

ARTÍCULOS

**Bienestar social y trauma psicosocial:
una visión alternativa al trastorno de
estrés protraumático**

**Social well-being and psycho-social
trauma: An alternative approach to post-
traumatic stress disorder**

AMALIO BLANCO¹

DARÍO DÍAZ¹

Fecha de Recepción: 14-11-2004

Fecha de Aceptación: 25-11-2004

RESUMEN

La Psicología clínica tradicional ha abordado el trastorno y la salud mental tomando como marco de referencia y unidad de análisis a un sujeto aislado de su medio. Frente a esa concepción, la perspectiva psicosocial ha mostrado la necesidad de atender aquellas condiciones, situadas más allá de la piel del individuo, que anteceden al trauma. Se trata de condiciones de un individuo inserto dentro de unas determinadas coordenadas socio-históricas. Desde ahí retomamos el concepto de trauma psicosocial como un trastorno situado dentro de un determinado contexto interpersonal, social, económico, político, etc., al que subyace una visión de la salud mental entendida como un asunto que incumbe a las relaciones del sujeto con diversos elementos de su medio. Detrás de las concepciones de salud, trastorno o trauma se encuentra la idea de la Psicología como una ciencia al servicio del bienestar.

ABSTRACT

Traditionally, clinical psychology has addressed mental health with a focus on the individual, irrespective of his/her environment. On the contrary, a psychosocial approach has underlined the need to address conditions foregoing

¹ Universidad Autónoma de Madrid

the trauma, beyond individual's skin. If we are to understand mental health and mental disorders we have to consider the socio-historical coordinates within which the trauma takes place, i.e., the pre-traumatic situation, interpersonal and inter-group involvement, even the political frame, etc. A mental health view lies behind all these determinants, which takes into account individual-environment relationships. In line with this concept of health and disorder or trauma, Psychology is a science pursuing individual well-being.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, Trastorno mental, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno social, Trauma psicosocial, Bienestar social.

KEY WORDS

Mental health, Mental disorder, Posttraumatic stress disorder, Social disorder, Psychosocial trauma, Social wellbeing.

*Tendremos que soportar el peso
de la soledad diciéndose
poblándose de seres a su imagen
impotentes en su sola mirada de
asombro.*

(José Teruel Benavente, 11-M, 2004)

UNA DIGRESIÓN SOBRE EL MAL

Elie Wiesel, Premio Nobel de la Paz en 1987, no puede reprimir un estremecimiento de espanto cada vez que vez que piensa en Adolf Eichmann. Le sobran motivos: él es un superviviente de Auschwitz. Le preocupa pensar en la posibilidad de que aquel tenebroso criminal de guerra pudiera realmente haber sido "humano". Debería haber sido posible, añade, haberlo declararlo no perteneciente a nuestra especie. Eichmann le da miedo. Wiesel fue testigo presencial del juicio que lo condenaría finalmente a morir en la horca: "le miro, le miro durante horas; me da miedo. Sin embargo, en el estado en que se halla, en su jaula de cristal blindado, no presenta peligro alguno. ¿Por qué me da tanto miedo? ¿Existe un mal ontológico encarnado por un ser que ni siquiera necesita actuar, salir de sí mismo para hacer sentir su maléfica potencia?" (Wiesel, 1996, p. 416).

Una pregunta incómoda que la Psicología nunca se ha hecho de frente, pero a la que, sin embargo, no ha tenido inconveniente en dar una respuesta. A veces suceden cosas así: que damos respuestas a preguntas que aparentemente no nos hemos hecho. En el caso que nos ocupa, la respuesta ha sido

