyendo un nuevo presente y mirando con optimismo el futuro". La literatura sobre el testimonio en los contextos de represión política y guerra se ha generado como herramienta para responder a "situaciones límite", situaciones que nos ponen al borde del abismo, entre la vida y la muerte. Este es un término que Martín-Baró (2003) empleó en sus pioneros estudios sobre guerra y salud mental hace veinte años: cuando se impone el silencio y el miedo y no hay medios para organizar su lucha contra el terror, la única evidencia de lo ocurrido se refugia en la memoria de los testigos y de los supervivientes que se convierten así en la prueba del terror. La literatura colombiana sobre el testimonio es rica y abundante. La obra del sociólogo Alfredo Molano (1989,1992,1994) es un excelente ejemplo del valor que entraña rescatar los testimonios olvidados y reprimidos de gente marginada. En sus escritos expone y reconstruye aspectos importantes de la historia del país y de la dinámica social a través de narraciones en primera persona. En el contexto de la tradición de la protesta social, la literatura colombiana sobre el testimonio (De Roux, 1996; Lara, 2000; Molano, 1989, 1992, 1994; Salazar, 1990, 1993) articula la necesidad de que los intelectuales se comprometan en la denuncia de las diversas formas que adquiere la opresión y abran vías alternativas para el cambio social.

EL TRAUMA PSICOSOCIAL

Parece necesario, entonces, mirar no sólo al sujeto, sino a aquello que le rodea por si algunos de los componentes de su medio pudieran ayudarnos a comprender mejor lo que hace, lo que siente (en este caso, lo que sufre) y lo que piensa. La necesidad de recuperar el contexto: ese es nuestro argumento primordial a la hora de hablar de trauma psicosocial. Contamos para ello con el sólido aval de los primeros cuatro capítulos de esta monografía. Es más que suficiente. Pero si fuera necesario podríamos hacer una

ronda epistemológica de la mano de Vygotski (1987), Lewin (1991), Asch (1962) Tajfel, (1984) o Martín-Baró (1998) para zanjar el tema. Todos ellos, como hemos tenido oportunidad de ver en el capítulo quinto, vendrían a coincidir en una sólida hipótesis: lo que el sujeto es y lo que hace sólo tiene sentido dentro del marco (macro y microsocio) que lo envuelve; eso que llamamos mente (la identidad, el *self*, la conciencia, la subjetividad) no puede definirse desde un soliloquio interminable desde sí misma para consigo misma de espaldas a la realidad que la rodea. Y aunque tradicionalmente se nos haya hecho creer lo contrario, la salud mental no puede ser una excepción.

No hemos tenido dificultad alguna en aplicar todos y cada uno de los supuestos sobre los que han erigido sus teorías este escogido ramillete de autores al estudio de la emoción, del altruismo, o del cambio de actitudes. Lo que ahora pretendemos es tenerlos también en cuenta a la hora de hablar del trauma, y contraponer su concepción a la que nos ha legado la tradición clínica desde la que parece haberse desestimado el grueso de esos supuestos, y más en particular el principio de que la “la gente actúa con referencia recíproca, las cosas ocurren entre las personas” (Asch, 1962, 148), no importa que se trate de una intervención para mejorar la cohesión en un equipo deportivo, o de la puesta en práctica de una minuciosa estrategia para acabar con los dirigentes de un partido político. Como consecuencia de la mutua incumbencia que los define, “los acontecimientos psicológicos dejan de tener relación solo con uno mismo” (Asch, 1962, 140)“.

Parece como si la tradición clínica hubiera optado por orillar definitivamente la consideración del contexto dibujando así la imagen de un sujeto suspendido en el vacío, que al desestimar todo aquello que corresponde a su desarrollo histórico o cultural (por utilizar los términos del propio Vygotski), cae preso de la tiranía de una subjetividad que se agota (y se ahoga) en los mismos poros de su piel. Un modelo de sujeto que rinde culto a un periclitado individualismo metodológico que concibe el mundo de lo psíquico y lo social dominado por las fuerzas y voluntades individuales, y viene a reproducir en el campo del trauma psíquico un modelo organicista que responde a un paradigma de ciencia obstinadamente instalado en el positivismo empiricista, en una lógica naturalista. Desde la perspectiva psicosocial, deudora de una lógica socio-histórica, podemos decir que el modelo de sujeto abstraído de su realidad socio-histórica; un sujeto al que se le amputa el contexto, el macro y el microsocio, se convierte en una parodia solipsista de sí mismo. La terapia familiar sistémica, alejándose de los supuestos de la tradición clínica, ha conseguido recuperar un modelo de sujeto alineado con la epistemología vygotkiana.

Cuando adjetivamos “psicosocialmente” el trauma, lo que estamos haciendo es tratar de historizarlo, de fecharlo, de situarlo en sus coordenadas socio-culturales por si cupiera la verosímil posibilidad: a) que algunas características del daño psicológico que arrastra pudieran remitirnos a las condiciones en las que se ha gestado; b) que la manera de construir el sentido del trauma y de sentir su azote emocional pudiera remitir a algunas idiosincrasias socio-culturales, y c) que el daño causado pudiera expandirse más allá de los individuos concretos y a la herida personal hubiera que añadir el daño causado en el tejido social. Lo postraumático sólo tiene sentido en relación y en comparación con lo pretraumático. Frente a la insistencia de que la herida es exclusivamente postraumática, la perspectiva psicosocial entiende que ese daño puede ser una continuación a nivel individual de una situación pretraumática externa al propio individuo. Con ello volveríamos al núcleo duro de la perspectiva socio-histórica: de afuera (condición pretraumática) adentro (estrés postraumático). Es así como el trauma tendría un carácter

social por partida doble: por su origen y por los efectos que va desplegando en su entorno. Historizar el dolor: de dónde procede, las razones que lo generan, los personajes que lo protagonizan como actores y como pacientes: todo eso es necesario para una adecuada comprensión del trauma derivado de la violencia política. El sujeto del trauma, como el sujeto que está empeñado en sacudirse la adicción al tabaco, es un sujeto socio-histórico; un sujeto al que, por un mero imperativo psicológico, no le ha podido resultar ajeno el mundo que le rodea, el contexto interactivo cotidiano del que forma parte, los otros significantes, las redes de poder en las que se inserta, la estructura de significados en la que está inserto.

Alguna de estas convicciones han llegado a hacerse un hueco prácticamente definitivo en cualificados profesionales de la salud mental. Es el caso de Richard Mollica, Director del “Harvard Program in Refugee Trauma”. Lo que ha ocurrido es que quienes han sufrido la violencia política en dosis masivas insoportables³ han estado en la periferia de nuestro mundo y de nuestras mentes. Son africanos, asiáticos, o latinoamericanos. Ha sido y sigue siendo evidente una falta de reconocimiento y de empatía para con el sufrimiento de esas personas. Más aún, en países como Estados Unidos, el drama de los refugiados va de la mano del drama de los norteamericanos de color que han sufrido dosis masivas de violencia generación tras generación ante la mirada impune del resto de esta sociedad y del mundo. Patterson (1998) señala, por ejemplo, que el legado histórico de la esclavitud en la población afro-americana ha dejado una huella indeleble en la deshumanización de sus individuos y en la destrucción de la cultura y las dinámicas familiares. No es sorpresa entonces que en un estudio epidemiológico sobre trauma y SEPT, Breslay (1998) encontrara que los hombres de color y los hombres y mujeres de bajos recursos económicos tengan más probabilidad de encontrarse expuestos a la violencia callejera y por lo tanto a la posibilidad de desarrollar síntomas del síndrome de estrés postraumático. De igual manera, Yellowbird (2001) nos ofrece un análisis del impacto intergeneracional del genocidio de los indígenas norteamericanos. Las heridas que se generaron con la violencia masiva de los europeos en esta tierra aún no han cicatrizado, y la falta de reconocimiento y reparación apropiadas le da continuidad a los dilemas y problemas que enfrentan las comunidades indígenas de este país. El mundo occidental ha tenido una gran dificultad para ponerse en el lugar de aquellos otros (ese elemental juego del *rol taking* tan necesario para el desarrollo de la empatía), debido no tanto a la distancia geográfica como a la distancia social que nos separa, y ello ha hecho invisible el trauma. Pero la invisibilidad como excusa de irrealidad no puede ser un argumento para la Psicología, acostumbrados como estamos a manejarnos en medio de procesos latentes (la estructura cognitiva) y hasta inconscientes.

No fue ese el caso de los psicólogos latinoamericanos que empezaron a trabajar en medio de las sombrías dictaduras del Cono Sur que asolaron la región por décadas. Un escogido grupo de ellos (Elisabeth Lira, David Becker, M^a Isabel Castillo, Matilde Ruderman, Juana Kovalskys, entre otros) plantaron cara a los cómodos y políticamente correctos planteamientos del TEPT (todo se encuentra dentro del sujeto), y con la inestimable ayuda de su experiencia clínica dejaron trazadas las líneas maestras de una

³ Ofrece, como ejemplo, un dato aterrador: “el impacto en la salud mental de la experiencia del genocidio en la sociedad camboyana bajo el régimen de los Jemeres Rojos (1975-1979) y el posterior confinamiento de casi 400.000 hombres camboyanos, así como de mujeres y niños en la frontera entre Tailandia y Camboya, permaneció indocumentado durante casi toda una década” (Mollica, 1999, 46).

sólida alternativa teórica que hoy en día es moneda corriente en la literatura científica especializada.

Cuando en 1974 los organismos de Derechos Humanos y algunos profesionales de la salud mental (mayormente procedentes de la Psicología, como suele ser habitual en estos casos) comenzaron a trabajar con personas que habían sido pasto de la persecución política y de la tortura a mano de los esbirros del general, se percataron de dos cosas: las personas afectadas entraban plenamente dentro de la categoría de “traumatizados”, pero al tiempo empezaron a surgirles severas dudas acerca de la utilidad de las categorías diagnósticas tradicionales a la hora de identificar la sintomatología y el padecimiento. Se imponía, cuenta Elisabeth Lira, un tipo de diagnóstico que tuviera en cuenta el origen del trauma

Este tipo de diagnóstico difiere de los tradicionales porque hace referencia a la situación de violación de los derechos humanos que está en el origen del padecimiento, lo que no permite que un problema de origen sociopolítico se encubra como un problema de origen psicopatológico individual ni se desconoce tampoco las dimensiones psicopatológicas específicas que puedan estar implicadas. Esta manera de nombrar el padecimiento – identificando la situación que lo origina – impide su reducción a la sintomatología, la que puede ser observable en situaciones de origen muy diferente. Sería erróneo entenderlo como un diagnóstico referido a un síndrome específico de la tortura, del torturado, del exilio o del exiliado, no obstante la situación política que les ha afectado pueda ser descrita en términos semejantes o análogos.... El diagnóstico de estrés postraumático... al estar incorporado dentro de los cuadros reconocidos oficialmente en la mayor parte de los países, tiene diversos inconvenientes producto de su carácter general y de la imprecisión respecto al proceso psicopatológico que se desencadena (Lira, 1999, 143).

Cuando hablamos de violencia política, y más aún cuando lo hacemos considerándola como un problema de salud, parece más que razonable admitir la necesidad de mirar más allá de la piel del individuo, entre otras cosas para no caer en la cómoda tentación de suponer que la guerra, el terror indiscriminado perpetrado al amparo de credos religiosos o banderías políticas, la tortura, el secuestro o el tiro en la nuca a plena luz del día son únicamente manifestaciones de la insania deleznable de determinadas personas. Desde los supuestos socio-históricos en los que nos hemos instalado, resulta inaceptable reducir el trauma psicológico causado por las diversas y sofisticadas formas en las que se manifiesta la violencia política a una mera ecuación personal. En este caso, como hicimos en el capítulo cinco, seguimos la senda marcada por Tajfel: tampoco nosotros creemos que detrás de los problemas sociales haya razones estrictamente psicológicas.

El trauma causado por la violencia y la represión política no nos remite en primera instancia a una sintomatología de índole psicopatológica, sino a expresiones concretas de un conflicto social y político desarrollado en una determinada sociedad cuyas huellas se dejan sentir tanto en el psiquismo individual como en la subjetividad social. En muchos casos, se trata del uso del dolor y del sufrimiento para regular y controlar la conducta política de los ciudadanos de un determinado país. De un uso perfectamente organizado y meticulosamente planificado; de “...un diseño [del terror] dirigido a un sector de la población en razón de su ideología y su práctica política, que tiene efectos sobre el contexto social, desalentando la participación social en general y vinculando experiencias de muerte – traumatizaciones extremas – a la acción e ideología política de las personas” (Becker, et. al., 1990, 288). La consecuencia no se deja esperar: “Por tanto, dicen, nuestra conceptualización diagnóstica de la experiencia traumática

incluye una caracterización de la situación represiva específica y del proceso que esta situación desencadena en los sujetos, en las familias y en los grupos” (ILAS, 1990, 40). La recuperación del contexto como pieza teórica indispensable para poder dar sentido a la naturaleza del trauma que se deriva de la violencia política, y para poder ubicar a cualquiera de los sujetos implicados: a las víctimas y a los victimarios. Ese es el argumento.

La violencia política es un tipo de actividad en la que se ponen en marcha todos los mecanismos que definen las relaciones interpersonales e intergrupales de poder y sumisión, que son muchos y de gran relevancia⁴. Esa es la singularidad de la “traumatización extrema”⁵, término acuñado por el grupo chileno para hacer referencia a las experiencias que son producto de la represión política. David Becker volverá sobre este concepto para definirlo como:

ese proceso individual y colectivo que ocurre en relación y en dependencia de un contexto social dado: son procesos que por su intensidad, por su duración en el tiempo, y por la interdependencia de lo social y lo psicológico exceden la capacidad de las estructuras psíquicas de los individuos y de las sociedades para afrontarlos adecuadamente. Tienen como propósito la destrucción de las personas, su sentido de pertenencia y de su mundo social. La traumatización extrema se caracteriza por una estructura de poder basada en la eliminación de grupos de personas por miembros de su misma sociedad. No tiene límite en el tiempo y se desarrolla secuencialmente (Becker, 1995, 107).

La estructura de poder como marco de referencia, mediato e inmediato, a la hora de hablar del trauma psicosocial. Becker lo vuelve a colocar en el centro en unos términos muy parecidos a los que manejó Martín-Baró: “los victimarios en todas partes del mundo han usado el supuesto ‘desorden’ de las víctimas para justificar sus actos de crueldad y destrucción” (Becker, 1995, p. 103). El desorden se usa, además, para rotular a sangre y fuego comportamientos o personas que ponen en peligro un orden socio-político erigido sobre el dolor y el sufrimiento de miles de víctimas. Un orden de esta naturaleza, dice Martín-Baró, es más bien un “desorden ordenado”⁶ dentro del cual tiene cabida lo insospechado: una radical injusticia social, una extendida lógica de la dominación, el uso instrumental de la violencia para la consecución de fines políticos y económicos, la aceptación acrítica del sufrimiento del otro, la restricción del espacio de libertad, el

⁴ Algunos de ellos los hemos visto en el capítulo de José Manuel Sabucedo y Mónica Alzate, pero el lector interesado encontrará una amplia concreción de estos mecanismos en Blanco, A., Caballero, A., y de la Corte, L. *Psicología de los grupos*. Madrid: Prentice Hall, 2004, capt. 8: “Entre Ceuta y Sarajevo: Psicología social de las relaciones intergrupales” (pp. 338-387).

⁵ El término “traumatización extrema” lo toman prestado de Bruno Bettelheim, psicoanalista austriaco superviviente de Dachau y Buchenwald. El campo de concentración, escribe Bettelheim, era un modo de producir cambios en los presos para convertirlos en sujetos más útiles del Estado nazi. Esto se logró sometiendo a situaciones extremas en las que se pueden diferenciar distintas fases. “La primera de ellas giraba en torno al *shock* inicial provocado por el hecho de encontrarse preso ilegalmente. El principal acontecimiento de la segunda fase fue el *transporte al campo* y las primeras experiencias en él. A continuación vino un lento proceso de cambio en la vida y personalidad del prisionero: la *adaptación a la situación de campo*. Se llegaba a la fase definitiva cuando el prisionero se había adaptado ya al campo; y esta fase estaba caracterizada por una actitud claramente cambiada ante la GESTAPO así como en lo que se refiere a la evaluación de la misma” (Bettelheim, B. El comportamiento individual y de masas en las situaciones extremas. En H. Proshansky y B. Seidenberg - Eds.- *Estudios básicos de Psicología social*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, 768).

⁶ Ese es precisamente el título del primer capítulo de “Sistema, grupo y poder”, publicado en 1989.

fomento de la sumisión, la atribución de razones psicológicas a los problemas sociales, etc.

El trauma que se deriva de la violencia política está rodeado de una lacerante invisibilidad social, es intenso, incontrollable, aterrador y, por si fuera poco, es intencionado, tiene detrás de sí un meticuloso diseño y planificación que lo convierte en estremecedoramente racional. El mal no se improvisa; necesita razones (las hemos visto en los tres primeros capítulos), argumentos que lo justifiquen (de ellos ha dado cuenta el capítulo seis), una cobertura que lo ordene y unos operarios dóciles (obedientes) que lo lleven a feliz término (ver capítulo cinco). Invisibilidad, extremosidad, e intencionalidad: los tres rasgos del trauma psicosocial.

Las cerca de 40.000 personas que sufren la amenaza directa del terrorismo etarra podrían dar testimonio del trauma psicosocial sin necesidad de viajar al Cono Sur. La amputación de su vida personal y social se acerca un poco a la tortura. “Muchas veces, cuando estoy por ahí, en algún hotel de Madrid o de cualquier otro sitio, me levanto temprano y salgo dando un paseo a comparar el pan y los periódicos, aunque en el hotel no necesite pan. A la gente le puede parecer que estoy loco, pero para mí eso se convierte en una gran placer. Y la razón es muy sencilla: aquí eso no lo puedo hacer”, confiesa un concejal socialista amenazado por ETA⁷.

La deuda que esta concepción del trauma tiene contraída con Ignacio Martín-Baró es impagable. Su propuesta teórica, cuyas aportaciones más relevantes quedaron recogidas en “Psicología de la liberación” (Martín-Baró, 1998), se sustenta sobre tres pilares: necesidad de historizar el conocimiento, compaginación del rigor científico con el compromiso social, que es un compromiso moral, y primacía de la realidad sobre las teorías apriorísticas que sobre ella tengamos⁸. Sobre estos supuestos elabora primero una visión de salud mental, y después una concepción del trauma instaladas ambas sobre un principio que nos ha venido acompañando desde el primer párrafo de este capítulo: desde el punto de vista psicosocial, la unidad de análisis de cualquier fenómeno comportamental no puede ser otro que la relación sujeto-objeto, individuo-mundo. Lo relacional como fuente de realidad, huyendo de los clásicos determinismos centrados en lo individual o en lo social: esa ha sido la línea argumental de ese escogido grupo de teóricos a los que aludíamos en las primeras líneas de este epígrafe. Martín-Baró y su “Realismo Crítico”⁹ pertenece por derecho propio a ese grupo, y buen ejemplo de ello es su postura frente a la salud mental:

⁷ Ordaz, P. Zona de libertad vigilada. “El País”, 29/02/2004, 28.