categorica, obstinada y precisa: hay una conexión directa, una relación lineal entre lo que la persona es y lo que hace, de suerte que el comportamiento viene a ser forzosamente la continuación natural y lógica de las disposiciones individuales, la manifestación en estado puro de la "self-outcome contingency", una de las creencias sobre las que se cimenta nuestra estructura psicológica, esa que se derrumba con estrépito a consecuencia del trauma derivado de la violencia, como la que vivimos el 11-M: "Un mundo con sentido es aquel que deja percibir una contingencia entre la persona y sus resultados; existe una relación entre la persona y lo que le sucede" (Janoff-Bulman, 1992, p. 8), un supuesto que se emparenta con una hipótesis de hondas resonancias psicosociales: lejos de distribuirse de manera alocada, los acontecimientos (los buenos y los malos) siguen meticulosamente la senda que le van marcando las personas: necesitamos pensar que hay cosas que nunca le podrán suceder a las personas buenas y honestas. Esa es la hipótesis que va a manejar Melvin Lerner: "Queremos creer que vivimos en un mundo en el que la gente tiene lo que se merece, o que se merece lo que consigue. Queremos creer que las cosas buenas les suceden a la gente buena, y que el sufrimiento sólo es exclusivo de las malas personas. En la misma línea, queremos creer que la gente que se esfuerza consigue lo que se ha ganado y aquello por lo que ha luchado. Nos gusta pensar que la gente fracasa debido a su incompetencia o falta de voluntad para

hacer lo que es necesario para conseguir sus metas o evitar el sufrimiento" (Lerner, 1970, p. 207). Ponemos todo el empeño en establecer una distancia entre unos y otros, la distancia que media entre las personas aquejadas de alguna disfunción psíquica u orgánica (los enfermos) y los que se encuentran libre de ella (los sanos), porque necesitamos pensar que la gente normal no hace determinadas cosas, y porque, como diría Janoff-Bulman, necesitamos creer que la gente es buena.

No es de extrañar, pues, que en la inmensa mayoría de las ocasiones, el lenguaje que la Psicología emplea sobre el trauma recuerde al de la Medicina y al de la Patología. Términos como *trastorno*, *enfermedad*, *diagnóstico*, *tratamiento*, o *paciente* enfatizan la existencia de una creencia que ha guiado la práctica de la psicología clínica y de la salud durante años. Autores como Barone, Maddux y Zinder (1997) señalan la existencia de un supuesto ampliamente compartido, el de que los problemas psicológicos son análogos a las enfermedades: unos y otros proceden del interior del individuo. Con ello olvidan, entre otras cosas, aquel principio que con tanta sencillez como precisión señalara el gran Solomon Asch: a consecuencia de la vida en sociedad que nos atañe a todos, "las acciones de las personas alcanzan una relación de mutua incumbencia" en virtud de la cual "los acontecimientos dejan de tener relación con uno mismo" (Asch, 1962, p. 140). Por infinitas razones; por ejemplo, porque existe la pre-

sión grupal, de la que Asch fue su mejor investigador, la mera presencia, la co-actividad, el sentimiento de pertenencia grupal, diversos estilos de llevar a la práctica el liderazgo, las normas de obligado cumplimiento; porque hay valores, porque la gente tiene creencias y defiende credos; porque hay un principio de autoridad y el poder impregna una parte importante de nuestra vida; porque nos manejamos con un complejo proceso de categorización con extensiones tan decisivas en la vida social como los estereotipos, la prototipicidad, la polarización, el favoritismo endogrupal, la búsqueda de identidad social positiva, el conflicto intergrupalo, y un largo etcétera, que nos alcanzan de lleno a todos, incluyendo, claro está, a los sistemas categoriales como el DSM, a las categorías como el TPET, e incluso a la práctica clínica.

El lenguaje de la enfermedad estigmatiza, además, a la persona, la deja al borde de responsabilizarla y culparla de su propio mal, y describe al *paciente* como un sujeto pasivo que debe recibir los cuidados y la curación de un experto. Es el lenguaje de la "ideología de la enfermedad" del que han quedado impregnadas las diversas ediciones del DSM (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Maddux, 2002). La definición que dicho manual hace en su versión DSM-IV (APA, 1995, p. xxi) de los trastornos mentales es un excelente ejemplo: "Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una dis-

capacidad (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad [...] Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica". Toda una declaración de intenciones.