⁸ En América Latina, viene diciendo desde hace décadas Jon Sobrino, hacemos teología en medio de una espantosa cruz. Y Psicología, y Sociología y Antropología. Por eso negar la realidad, o suponerla un mero y caprichoso apéndice del sujeto cognoscente es un insulto para quienes sufren sus consecuencias. Martín-Baró fue muy explícito al respecto: “que no sean los conceptos los que convoquen a la realidad, sino la realidad la que busque a los conceptos; que no sean las teorías las que definan los problemas de nuestra situación, sino que sean esos problemas los que reclamen y, por así decirlo, elijan sus propia teorización. Se trata, en otras palabras, de cambiar nuestro tradicional idealismo metodológico en un realismo crítico. A los psicólogos latinoamericanos nos hace falta un buen baño de realidad, de esa misma realidad que agobia y angustia a las mayorías populares” (Martín-Baró, 1998, 314).

⁹ Ver a este respecto: Blanco, A. Hacia una epistemología psicosocial latinoamericana. El realismo crítico de Ignacio Martín-Baró. En A. Caniato y E. Tomanik (Eds.), *Psicología e compromiso social* (pp.....). Porto Alegre: Abrapso, 2001.

La salud mental deja de ser un problema terminal [la situación postraumática] para convertirse en un problema fundante [la situación pretraumática]. No se trata de un funcionamiento satisfactorio del individuo; se trata de un carácter básico de las relaciones humanas que define las posibilidades de humanización que se abren para los miembros de cada sociedad y grupo. En términos más directos, la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes) (Martín-Baró, 2003, 336) [...] Es evidente que el trastorno o los problemas mentales no son un asunto que incumba únicamente al individuo, sino a las relaciones del individuo con los demás; pero si ello es así, también la salud mental debe verse como un problema de relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera. Es importante subrayar que no pretendemos simplificar un problema complejo como el de la salud mental negando su enraizamiento personal y, por evitar un reduccionismo individual, incurrir en un reduccionismo social. En última instancia, siempre tenemos que responder a la pregunta de porqué éste sí y aquél no. Pero queremos enfatizar lo iluminador que resulta cambiar de óptica y ver la salud o e trastorno mentales no desde dentro afuera, sino de afuera dentro; no como la emanación de un funcionamiento individual interno, sino como la materialización en una persona del carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones sociales (Martín-Baró, 2003, 338).

Esta es una propuesta de 1984; por tanto una propuesta valiente y lúcida, hecha contra una corriente dominada en el campo de la salud por un individualismo biologicista a ultranza. El concepto de trauma psicosocial acuñado por este psicólogo salvadoreño, sigue, como no podía ser de otra manera, la misma estela:

1. El trauma psicosocial, como cualquier fenómeno psicológico, posee un carácter dialéctico; es el resultado de un complejo proceso de relaciones en el que está implicado el sujeto y los procesos y acontecimientos sociales a gran escala que lo rodean, según los términos empleados por Tajfel que hemos visto en el capítulo quinto. Martín-Baró es todavía más explícito, si cabe: cuando hablamos del carácter dialéctico, queremos decir "...no sólo que el trauma es producido por la sociedad, aunque el afectado principal sea el individuo, sino que la naturaleza del trauma hay que ubicarla en la particular relación social de la que el individuo sólo es una parte" (Martín-Baró, 2003, 293).

2. Al defender el origen social del trauma, se hace necesario mirar no sólo al sujeto que lo sufre, sino a la situación que lo alimenta, al contexto que le da cobertura, a la estructura que lo origina, lo institucionaliza y lo mantiene. E el caso de la violencia política, esta atención se hace no sólo necesaria, sino imperiosa. No se trata solo de mirar "fuera" del sujeto, sino de mirar lo que ha venido ocurriendo "antes", prestar atención a la situación pre-traumática, porque es en ella donde se encuentran algunas de las claves del daño psicológico que arrastra, y todas las claves del desorden social que acarrea.

3. Cabe así la posibilidad de que el trauma psicosocial no sea sino "una consecuencia normal de un sistema social basado en relaciones sociales de explotación y opresión deshumanizadoras.. El trauma psicosocial puede ser parte de una 'normal anormalidad' social" (Martín-Baró, 2003, 295) que afecta de manera especial a los colectivos y grupos más vulnerables que en nuestras sociedades siempre han sido los niños y las mujeres.

4. Es entonces cuando podemos decir que "el trauma psicosocial constituye la cristalización concreta en los individuos de unas relaciones sociales aberrantes y

deshumanizadoras como las que prevalecen en situaciones de guerra civil” (Martín-Baró, 2003, 293).

5. La naturaleza psicosocial del trauma se refleja también en el hecho de que la herida no sólo afecta a las personas en concreto, sino a su mundo de relaciones sociales, a las estructuras e instituciones sociales dentro de las cuales se ubican los sujetos.

La postura de Martín-Baró¹⁰ abre las puertas a una consideración alternativa del trauma, hoy en día ampliamente aceptada; a una nueva Psicología del trauma, que así es como Ronnie Janoff-Bulman subtítulo una obra capital en este campo a la que desgraciadamente le faltan las aportaciones de la Psicología latinoamericana. Ello no obstante, el paso que da esta psicóloga es gigantesco si lo miramos dentro del encorsetado contexto teórico en el que se mueve la tradición clínica: contrariamente a lo que se ha venido suponiendo, el TEPT puede perfectamente desarrollarse en personas alejadas de cualquier sospecha de patología previa; puede hacerse presente en personas perfectamente sanas. En los términos formulados en el DSM-IV-R, el TEPT no deja de ser tan sólo una parte del amplio mundo del trauma (un simple “slice of the pie”, en palabras textuales de la autora) que deja al margen los complejos fenómenos psicológicos asociados a él. De hecho, “la clasificación del trastorno del estrés postraumático sirve mucho más de ayuda para el diagnóstico que como descriptor de la experiencia psicológica de la víctima. Sin duda, una comprensión del trauma significa tener en cuenta la totalidad de las experiencias de los supervivientes” (Janoff-Bulman, 1992, 50). El TEPT ha dejado al margen la consideración de que la experiencia traumática lleva aneja a la herida psicológica propiamente dicha una herida que se dejaría fácilmente caracterizar como social: el sistema de creencias acerca del mundo y de nosotros mismos que nos permite relacionarnos con el entorno, la confianza en los demás, el reconocimiento del valor propio, la sensación de control sobre lo que nos sucede, y el sentimiento de invulnerabilidad, todas esas cosas que nos permiten dar coherencia, orden y estabilidad al mundo en el que vivimos queda hecho añicos como consecuencia del terror. Contenido cognitivo y contenido emocional asociado con el trauma; estos son los dos elementos que definen el perfil del TPET. El primero de ellos se concreta en la estructura de creencias fundamentales que se vienen abajo con estrépito. Conviene, no obstante, precisar que se trata de creencias que son compartidas (lo son por definición), y que algunas de ellas tienen como marco el ámbito de las relaciones interpersonales, el mundo social. La experiencia traumática transforma el significado del mundo social. Los recientes trabajos de Reilly (2002) y Navia (2003, 2004) indican que es precisamente aquí, en la desestructuración de un sistema de creencias fundamentales acerca del mundo, donde confluyen experiencias traumáticas acontecidas en contextos geográficos y sociopolíticos muy distintos, como lo son los ataques terroristas en Nueva York (11-S) y Madrid (11-M), y las guerras de baja intensidad en Colombia y en Irlanda.

La adjetivación del trauma como “psicosocial” nos invita a un segundo gran bloque de consideraciones, forzosamente someras, en torno a las distintas maneras de construir el

¹⁰ El capítulo segundo del impecable estudio que Luis de la Corte dedicó a la obra de Martín-Baró está dedicado al estudio de la violencia y de la guerra en El Salvador, y su lectura resulta muy recomendable para entender la postura de este jesuita salvadoreño respecto a estos temas. En el transcurso de dicho capítulo hay un epígrafe dedicado a las consecuencias psicosociales de la guerra, y en especial a la deshumanización y el trauma (De la Corte, L. *Memoria de un compromiso. La Psicología social de Ignacio Martín-Baró*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001).

sentido y el significado del trauma y de expresar sus consecuencias. La historia del trauma, dice Mollica (1999), se deja analizar de la mano de cuatro grandes episodios que constituirían “cuatro historias dentro de una historia”: explicación real de los hechos, significado cultural del trauma, mirando detrás de la cortina, y la relación oyente-narrador. La práctica totalidad de estas historias nos invitan a tener muy en cuenta las limitaciones de las categorías diagnósticas occidentales ya que existen formas idiosincrásicas en la expresión de dolor que son normativas. Basoglu, (1992); Pope y García-Peltoniemi, (1991); Somnier, Vesti, Kastrup y Genefke (1992) muestran una amplia coincidencia en que los factores etnoculturales también necesitan ser tenidos en cuenta al definir el concepto de trauma debido al papel que juegan en la valoración que se le da a la experiencia y en las formas de afrontar las consecuencias del trauma.

Los seres humanos interpretamos la violencia de acuerdo con las construcciones sociales que se sitúan más allá del interior de la psique individual, y que están asidas a discursos, representaciones y valores que tienen la particularidad de ser compartidos. De igual manera, los modos como nos adaptamos, resistimos, confrontamos y respondemos a los retos que nos plantean las experiencias traumáticas no son ajenos al contexto en el que estamos inmersos. Las características del contexto social contribuyen de manera determinante a la intensidad, severidad y cronicidad de las consecuencias que tienen eventos extremos como los causados por la violencia de un ataque terrorista (Marsella, Friedman, Gerrity y Scurfield, 1996; Beristain, 1999; Hernández, 2000, Navia y Ossa, 2003).

Marsella, et al. (1996) plantean que quien esté interesado en el estudio del TEPT debe eventualmente confrontar el rol de los factores etnoculturales en la etiología, distribución, curso, resultado y tratamiento, ya que factores tales como las concepciones de salud y enfermedad, la percepción y la definición de trauma, las concepciones de persona y los estándares concernientes a la normalidad y la anormalidad, influyen sobre todos los aspectos de las repuestas de los sobrevivientes a las experiencias traumáticas. Señalan, además, que los supuestos epidemiológicos básicos, el lenguaje, las actividades contextuales, los sistemas de recompensa y otras variables fundamentales involucradas en la construcción social de la realidad, deben ser tenidos en cuenta por los investigadores cuando utilicen el constructo TEPT.

Shapiro (2002) analizó las dimensiones políticas y sociales del contexto cultural en torno a los procesos de duelo. En su estudio, esta psicóloga cuenta cómo en las discusiones sobre el impacto del ataque terrorista del 11 de Septiembre con estudiantes de pre-grado en Boston, éstos fueron descubriendo cómo las diferencias en sus historias de vida y su ubicación social y cultural influían en que prestaran más o menos atención a ciertos aspectos del discurso social generado por los medios de comunicación después del ataque. Una de estas discusiones se centró en el uso que hicieron los medios de comunicación y el ejército norteamericano de la frase “let’s roll.” Estas fueron las últimas palabras que una de las víctimas del vuelo 11 de “American Airlines” le dejó a su esposa en el teléfono móvil. Esta frase se encuentra ahora inscrita en todos los aviones de ataque que usan Norteamericanos para bombardear otros países.

En Colombia, el impacto de la guerra de baja intensidad, con sus múltiples expresiones de violencia hacia la población civil durante más de 50 años, deja ver claramente en medios de comunicación la repetición de noticias cada vez más grotescas. La población civil se protege disociándose del dolor que estos eventos le causa y

acostumbrándose a la creciente intensidad y cantidad de tragedias sociales. En Irlanda del Norte, señala Reilly (2002), “nos acostumbramos a los cortes de tráfico causados por bombas y robos de autos, expresiones de violencia callejera organizada y espontánea e incendios de barricadas”. Al igual que en Colombia, ciertas áreas son evitadas por la gente y las medidas de seguridad en las calles, carreteras y aeropuertos se han convertido en una rutina más a seguir.

DESTRUCCIÓN COMUNITARIA

La referencia a la construcción social del significado del trauma nos abre de par en par las puertas para consideraciones de mayor alcance social. Hay ya acumulada suficiente evidencia (Figley y Kléber, 1995; Hernández, 2000; Navia y Ossa, 2003; Sharif y Leiber, 2002; Reilly, 2002) de que el impacto psicológico de los eventos traumáticos afecta a las víctimas directas, a sus familias y al medio social en el que ocurren. Martín-Baró insiste en estos últimos efectos: estrechez y rigidización de la vida social, polarización social, devaluación de la vida humana, socavamiento de las relaciones sociales, deterioro de la convivencia social:

Sin duda el efecto más deletéreo de la guerra en la salud mental del pueblo salvadoreño hay que buscarlo en el socavamiento de las relaciones sociales, que es el andamiaje donde nos construimos históricamente como personas y como comunidad humana. Aflore o no en trastornos individuales, el deterioro de la convivencia social es ya, en sí mismo, un grave trastorno social, un empeoramiento en nuestra capacidad colectiva de trabajar y amar, de afirmar nuestra peculiar identidad en la historia de los pueblos. La guerra está de tal manera corroyendo nuestras raíces humanas, que no es impropio cuestionarse, como algunos ya lo han hecho, si no está en peligro la viabilidad histórica de nuestro país; y mal podemos hablar de salud mental de un pueblo incapaz de asegurar su propia supervivencia (Martín-Baró, 2003, 343-344).

Aunque el ataque terrorista al World Trade Center dejó claro el impacto que un evento traumático tiene en una nación, en países como Irlanda (Reilly, 2002) y Colombia (Hernández, 2000, 2002) hemos venido viviendo y examinando el impacto generacional de los conflictos de baja y mediana intensidad en las familias afectadas directamente y en la sociedad civil en general. Si bien es cierto que los eventos traumáticos afectan a todos aquellos que los sufren directamente, y siempre están mediados por nuestra capacidad de respuesta, existen diferencias en la manera como interpretamos nuestra experiencia directa con relación a dichos eventos. El impacto generacional que pueden tener los eventos traumáticos varía de una comunidad a otra por cuanto el sentido que se le da está mediado culturalmente (Danielli, 1998). Mas aún, el apoyo social constituye un eje fundamental en los procesos de afrontamiento y recuperación (Tarrier, Sommerfield y Pilgrim, 1999), y es capaz de predecir los síntomas provocados por un evento traumático a los seis y nueve meses (Dunmore, Clark y Ehlers, 2001). Además, es uno de los factores de riesgo más importante para sufrir el TEPT. En un meta-análisis (Brewin, Andrews y Valentine, 2000) en el que se incluyen catorce factores de riesgo, el apoyo social resultó ser el factor de mayor relevancia, por delante incluso de la severidad del trauma sufrido. Dado que las situaciones traumáticas relacionadas con violencia política tienen un efecto sobre el contexto social haciéndolo amenazador y traumatizante, y debilitando las relaciones interpersonales, este tipo de traumas crean un infernal círculo de donde resulta difícil salir.

Estas consideraciones, y otras muchas que podríamos seguir haciendo, parecen haber sido desatendidas en la tradición clínica, y mayoritaria, del TEPT. La Tabla 2 que nos han ofrecido Echeburúa, Corral y Amor en el capítulo ocho de esta monografía es un excelente ejemplo: de los 14 indicadores del daño psíquico que detectan en víctimas de delitos violentos, tan sólo uno de ellos (cambios en el sistema de valores) tendría relación con la realidad social que envuelve al sujeto, muchas veces en un abrazo intenso del que resulta difícil zafarse. El resto se resuelven en las interioridades de un sujeto psicológico aparentemente aislado del medio. Esa ha sido la tónica desde que a comienzos de los ochenta empezáramos a manejarnos con el DSM-III. Una propuesta alterada tan sólo por algunas ideas llenas de una heterodoxia reconfortante.

Ese fue el caso de Janoff-Bulman (1989; 1992): la experiencia del trauma y del horror supone un ataque masivo, letal y sin concesiones a los tres supuestos fundamentales sobre los que se sustenta nuestra existencia, a tres bloques de creencias sólidamente arraigadas en nuestra mente: a) el mundo en el que vivimos y la gente que nos rodea es benevolente y amable; b) existe una contingencia esencial entre lo que es y lo que hace la gente y lo que les sucede, y finalmente c) somos personas buenas, capaces y morales. Tras numerosos estudios con personas que han sido objeto de robos y palizas, o que han sufrido enfermedades graves, especialmente pacientes de cáncer, la muerte prematura de gente muy cercana (alguno de los padres, por ejemplo), o que están paralizados debido a un accidente de tráfico, Janoff-Bulman concluye que los eventos traumáticos atacan la línea de flotación del sistema cognitivo de los sujetos, amenazan severamente nuestra supervivencia biológica y arrasan nuestro bien asentado mundo simbólico; se produce una “desintegración masiva del mundo simbólico” a consecuencia de la cual aparece un hondo sentimiento de decepción: el desencantamiento del mundo. “La esencia del trauma es la abrupta desintegración de nuestro mundo interior” (Janoff-Bulman, 1992, 63): la seguridad en nosotros mismos, el sentimiento de invulnerabilidad, la percepción de control de los acontecimientos, y la confianza en los otros sufren una alteración radical. A partir de estos acontecimientos ya no podemos decir que el mundo es justo, que la gente es decente y buena, que las cosas tienen sentido, que somos capaces de controlar los eventos negativos. Los trabajos posteriores de Bolton y Hille (1996) confirmaron la importancia de los supuestos fundamentales propuestos por Janoff-Bulman, y señalaron otras creencias fundamentales para nuestra existencia: el “self” es suficientemente competente, el mundo es suficientemente seguro y predecible, y el mundo satisface suficientemente mis necesidades.

No es mucho lo que esta autora dedica a la victimización inducida o directamente causada por la intervención humana, como es el caso de la violencia política. Apenas un par de páginas que dejan marcado el camino (humillación desprotección social, desconfianza social, quiebra del sentimiento de comunidad, odio) para poder dar el salto desde las creencias básicas de corte individual a las creencias y valores compartidos, y desde lo meramente cognitivo a lo social.