Manifestación individual de una disfunción localizada en el sujeto: la salud directamente puesta al servicio de la enfermedad, de la disfunción psíquica u orgánica de una persona: ese es el verdadero sentido del trastorno mental de acuerdo con el DSM-IV-TR; un sentido que, además de entrañar una visión del sujeto encasillado dentro de los estrechos límites de un organismo individual, decide desestimar la concepción de salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la simple ausencia de enfermedad o de invalidez, que maneja la OMS desde hace más de cincuenta años. No es posible que la "American Psychiatric Association" sea capaz de prescindir, sin justificación teórica alguna, de la vasta tradición de la práctica totalidad de la ciencia social, de los espectaculares datos que nos ofrece la Epidemiología, de los avances en el campo de la medicina social y la salud pública, y de la cada vez más solvente corriente de la Psicología de la salud sin razón alguna. Una concepción del trastorno mental como algo encapsulado dentro de un sujeto y suspendido en el vacío social no es sólo una mera declara-

ción de intenciones; es también una declaración de visiones del mundo que pasa por una sólida convicción: en lo que atañe a la salud y al trastorno mental, no hay nada que no pueda inferirse de lo que acontece en los interiores de la persona y del organismo humano. Si ello es así, todo lo que está y acontece fuera de la piel del individuo resulta por completo indiferente para el trastorno mental: la represión y la tortura por razones políticas, la persecución y el estigma en razón de inclinaciones sexuales, credos religiosos que defienden una humillante desigualdad entre las personas, llamadas fanáticas que claman venganza, intereses políticos o económicos que terminan en conflictos armados, estructuras macro y microsociales aupadas en la lógica de la dominación, creencias que llevan impresa a sangre y fuego la superioridad del endogrupo y la inferioridad étnica o cultural del exogrupo, normas que sancionan la dependencia, la humillación, la desigualdad y la sumisión, leyes que jalean la discriminación en razón de la pertenencia racial, todo esto parece ser para el DSM un conjunto de hechos anecdóticos a la hora de hablar de trastorno mental. Y se equivocan de cabo a rabo.

Todas estas consideraciones no sólo sirven para seguir defendiendo algo tan obvio como la necesidad de situar al sujeto dentro de un contexto, sino en primer término para defender la hipótesis de que entender y tratar el trastorno mental en general, y el TEPT más en particular, requiere el esfuerzo de mirar

lo que acontece a su alrededor. Sirven también para plantear la posibilidad de que, cuando hablamos en términos de salud, bienestar, trastorno, etc., podamos aplicar todas estas características no sólo a las personas, sino a grupos, colectivos, comunidades. Finalmente, sirven para defender de manera convencida que la vía para revertir el estado de insania personal pasa muchas veces por modificar el modelo de relación que el sujeto mantiene con alguno de los elementos de su medio, o directamente por el cambio de alguno de los aspectos que lo caracterizan: su sistema de creencias, la estructura de poder, el modelo de distribución de la riqueza, las valoraciones de las categorías a las que pertenece, el respeto por sus convicciones políticas, etc. La idea de una patología instalada a lo largo y ancho de las características estructurales e ideológicas de un colectivo (sectas, grupos terroristas, etc.) e incluso dentro de toda una sociedad (el caso de Alemania durante el régimen nazi) es algo perfectamente asumible desde esa Psicología social que ha dado reiterada y puntualmente cuenta de los fenómenos de presión grupal investigados por Asch (1962), de las brutales e inesperadas reacciones de obediencia estudiadas por Stanley Milgram (1980), del concepto de desindividuación manejado por Zimbardo en su estremecedor experimento de la cárcel de Stanford (Zimbardo, Hanve, Banks y Jaffe, 1986), del concepto de burocracia weberiano que retoman Kelman y Hamilton (1989) para dar cuenta de las masacres, del concepto de ideolo-

gía utilizado por Martín-Baró para acercarse a la comprensión de esa modalidad extrema y letal de violencia política que es la guerra (Martín-Baró, 2003), del favoritismo endogrupal y la discriminación exogrupal que empezó a estudiar Tajfel (1984) abriendo una fructífera línea de investigación que nos lleva en la actualidad a hablar de los crímenes de odio (Dunbar, 1997; APA, 1998; Brewer, 1999). Todos estos ingredientes teóricos han sido tomados recientemente para, a raíz de los acontecimientos del 11-M, acercarnos decididamente a la propuesta de una patología grupal (ver a este respecto el capítulo 9 de Blanco, Caballero y de la Corte, 2004; Blanco, 2004), de una disfunción comportamental o psicológica, por seguir utilizando los términos del DSM-IV, instalada por completo fuera del sujeto individual y situada en las antípodas de su organismo. No es este el momento ni el lugar para desarrollar con detenimiento cada una de estas hipótesis, pero no quisiéramos sustraernos a ofrecer al lector una lúcida reflexión hecha por Zimbardo, Haney, Banks y Jaffe en la discusión de los resultados de su conocido experimento que viene como anillo al dedo en el marco del concepto de trastorno que maneja el DSM-IV-TR:

“Desgraciadamente la insistencia de los psiquiatras tradicionales, los psicoanalistas y los psicólogos de la personalidad en que la conducta desviada o patológica es un producto de los débiles, de rasgos latentes y de toda una cohorte de disposiciones internas supuestas ha hecho un flaco servicio a la

humanidad. Los que ocupan posiciones de poder han recibido de esta forma un arsenal de etiquetas para aplicar a los que carecen de poder, a los pobres a los disidentes, a los inconformistas, a los revolucionarios, etc., permitiéndoles mantener el estatus quo convirtiendo a las personas en *problema* en lugar de las injusticias en la situación vital económico/socio/político. Además, este análisis disposicional se convierte en un arma en manos de los legisladores reaccionarios y de las agencias encargadas de sancionar las leyes, ya que entonces las personas que son consideradas como problema pasan a ser tratadas por una de las instituciones ya existentes mientras que las situaciones problema son ignoradas o despreciadas como irrelevantes o demasiado complejas para cambiar fácilmente" (Zimbardo, et. al., 1986, p. 105).

No se andan por las ramas los investigadores de la Universidad de Stanford; más aún, da la impresión de que ponen el dedo en la llaga que más duele: en el fondo, la concepción del trastorno en los términos manejados por el DSM-IV-TR no deja de ser una apuesta por una visión del mundo centrada en el sujeto, en sus méritos y deméritos, en sus éxitos y fracasos, en sus logros y frustraciones, dejando al margen, como si de un adorno meramente estético se tratara, los rasgos y características del contexto en el que está inserto, dando por bueno, o al menos por inocuo para la salud o el trastorno mental, cualquier sistema político, cualquier ordenación del poder, cualquier

modelo de distribución de la riqueza, cualquier estructura de normas, cualquier sistema de valores, cualquier entramado de creencias. Ese 1.7 para el caso de la depresión, 3.59 para el abuso del alcohol, y 7.85 de riesgo mayor para contraer la esquizofrenia en mujeres negras, pobres a cargo de familias monoparentales que nos ofrecía hace años Deborah Belle (1990), sólo puede ser, desde la lógica del DSM-IV, una "manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica". Este es, sin duda, el camino más seguro para culpar a la víctima de su trastorno y exculpar al entorno, con las consecuencias socio-políticas que de ello se derivan, aberrantes la mayoría de ellas. De dentro hacia fuera: una reacción "anormal" en el marco de un contexto "normal".

La propuesta de Martín-Baró va a ser justamente la contraria: a veces, el trastorno psicológico no es sino el reflejo de algún tipo de disfunción en el marco de las relaciones sociales:

"La salud mental deja de ser un problema terminal [la situación post-traumática] para convertirse en un problema fundante [la situación pre-traumática]. 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, p. 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 el 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, p. 338).

La cita es larga, pero merece la pena que la tomemos en consideración. Se trata de una propuesta hecha hace veinte años (muy pionera, por tanto), que se instala den-