Eso es precisamente lo que había hecho el grupo de profesionales chilenos desde los primeros momentos de la dictadura de Pinochet. La característica central de esa victimización intencionada y meticulosamente preparada por la mano del hombre (la represión política) es su capacidad de “transformar el contexto social haciéndolo amenazador y traumatizante, con un gran potencial destructivo, incidiendo en las condiciones materiales de la vida, en la sobrevivencia psíquica, y en los significados y

valores que constituyen en el sentido de la vida de los sujetos” (Lira, Bekcer y Castillo, 1990, 39). Primero la amenaza y después el miedo: esa es una de las estrategias del terror erigido en fuente de preocupación por parte de este escogido grupo de profesionales. Del miedo como respuesta psicológica predominante cabe esperar que deje su huella sobre algunos, si no sobre todos los supuestos básicos a los que acaba de aludir Janoff-Bulman: sobre el sentimiento de invulnerabilidad, sobre la creencia en la bondad y moralidad de las personas, y sin duda sobre el sentimiento de control. Pero más allá de ello, el miedo arrastra una serie de consecuencias psicosociales que Lira y Castillo (1991) cifran en las siguientes: a) la amenaza y el miedo tienen, de entrada, un efecto aterrador ejemplarizante; b) pero, además, devalúan la participación social y la política; de hecho, ha sido diseñado para disuadir de manera expeditiva a la ciudadanía de cualquier conato de organizarse políticamente; c) en el imaginario colectivo chileno, cuentan las autoras, la amenaza de exclusión se formulaba trágicamente como “encierro”, “destierro” y “entierro”; d) quiebra de algunos de los aspectos que configuran la identidad de los sujetos, esa identidad que se construye, ya lo sabemos desde la teoría de la categorización social de Tajfel y desde la propuesta de la auto-categorización del yo (Turner, 1999), a partir de la intersubjetividad: “La amenaza política es percibida por los sujetos del estudio como amenaza de muerte real, de aniquilación y como una amenaza al proceso de consolidación o mantenimiento de su identidad” (Lira y Castillo, 1991, 236); e) a raíz de ello sobreviene, de manera natural, una desconfianza básica, un sentimiento de desamparo frente a una autoridad que es percibida como omnipotente, cruel y sádica. La noche como metáfora del desamparo: “la noche es el espacio predilecto del horror” (Lira y Castillo, 1991, 237); f) silenciamiento de la vida social: nadie habla, nadie opina, nadie critica, nadie sabe nada de lo que está ocurriendo ante la mirada atónita de todos, porque el solo hecho de mencionar el horror te convierte en sospechoso¹¹. Esos son los resultados de un estudio llevado a cabo por las autoras con 23 grupos muy diversos en cuanto a su composición (trabajadores de derechos humanos, estudiantes universitarios, dirigentes estudiantiles, religiosos extranjeros, mujeres de clase media, religiosas, etc.) que sumaron más de mil personas. Un estudio, pues, muy a tener en cuenta. Pero cabría añadir que la noche sigue abierta de par en par y que es necesario seguir proyectando luz sobre las sombras invisibles que la propia investigación y la práctica psicológica sigue construyendo en torno a personas y colectivos que siguen sometidos a esa implacable lógica de la dominación. Fue sin duda mucho lo que hizo, y sigue siendo mucho lo que falta por hacer en este terreno en el Sur y Centro de América Latina con respecto a la invisibilidad del genocidio indígena, por ejemplo.

El esquema de Richard Mollica participa en parte de las dos propuestas que acabamos de mencionar. Coincide con Janoff-Bulman (resulta difícil no hacerlo) en que la experiencia del trauma derivado de la violencia política no solo conduce a una transformación del sistema de valores, sino a una destrucción de las costumbres culturales y de las creencias, y a su posterior sustitución por nuevas ideas respecto al

¹¹ Ignacio Martín-Baró había sido perfectamente consciente de ello: “Como científico social no es fácil vivir dentro de un proceso tan convulso. Y no lo es por muchas razones, extrínsecas unas, intrínsecas otras. La dificultad más obvia proviene del riesgo que corre la vida de quienes pretenden iluminar los problemas que están a la raíz del conflicto o contribuir a la búsqueda de su solución. No interesa conocer la realidad, cuando esa realidad es tan expresiva, tan clara en su sentido, que el solo hecho de nombrarla con verdad constituye un acto subversivo” (Martín-Baró, I. *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores, 1983, viii).

mundo que nos rodea. Pero además de estos síntomas clínicos, el trauma conlleva una serie de limitaciones funcionales a las que concede una relevancia, teórica y metodológica, primordial: “la descripción de las limitaciones funcionales a partir de los síntomas médicos y psiquiátricos ha sido uno de los grandes logros metodológicos de las investigaciones realizadas durante la pasada década sobre las consecuencias en la salud de los hechos traumáticos” (Mollica, 1999, 54). Esas limitaciones afectan a las habilidades y capacidades para funcionar de manera autónoma y pertinente en la vida cotidiana, al rendimiento intelectual debido a la fatiga crónica y al cansancio mental asociados al trauma, a las obligaciones sociales normales, y a la pérdida de confianza en supuestos tan centrales como el de justicia, equidad, libertad, moralidad, etc. Cabría añadir que la práctica totalidad de estas limitaciones son las que sufren las comunidades indígenas, negras y latinas que viven en Estados Unidos. Deborah Belle (1990) nos puso hace años frente a una realidad que sigue dando pasos en la misma dirección: la relación entre estatus socio-económico, género, raza y salud mental. La lamentable situación en la que se encuentra la salud mental de las mujeres pobres de raza negra es un ejemplo más, y muy cercano, de las limitaciones del trauma. La conclusión de Mollica bien merece nuestra atención:

Es evidente que aquellos que ha sido expuestos a la violencia colectiva y a la tortura pueden experimentar problemas en todas sus relaciones sociales. Esto puede deberse a los nuevos sentimientos de falta de confianza en otras personas, a la sensación de vergüenza y suciedad causadas por el abuso sexual, el asesinato y/o desaparición de miembros de la familia y amigos. Las obligaciones sociales normales, incluida la buena vecindad, las actividades de la comunidad y la confianza en las instituciones gubernamentales locales y en la política nacional, pueden verse seriamente comprometidas, haciendo los esfuerzos de reconstrucción extremadamente difíciles (Mollica, 1999, 55).

Este estado de cosas llega a imposibilitar la realización de determinadas actividades físicas o sociales. El trauma llega a saldarse, en último término, con una incapacidad que afecta a actividades físicas básicas para una vida independiente, a la autosuficiencia económica y al trabajo, a las dificultades para apoyar a la familia, a la participación en tareas comunitarias, y a la participación política.

Poco a poco, parece que estamos siendo capaces de hacer visible el trauma. El daño social es una dimensión claramente distinta a la estrictamente personal; se añade a ella haciendo especialmente doloroso el trauma derivado de acontecimientos planificados por unas personas para infligir sufrimiento a otras. Esa es una de las hipótesis que nos ha servido de cobertura para abrir este capítulo. Ahora es el momento de volver sobre ella para hablar de la catástrofe social que suele acarrear la violencia política, máxime cuando ésta constituye una forma habitual de encarar los problemas sociales. Esta catástrofe se traduce en una experiencia acumulativa que se superpone a la pobreza, a la explotación económica, a una historia de plagada de humillaciones, a la falta de posibilidades de instrucción, de cobertura sanitaria, a un machismo recalcitrante, etc., como ha sido y sigue siendo el caso de la violencia política que azota a la mayor parte del planeta, de la que cabe salvar el 11-S y el 11-M.

No este es caso de Colombia, donde la violencia ha llegado a adquirir una dimensión de perfiles institucionales que, entre otras cosas, se está saldando con el que quizás sea el fenómeno social más infame y una de las manifestaciones más evidentes de la vulneración de los derechos humanos: el desplazamiento, que afecta a cerca de 300.000

personas anualmente. Más allá de las secuelas emocionales, bastante obvias por otra parte, que lleva asociadas, será fácil convenir que el desplazamiento supone, por encima de cualquier otra consideración, un desarraigo social que hace tambalear el epicentro de las necesidades socio-emocionales, esas que la teoría grupal nos ha dicho que son inexcusables para las personas (identidad, respeto, apoyo emocional, etc.), y cuya satisfacción conduce a los individuos por derroteros no siempre saludables. Clemencia Correa y Danilo Rueda, miembros de la Comisión Intercongregacional de Justicia y Paz de Colombia, lo han descrito con la precisión que les da su dilatada experiencia en este campo:

La pérdida del territorio-origen, del territorio madre, que conlleva la pérdida de identidad del sujeto desplazado, da origen a la asunción del anonimato. La pérdida del nombre, de los vínculos de reconocimiento y afirmación social, la pérdida de los lazos grupales; todo ello genera la anomia del desplazado. La pérdida mayor que tiene el desplazado está ahí, su nombre recubre una oscuridad, un vacío. Juan ha dejado de ser el líder de la vereda Salaquí. Pedro ha dejado de ser el hijo de Alexis, que todas las mañanas salía a vender la leche de finca en finca. María ha dejado de ser la segunda señora de John Wilmer. Ahora recorren anónimos vías y plazas de lugares donde no tienen pertenencia, en donde no pueden ser ubicados. En donde no desean que se les ubique. El dolor de la pérdida le lleva a no querer nombrar los objetos, espacios y lugares desaparecidos (Correa y Rueda, 2002, 77).

Jorge Palacio y Colette Sabatier se han ayudado del TEPT y de los instrumentos y metodología al uso (Cuestionario de Redes Sociales, Cuestionario de Trauma de Guerra en el Niño, Cuestionario sobre Reacciones al Estrés Postraumático) para abordar las consecuencias de este episodio de la violencia política en Colombia que es el desplazamiento. Es el primero de estos instrumentos el que centra en este momento nuestra atención. En primer lugar, por los supuestos teóricos que a él subyacen, que se cifran en las funciones, algunas de ellas de primer orden, que se le atribuyen a las redes sociales: a) compañía social; b) apoyo emocional; c) guía cognitiva y consejos; d) regulación social; e) ayuda material y de servicios, y f) acceso a nuevos contactos. Todas estas, cabe sospechar, corren el riesgo de quedar seriamente dañadas como consecuencia del desplazamiento derivado de la violencia bélica. Los datos ofrecen alguna excusa para el optimismo desde el momento en que la densidad de la red y el promedio de relaciones es mayor en las familias de desplazados que en las de no desplazados, aunque estas últimas tienen más miembros involucrados en intercambios afectivos¹² en los que está involucrada la figura materna mientras que son los vecinos los preferentemente implicados en el apoyo emocional en el caso de los desplazados. Cuando cruzamos estas variables con indicadores de salud mental observamos que los mayores índices de ansiedad entre los jóvenes coinciden con redes sociales bajas, que la condición de separación de los padres es un factor que afecta a algunos indicadores del TEPT (mayores índices de vigilancia, elevados niveles de ansiedad y depresión entre jóvenes que han experimentado la separación de al menos uno de sus padres), aunque también correlaciona positivamente con mayores comportamientos altruistas. En una palabra, y por resumir: hay diferencias entre los desplazados y la población general; las hay en salud mental, las hay en experiencias traumáticas, las hay en estrés postraumático: “en la

¹² Es importante este detalle: “El motivo afectivo hace referencia a visitarse para pedirse nuevas noticias de la familia, saber el estado general de sus miembros con respecto a su salud, relaciones íntimas y noticias del barrio” (Palacio y Sabatier, 2002, 130).

población desplazada los problemas de salud mental se incrementan en la medida que el índice de eventos traumáticos y los niveles de estrés postraumático son elevados” (Palacio y Sabatier, 2002, 141).

Guatemala es otro ejemplo. Allí la represión adquirió tintes de una vesania inconmensurable tanto a nivel individual como comunitario; no se sabe bien cuál de los dos fue más dañino desde el punto de vista psicológico. Lo que sin duda sabemos es que el informe sobre la recuperación de la memoria del horror (el Informe REMHI) incorpora entre sus consideraciones un capítulo dedicado a la agresión a la comunidad, una novedad de extraordinario valor teórico para el futuro del trauma psicosocial. La propia estructura social de aquel país con una fuerte presencia campesina, constituye sin duda un dato que favorece estas consideraciones. “La violencia política, dice el mencionado Informe, afectó también al tejido social comunitario, especialmente en las áreas rurales donde los asesinatos colectivos y masacres produjeron efectos muy importantes en la estructura social de las comunidades indígenas, las relaciones de poder y la cultura” (ODHAG, 1998, 71). La quema de casas y de cosechas, la destrucción de los medios elementales de supervivencia, el daño a la naturaleza, la eliminación de los líderes comunitarios, la ruptura de la cotidianeidad, la destrucción de las prácticas sociales, la dificultad y a veces la tajante prohibición de celebrar ritos y conmemoraciones, el miedo a profesar la religión católica acusada de subversiva, la introducción masiva de las sectas evangélicas, la profanación de los lugares sagrados: ese es el listado del horror; un listado prácticamente interminable de atentados contra símbolos comunitarios que acaba por dejar su huella en la experiencia emocional de todas y cada una de las personas afectadas. Se trata de pérdidas que, como expresamente dice el Informe en uno de sus epígrafes, están cargadas de significado:

La destrucción comunitaria supuso numerosas pérdidas materiales para los sobrevivientes... Muchas de esas pérdidas materiales y sociales, además de su impacto económico y social, tienen un carácter de ‘heridas simbólicas’, es decir, que hirieron los sentimientos, la dignidad, las esperanzas, y los elementos significativos subjetivos que forman parte de la cultura, de su vida social, política e histórica. Se destruyó su sistema normativo al imponer el poder de las armas, al matar a sus líderes y autoridades tradicionales, y al destruir la organización social básica, sus criterios y principios éticos y morales fueron transgredidos. Se generó confusión entre sus habitantes, porque fueron precisamente las personas respetadas, valoradas y consideradas guías de la comunidad, las que primero fueron asesinadas por el Ejército debido a que las consideraba culpables (*pecadores*) acusándolos de guerrilleros y comunistas. Fue profanado lo sagrado, les quitaron la tierra, cortaron y quemaron las siembras, los cerros, la naturaleza en general, destruyeron y quemaron las casas y con ellas los altares familiares, envenenaron el agua, quemaron la iglesia, mataron a sus seres queridos en los lugares donde se realizan las ceremonias ancestrales, profanaron los espacios en donde han sido enterrados los muertos, pisotearon la dignidad, atacaron la lucha, sus esperanzas, la vida. (ODHAG, 1998, 73).

No es mucho lo que se puede añadir, pero antes de dar por finalizado este epígrafe conviene volver sobre sus inicios: si hay algo que caracterice a la violencia política es su capacidad destructora de la vida social, el socavamiento de las relaciones sociales del que hablaba Martín-Baró, cuyos episodios centrales pasan por los siguientes: a) polarización de la vida social; b) aprendizaje de hábitos violentos, y d) instauración de la mentira como estrategia para seguir justificando el terror. Mirados en su conjunto, cabría la posibilidad de que la violencia política acabe por convertirse en una verdadera institución, es decir, en una práctica social generalizada, sólidamente fundamentada

desde el punto de vista ideológico (“justificada como buena y aun como ideal”, dice Martín-Baró) y apoyada por normas consuetudinarias e incluso legales. A partir de ahí, la violencia entra a formar parte del acervo personal, tanto en lo cognitivo como en lo conductual, y su mantenimiento y reproducción es prácticamente imparable.

Sin duda una de las estructuras que se ven más socavadas por la violencia política sostenida es la familia. Las familias son sistemas abiertos, vulnerables a todas las dimensiones de traumatización de uno o más miembros o de la sociedad en general. Las investigaciones sobre el secuestro en Colombia arrojan alguna luz sobre el impacto de esta experiencia terrorista en el sistema familiar. Navia y Ossa (2003, 2004) estudiaron los efectos psicopatológicos en secuestrados y sus familiares, así como las condiciones de funcionamiento familiar antes, durante y después del secuestro en Colombia. Entrevistaron 72 familias de secuestrados y utilizaron 4 pruebas psicológicas para evaluar sintomatología y funcionamiento psicológico y afrontamiento familiar. El resultado más importante de la investigación de estas dos autoras apunta a que estas familias viven una experiencia similar a la de los secuestrados: no encontraron diferencias significativas entre los familiares y los secuestrados en cuanto a índices de TEPT y sintomatología psicológica post secuestro “confirmando, una vez más, que las familias son tan víctimas como el secuestrado mismo, que los efectos psicológicos son similares y la presencia de psicopatología en los familiares no está asociada, como lo han asumido la mayoría de los estudios, con la presencia de síntomas de estrés post traumático en el individuo traumatizado” (Navia y Ossa, 2004, 5). Respecto a las consecuencias del secuestro sobre el funcionamiento familiar, concluyen que el secuestro tiene efectos constructivos y destructivos. Durante el cautiverio las familias estudiadas se unieron para enfrentar la crisis pero presentando altos niveles de conflicto familiar. Después de la liberación, en la mayoría de estas familias (69.2%) se encontró una tendencia a encerrarse en sí mismas y un mayor compromiso y cohesión familiar. Esta tendencia, añaden, se debe al temor al entorno pues “el medio familiar es el único que se siente como seguro y confiable” ((Navia y Ossa, 2004, 5). En conclusión, todo el sistema familiar sufre el impacto del trauma. Sus reglas, patrones de interacción y procesos de comunicación sufren cambios drásticos y alteraciones permanentes.

Otro de los desafíos que ilustra los procesos de traumatización familiar es el impacto del sentimiento de culpa. Pérez, Basic y Durán (1998, 2) explican la culpa como “un sentimiento psicológico asociado a pensamientos y emociones de tipo acusatorio”. Este sufrimiento es muchas veces inducido socialmente por las propias víctimas, sus familiares o miembros de la comunidad que se acusan unos a otros por haber provocado su desgracia. Beristain (1999) afirma que los sentimientos de culpa se basan con frecuencia en una visión retrospectiva que las personas interpretan como si hubiesen sido incapaces de leer las señales que indicaban el advenimiento del evento traumático. Este sentimiento afecta al sistema familiar de manera negativa. Por ejemplo, el trabajo realizado en Colombia por Pilar Hernández con activistas de los derechos humanos (Hernández, 2002) ofrece numerosos testimonios al respecto. Clara, una líder social que dedicó muchos años a la protección del derecho a la vida, contaba que cuando fue objeto de una de las persecuciones más intensas en su vida, lo que más le preocupaba era el impacto de su muerte en sus hijos. Su hijo menor le confesó que tenía mucho miedo de que la mataran y dejaran su cuerpo tirado en una carretera. El niño sufría de pesadillas constantes y su madre se sentía confundida y no sabía como responderle. Finalmente, ella

decidió exilarse temporalmente con sus hijos. Aunque esta decisión protegió a la familia, ella relató que aún vivía con un gran sentimiento de culpa hacia sus hijos y que esto motivaba algunas de sus decisiones familiares.

UNA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA DESDE LA TERAPIA FAMILIAR

Una de las intervenciones psicológicas que empieza a responder de manera precisa a los supuestos sobre los que hemos sustentado el concepto de trauma psicosocial, es la terapia familiar. Se trata de analizar las formas en que los seres humanos sufren, sin perder de vista las dinámicas de aquellos que perpetúan el sufrimiento. Es imperativo examinar ambas dinámicas a fin de comprender, prevenir y tratar ambos aspectos del sistema de relaciones de agresión y victimización que nos lleva a una espiral de violencia sin límite. Sin duda, el costo social de esta espiral amerita que nos arriesguemos a pensar y actuar de maneras nuevas y diferentes.