tro de unos parámetros avalados por la teoría socio-histórica de Vygotski (1987): desde el punto de vista psicosocial, la unidad de análisis de cualquier fenómeno psicológico (y la salud o el trastorno mental lo son por derecho propio) no puede ser otro que la relación sujeto-objeto, individuo-mundo. Lo relacional como fuente de realidad, huyendo de los clásicos determinismos centrados en la obtusa, innecesaria, y periclitada primacía de cualquiera de ellos. Esa es la línea argumental de la ley genética del desarrollo cultural, del desarrollo sin cambios en el tipo biológico, y de la sociogénesis de las formas superiores de conciencia: "Detrás de todas las funciones superiores, de sus relaciones, están, genéticamente, las relaciones sociales, las relaciones reales entre la gente" (Vygotski, 1987, p. 161). La conducta del hombre adulto contemporáneo, argumenta, resulta ser el producto de dos procesos diferentes: el proceso de evolución biológica, y el proceso de desarrollo histórico, pero es indudable que el desarrollo, y sobre todo la expresión y manifestación de las funciones psíquicas superiores ha acontecido al margen del primero. Solomon Asch asestó un golpe teórico definitivo a los determinismos psicológico y sociológico; ambos, dijo, están aquejados de varias carencias: "carecen de la concepción de que las cosas relacionadas producen efectos ordenados que dependen de las propiedades de los participantes. En particular carecen de la concepción de interacción psicológica y de campo mutuo. Ambas ignoran el hecho de la interacción..."

Ninguna puede admitir el hecho de que los acontecimientos psicológicos a los que llamamos sociales son, en un sentido preeminente, relacionales" (Asch, 1962, p. 257).

La escasa atención prestada por el DSM-IV-TR a los aspectos sociales del trauma y a las características del contexto en el que se manifiesta, choca con la opinión generalizada de que "el DSM no es un documento científico, es un documento social" (Widiger y Trull, 1991, p.111). Esta afirmación puede comprobarse con especial claridad en el caso de la creación e inclusión de la categoría diagnóstica que nos ocupa, el TEPT.

LA CONSTRUCCIÓN Y DECONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL TEPT

Como es bien sabido, en su origen, el TEPT estuvo estrechamente ligado a la guerra. Da sus primeros pasos en 1871, cuando un médico norteamericano, Da Costa, publica en el "Journal of Medicine and Sciences" un artículo bajo un sugerente título, "El corazón irritado", en el que narra una suerte de desorden funcional cardíaco padecido por un combatiente en la Guerra Civil norteamericana (1861-1865). El soldado en cuestión presentaba dolor en el pecho, taquicardia y vértigos. Los estudios acerca de los efectos de los conflictos bélicos sobre la salud de los combatientes en la Guerra Civil y en la Primera Guerra Mundial, así como la publicación del libro de Abraham Kardiner, *The Traumatic Neurosis of War*,

señalaron la presencia de una serie de síntomas que, tomados en conjunto, afectaban a la mayoría de los soldados que habían participado en estos conflictos. Según Kardiner, los soldados sufrían una irritabilidad crónica, reacciones de sobresalto y agresiones explosivas. Sin embargo, el síntoma más característico era la tendencia a revivir la situación traumática de manera que el paciente actuaba como si la situación original se mantuviera.

Estos estudios y descripciones no fueron, sin embargo, suficientes para impulsar la existencia de una característica diagnóstica. La mayoría de las revisiones históricas (Bobes, Bousoño, Calcedo y González, 2003) cifran en dos los acontecimientos centrales para la introducción de esta categoría en el DSM: el retorno de los soldados de EEUU de la guerra de Vietnam, y la primera descripción psicopatológica de las mujeres víctimas de una violación. El primero produjo un gran impacto en el país. Los soldados se encontraron con una situación que los hacía extraordinariamente vulnerables debido por una parte a la falta de agradecimiento y consideración por sus sacrificios en una guerra impopular, y después a la posterior ausencia de reconocimiento de sus problemas emocionales, lo que les impedía el acceso al tratamiento sanitario y a las compensaciones económicas. Dado que los soldados afectados por este trastorno describieron síntomas muy parecidos a los señalados por Kardiner, muchos profesionales sanitarios comenzaron a presionar para que la enfermedad se introdu-

jera como una nueva categoría diagnóstica en el DSM-III.

Otro suceso fundamental fue la descripción, en 1974, del síndrome de la mujer violada (Burguess y Holstrom, 1974). En este trabajo se señalaba que las terribles pesadillas y *flashbacks* que experimentaban las mujeres que habían sido víctimas de una violación resultaban muy parecidos a los que habían sido descritos en soldados expuestos al combate. Se produjo, además, una sensibilización mayor hacia algunos traumas que podían experimentarse en la vida civil como el maltrato a menores o la violencia doméstica (Walker, 1979).