El trabajo de Prilleltensky (1997) sobre las implicaciones morales del discurso psicológico y la acción, proporciona herramientas para comparar los enfoques de la salud mental y evaluar su utilidad social. Dado que la terapia de familia ha aceptado la responsabilidad moral de liberar del sufrimiento a las familias, es imperativo que expongamos en forma explícita la base ética de nuestro trabajo. Los enfoques post-coloniales responden a preguntas sobre valores, suposiciones y prácticas de forma tal que hacen del empoderamiento y la responsabilidad dogmas centrales del proceso terapéutico. Estos enfoques promueven el balance entre la auto-determinación y la justicia distributiva, mientras que simultáneamente sitúan a los individuos dentro de las realidades concretas de las comunidades. Los ideales respecto a una buena vida y una buena sociedad se basan en nociones de mutualidad, obligaciones sociales, y liberación de la opresión. Las prácticas clínicas se definen como interpersonales e inextricablemente relacionadas con dinámicas sociales de dominancia y subordinación. La salud mental, por tanto, no es simplemente un estado limitado por los confines de las familias nucleares, sino que está incrustado en comunidades más amplias, y está influido por el género, la raza, la clase, la orientación sexual, la religión y la historias de migración.

Los enfoques post-coloniales enfatizan las estructuras conversacionales abiertas que tienen en cuenta la situación de las familias con respecto a la clase, el género, la etnia, la religión, las historias de migración y la orientación sexual, y adoptan procesos de “concientización” dentro de estas áreas. Anclada conceptualmente en el trabajo de Paulo Freire (1971), la “conscientización” se define como el desarrollo de una conciencia crítica de las dinámicas personales dentro del contexto de las situaciones sociales y políticas. Contamos ya con enfoques teóricos (algo hemos visto a lo largo de este capítulo) capaces de reconocer que las causas y las consecuencias de los problemas clínicos producto de eventos traumáticos reflejan opresión política, económica y psicológica y que, en un nivel más amplio, las experiencias de opresión requieren de soluciones estructurales tanto como de soluciones personales.

El proceso familiar de suscitar una conciencia crítica es central para el cambio terapéutico. Este proceso incluye por igual a las familias y a los terapeutas. La conciencia crítica se ejemplifica mediante una experiencia de vida dentro de la cual las prescripciones histórico-culturales para la elección se reconocen por lo que son, y no son seguidas a ciegas como si fueran “el orden natural de las cosas”. Freire (1971) relaciona

la conciencia crítica con los sistemas económicos y políticos, anotando que la dominación se apoya esencialmente en un orden social dentro del cual se ha suprimido la conciencia crítica.

El proceso familiar de crear conciencia crítica consiste en desarrollar el “empoderamiento” encuadrando el sufrimiento individual dentro de un contexto de manera que las historias individuales puedan ser entendidas en relación con los patrones sociales más amplios que contribuyen a las mismas. Al enfatizar los aspectos comunitarios de la sanación, se reconstruyen las redes de relaciones. La afiliación y la confianza conectan a los individuos en grupos que se mueven juntos en la dirección de un cambio positivo. El trabajo terapéutico descrito por Boss, Beaulieu, Weiling, Turner y LaCruz (2003) con las familias de las víctimas pertenecientes a sindicatos a raíz del ataque del 11 de Septiembre confirma el valor de los enfoques terapéuticos comunitarios para la atención en crisis y la elaboración de duelo.

Es clave que los terapeutas que buscan dismantelar los patrones de dominación y subyugación dentro de la vida familiar tengan conocimiento de sus muchas y muy variadas manifestaciones y de su sistema de múltiples niveles. Dolan-Del Vecchio (1997) denomina análisis cultural sistémico al proceso de identificar y tratar el impacto de los múltiples estratos de dominación. Hay al menos tres niveles de investigación que pueden seguirse dentro de este análisis, cada uno de ellos dirigido a niveles institucionales más amplios. El primero está dirigido a las experiencias de quienes son oprimidos dentro de la vida familiar; el segundo está dirigido a procesos institucionales dentro de la sociedad en torno a múltiples intersecciones del poder; el tercero se refiere a asuntos globales a través de un examen de varias políticas económicas, de inmigración y militares alrededor del mundo. Poner atención a estos múltiples niveles sistémicos nos invita a considerar el impacto de los sistemas de dominación más amplios y su reafirmación en las familias, y la violación de los derechos humanos como centro del dolor y el sufrimiento humanos en nuestras comunidades. El considerar todos estos niveles sistémicos que se impactan recíprocamente da al campo de la terapia de familia una investidura de responsabilidad ética y moral: la responsabilidad de poner los principios de la justicia social y de la liberación en el centro del esfuerzo por ayudar a todas las familias.

La experiencia de la dominancia es tan omnipresente como la experiencia de la opresión (Spivak, 1991). Podemos identificar los privilegios de los que disfrutamos al identificar los aspectos de nuestra identidad que tienen dominancia en nuestra sociedad, considerando las actividades de la vida cotidiana y haciendo comparaciones (McIntosh, 1988). Por ejemplo, un hombre europeo heterosexual puede despertarse en la mañana dentro de un contexto familiar heterosexual en el que con frecuencia se le considera menos activo en lo que respecta al cuidado de los niños, el trabajo doméstico, y el trabajo de construcción de relaciones emocionales. Al salir a la calle, estará menos propenso a ser abordado por policías que sospechan de su nacionalidad, o seguido en un almacén por ser considerado un ladrón potencial. Al entrar a su trabajo para asistir a una reunión con nuevos socios, es poco probable que éstos le consideren parte del personal de apoyo a los asistentes principales de la reunión. Inclusive, si fuese a una entrevista para solicitar un nuevo préstamo, su género y su color de piel probablemente no harán que el prestamista considere dos veces su grado de liquidez financiera o su posibilidad de conservar un empleo bien remunerado. Cada una de estas experiencias son privilegios que algunas personas probablemente hayan dado por descontado en forma más o menos absoluta.

Cada una de ellas revela más claramente las posibles injusticias dirigidas hacia aquellos que por el color de su piel, estatus de inmigrante o género son objeto de un trato diferente.

Aunque a muchas personas se les dificulta observar su papel en las estructuras de dominación y no se sienten moralmente obligados a efectuar un cambio, los terapeutas pueden traer a colación estos asuntos en su trabajo terapéutico invitando a clientes de diversos orígenes sociales y étnicos a reuniones comunitarias. En este ámbito se debe promover el intercambio de experiencias para que los participantes desarrollen posiciones de atestiguamiento en las que prime la toma de conciencia sobre las implicaciones de la violencia y la solidaridad. Desde esta perspectiva, los procesos terapéuticos familiares hacen a las personas responsables de sus acciones y valores, y de los cambios en las tradiciones institucionales que aprueban.

Los procesos de conscientización y responsabilidad conllevan una dimensión de “empoderamiento” (Almeida, 2004) que incluye simultáneamente al individuo y a la familia, e implica la generación de conversaciones entre comunidades de diversa identidad. Es decir, se trata de que las personas de diversos estamentos sociales y experiencias de vida desarrollen conciencia sobre el impacto que ejercen unos sobre otros. Más aún, dichas conversaciones idealmente deben vincularse con la acción social. Los procesos de “empoderamiento” se llevan a cabo a medida que las personas cambian las maneras en que se relacionan con sus propias comunidades. Por consiguiente, la intervención terapéutica busca cambiar los sistemas sociales tanto como a los individuos.

El trabajo clínico de Rhea Almeida (2004) ilustra este proceso cuando a una familia musulmana que buscó terapia después de la tragedia del 11 de septiembre se le involucró en conversaciones con un grupo que incluía miembros de varias comunidades religiosas (diferentes formas del islam, cristianismo, judaísmo e hinduismo). La estructura y el contenido de esta conversación terapéutica apoyaron la integridad de todos los participantes, al tiempo que les permitió tomar posición ante las facciones extremistas dentro de sus propias comunidades de fe. De igual manera, en este contexto terapéutico se exploraron las maneras en que una judía casada con un no judío tenía poder para discutir las formas en las que ella se volvía invisible en el ámbito de la comunidad religiosa de su compañero.

La conciencia crítica, el “empoderamiento” y la responsabilidad son procesos familiares claves que dirigen la función terapéutica a preocuparse por el sufrimiento de las familias dentro de una perspectiva sistémica que enfatice la mutualidad y la justicia. Esta perspectiva hace que tengamos que tratar con las dinámicas que rodean tanto a los que sufren como a los que perpetúan el sufrimiento. Dado que la conciencia crítica se desarrolla en torno a nuestra identidad personal y social, las relaciones entre la injusticia estructural y la opresión personal se hacen evidentes. Cuando el sufrimiento personal está enmarcado en ideologías dominantes, mantiene el privilegio de aquellos que definen la normalidad para los otros. Cuando aquellos que juegan el papel de víctimas desarrollan conciencia crítica, empiezan a entender cómo la aplastante lógica de la dominación intenta robarles su identidad colectiva y sus lazos comunitarios. De igual manera, las personas en posiciones de privilegio entienden cómo automáticamente dan por descontados los derechos y el acceso a los recursos que les son negados a otros. Obtienen su poder de un colectivo establecido. Las personas en posiciones de privilegio entienden que desde éstas definen al otro y lo usan para el enriquecimiento de su propia clase,

género y grupo étnico. A medida que las personas reconocen sus orígenes, su identidad comunitaria y su historia y desarrollan una conciencia crítica sobre las maneras en que su posición social les ha otorgado privilegios restringiéndolos a otros, se hacen conscientes de la forma en que sus vidas y las de aquellos con quienes interactúan están gobernadas por la reciprocidad.

En conclusión este enfoque ilustra que la dimensión política del trabajo psicoterapéutico es ineludible y que es indispensable articular teorías y prácticas que le permitan a la gente (tanto comunidades de clientes como de terapeutas) comprender, actuar y navegar los ambientes en que viven. Los ataques terroristas ponen un doloroso énfasis en el impacto de las relaciones de poder internacional a nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. (2004). Creating collectives of liberation. In L.B. Silverstain & J. Goodrich (Eds.), *Feminist Family Therapy*.(pp. 293-306). Washington, D.C.: APA.
- Arribas, C. (2004). El horror es el silencio de un tren. *El País Semanal*, 14/03-2004.
- Asch, S. (1962). *Psicología social*. Buenos Aires: Eudeba.
- Basoglu, M. (1992). Introduction. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University.
- Becker, D., Castillo, M.^a, Gómez, E., Kovalskys, J., y Lira, E. (1990). Psicopatología y proceso psicoterapéutico de situaciones traumáticas. En I. Martín-Baró (Coord.), *Psicología social de la guerra*. San Salvador: UCA Editores (pp. 285-300).
- Becker, D. (1995). The deficiency of the concept of Post Traumatic Stress Disorder when dealing with victims of human rights violations. En R.J. Kleber., C.R. Figley. & B.P. Berthold (Eds.), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics* (pp.99-131). New York: Plenum Press.
- Belle, D. (1990). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45, 358-359.
- Beristain, C.M. (1999). *Reconstruir el tejido social*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Blanco, A. (2004). El avasallamiento del sujeto. *Claves de la Razón Práctica*, 144, 11-21.
- Bolton, D., y Hill, J. (1996). *Mind, meaning, and mental disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and Post Traumatic Stress Disorder. In R. Yehuda (Ed.), *Psychological trauma*. (pp.1-29). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Boss, P., Beaulieu, L., Weiling, E., Turner, W. & LaCruz, S. (2003). Healing, loss, ambiguity and trauma: a community based intervention with families of union workers missing after the 9/11 attack in New York City. *Journal of Marital and family Therapy*, 29, 455-468.
- Brewin, C., Andrews, B., y Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Cienfuegos, A.J. and Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5, 43-51.

- Correa, C., y Rueda, D. (2002). La barbarie de la guerra: el desplazamiento. En M. Nubia, E. Martín y F. Arias (Eds.), *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (pp.63-82).
- Danieli, Y. (1998). International handbook of multigenerational legacies of trauma. New York: Plenum Press. Raphael. (Eds.), *The international handbook of Traumatic stress syndromes, stress and coping series*. New York: Plenum.
- De Roux, F. (1996). Manifiesto por la memoria. En Fundación Manuel Cepeda Vargas (Ed.), *La memoria frente a los crímenes de lesa humanidad* (pp. 21-33). Bogotá: Fundación Manuel Cepeda Vargas.
- Dolan Del Vecchio, K (1997). The foundation of accountability: a linking of many different voices. *American Family Academy News letter*, 64, 2-23.
- Dunmore, E., Clark, D., y Ethlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Duran, E. & Duran, B. (1995). *Native American postcolonial psychology*. Albany: State University of New York Press.
- Figley, C. R. y Kleber, R. J. (1995). Beyond the "Victim": Secondary Traumatic Stress. En *Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics*. N. Y.: Plenum Press.
- Foucault, M (1979). *Un dialogo sobre el poder*. Madrid : Alianza.
- Freire, P. (1971). La pedagogía del oprimido [The pedagogy of the oppressed]. Bogotá: Siglo XXI.
- Garbarino, J., y Vorrasi, J. (1999). Long-Term Effects of War on Children. En L. Kutz, y J. Turpin (Eds.), *Encyclopedia of Violence, Peace, and Conflict*, Vol. II. San Diego, CA.: Academic Press (pp. 345-359).
- Hernández, P. (2000) *A personal dimension of Human Rights Activism: Narratives of Trauma, Resilience and Solidarity*. University of Massachussets.
- Hernández, P. (2002). Trauma in war and political persecution: expanding the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 334-343.
- ILAS (1990). *Derechos Humanos: todo es según el color con que se mira*. Santiago: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a new Psychology of Trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kirmayer, L. (1996). Confusion of the senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. En: A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity, & R.Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lara, P. (2000). *Las mujeres en la guerra*. Bogotá: Planeta.
- Lewin, K. (1991). *Epistemología comparada*. Madrid: Tecnos.
- Lira, E., Becker, D., y Castillo, M^a.I. (1990). Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político. En ILAS (Ed.), *Derechos Humanos: todo es según el dolor con que se mira*. Santiago: ILAS (pp. 29-66).
- Lira, E., y Castillo, M^a.I. (1991). *Psicología de la amenaza política y del miedo*. Santiago: ILAS.

- Lira, E. (1999). Mirando hacia atrás: un balance de 20 años de iniciativas en el Cono Sur. En P. Pérez (Coord.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: Exlibris (pp.139-161).
- Marsella, M, Friedman, M., Gerrity, E. & Scurfield, R. (1996) Introduction. En A. Marsella, M.Friedman, E. Gerrity, & R. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Martín-Baró, I. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
- Martín-Baró, I. (2003). Poder, ideología y violencia. Madrid: Trotta.
- Martín Beristain, C. (1999). *Reconstruir el tejido social*. Barcelona: Icarí-Antrazyt.
- McIntosh, P. (1988). White privilege and male privilege: a personal account of coming to see correspondences through work in Women's Studies. In M. Andersen & P.Hill (Eds.), *Race, class and gender*. (pp.95-105). CT: Wadsworth.
- Mead, G. H. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Molano, A. (1985). Los años del tropel. Bogotá: El Áncora Editores.
- Molano, A. (1989). Siguiendo el corte: relatos de guerras y tierras. Bogotá: El Áncora Editores.
- Molano, A. (1994). Trochas y fusiles. Bogotá: Lerner.
- Mollica, R. (1999). Efectos psicosociales y sobre salud mental de las situaciones de violencia colectiva. En P. Pérez (Ed.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: Exlibris Ediciones (pp. 45-63).
- Navia, C. & Ossa, M. (2003). Family functioning, coping, and psychological adjustment in victims and their families following kidnapping. *Journal of Traumatic Stress*. Vol 16, 107-112.
- Navia, C., y Ossa, M. (2004). El secuestro, trauma psicosocial. *Revista de Estudios Sociales*. Bogotá: Uniandes.
- ODHAG (Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala). (1998). *Guatemala. Nunca Más*. Donosita: Tercera Prensa.
- OMS (1994). *Salud y violencia*. Bogotá: Oficina Regional.
- Palacio, J., y Sabatier, C. (2002). Impacto psicológico de la violencia política en Colombia. Salud mental y redes sociales en familias desplazadas en el Caribe. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Patterson, O. (1998). Ritual of blood: consequences of slavery in two American cultures. Washington D.C: Civitas/Counterpoint.
- Pope, K., & Garcia-Peltoniemi, R. (1991). Responding to victims of torture: Clinical issues, professional responsibilities, and useful resources. *Professional Psychology Research and Practice*, 22, 269-276.
- Pérez, P., Bacic, R. & Durán, T. (1998). *Muerte y separación forzada en la Araucanía: una aproximación étnica*. Santiago de Chile: Lom.
- Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions and practices: assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist*, 52, 517-535.
- Reilly, I. (2002). Trauma and family therapy: reflections on September 11 from Northern Ireland. *Journal of Systemic Therapies*, 21 (3), p. 71-80.
- Salazar, A. J. (1993). *Mujeres de fuego*. Bogotá: Editorial Colina.

- Sharif, Y., y Leiber, M. (2002). Working with people experiencing terrorist attacks in Israel: a narrative perspectiva. *Journal of Systemic Therapies*, 21, 60- 70.
- Shalev, A.V. & Yehuda, R. (1998) Longitudinal development of traumatic stress disorder. En R.Yehuda (Ed), *Psycological Trauma*. (pp. 31-66). Washington D.C.: American Psychiatric Association Press.
- Shaplif, Y. & Leiber, M. (2002). Working with people experiencing terrorist attacks in Israel: a narrative perspective. *Journal of Systemic Therapies*, 21(3), p. 60-70.
- Shapiro, E. R. (2002). Family bereavement after collective trauma: private suffering, public meanings, and cultural contexts. *Journal of Systemic Therapies*, 21(3), p. 81-93.
- Sobrino, J. (2003). *Terremoto, terrorismo, barbarie y utopía*. San Salvador: UCA Editores.
- Sommer, F., Vest, P., Kastrup, M., and Genefke, I.K. (1993). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In Basoglu, M. (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 56-71). Cambridge: Cambridge University Press.
- Spivak, G. C. (1991). Can the subaltern speak?. In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.). *Marxism and the interpretation of culture* (pp.1-15)Urbana: University of Illinois Press.
- Staub, E. (1989). *The Roots of Evil. The Origins of Genocide and Other Group Violence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stephen, L., y Tula, : (1994). *Hear my testimony*. Boston, MA.: South End Press.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., y Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, 29, 801-811.
- UNICEF (1996). Estado Mundial de la Infancia.
- Vygotski, L. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Weingarten, K. (2004). Witnessing the effects of political violence in families: mechanisms of intergenerational transmission and clinical interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 45-60.
- Yellowbird, M.J. (2001). Critical values and First Nations peoples. In R. Fong & S. Furuto (Eds.), *Culturally competent practice: skills, interventions, and Evaluations*. (pp. 61-74). MA: Allyn & Bacon.