Los grupos políticos de apoyo a estos dos movimientos, veteranos de guerra y movimientos feministas, ejercieron una dura presión sobre los comités y grupos de trabajo que estaban gestionando el DSM-III. De hecho, la inclusión fue claramente precipitada porque, como señalan la mayoría de los autores, no se realizaron estudios de campo y los criterios diagnósticos se incluyeron basándose en una revisión de la bibliografía y de la casuística disponible (Bobes, et. al., 2003). Finalmente, en 1980 el sistema DSM aceptó incluir un diagnóstico nuevo que reflejara estos trastornos al que llamó *post-traumatic stress disorder* (PTSD): trastorno de estrés postraumático. La inclusión de este diagnóstico tuvo grandes repercusiones políticas dentro del ámbito de la causalidad de los trastornos mentales al ser el primero en el que la causa se situaba fuera del individuo.

Desde la creación e inclusión de la categoría de TEPT en el DSM-III se han desarrollado numerosas investigaciones sobre la psicología, biología, epidemiología y tratamiento de este trastorno que, aunque han contribuido a un mejor conocimiento del trauma, han ido tejiendo también una serie de suposiciones sobre las que merece la pena volver. En primer lugar, resulta necesario reseñar que categorías como el TEPT son simplemente herramientas en las que han convenido los profesionales, y de las que nos valemos para orientarnos y dar sentido a una parte muy concreta de la realidad; son artefactos, como todos los que usamos en Psicología, que han sido elaborados dentro de un contexto normativo y valorativo del que se sirven determinados colectivos e instituciones. El TEPT no fue descubierto como se descubre un virus, una proteína o un fragmento de ADN. El TEPT es fruto de un acuerdo, como lo son los elementos que definen nuestra realidad social. Las reacciones que descubren no son ciertamente un "mito", en el sentido que Thomas Szasz (1974) da a este término aplicado a los trastornos mentales, pero contrariamente a lo que sucede cuando describimos las reacciones del VIH, el TEPT lleva impresa en su descripción una visión del mundo protagonizado por un sujeto dueño, soberano y protagonista absoluto de sí mismo y de su conducta, cuyo comportamiento sigue puntualmente las directrices marcadas por los deseos, intenciones, motivos y razones personales. El Eje IV del DSM-IV-TR incluye ciertamente una serie de categorías que

definen problemas agrupados en torno al grupo primario de apoyo, al ambiente social, relativos a la enseñanza o a la economía, pero eso no parece haber servido para introducir ni un solo matiz en la concepción del trastorno mental. Digamos que no ha servido de mucho.

El uso de categorías ha sido predominante en las llamadas culturas científicas occidentales durante las tres últimas décadas, y subyace a un tipo de pensamiento que ha sido denominado por Bruner (1986, p. 62) paradigmático, en la medida que "emplea categorizaciones y conceptualizaciones y articula las operaciones mediante las cuales las categorías son establecidas [...] y relacionadas con otras para formar un sistema". Desafortunadamente, en muchas ocasiones cuando construimos categorías como el TEPT, las vemos en sí mismas como realidades y las confundimos con el mundo real. Como resultado de esta equivocación también solemos confundir clasificar con comprender, y etiquetar con explicar (Ross, 1980). El TEPT forma parte de un sistema de clasificación, y los sistemas de clasificación no son verdaderos (válidos) o falsos (no válidos); son simplemente útiles. Los criterios de validez que debemos emplear son criterios de utilidad (Nathan y Langenbucher, 1999), y éstos son de dos órdenes: facilitar el diagnóstico clínico y la toma de decisiones, por una parte, y proceder a la intervención o al tratamiento por la otra. Las categorías diagnósticas como el TEPT deben facilitar, pues, el juicio clínico y el tratamiento.

Aunque las categorías pueden ayudar a efectuar un diagnóstico clínico preciso, también pueden sesgar el procesamiento de la información. El problema comienza con las creencias previas del profesional. Como hemos comentado, la primera de ellas es que los trastornos mentales existen y tienen propiedades reales. Relacionado con ello se supone que las personas que acuden a un psicólogo clínico tienen, por tanto, problemas que deben encajar en alguna categoría diagnóstica. Finalmente, los propios profesionales creen que son objetivos en su percepción de la realidad, que no están influidos por los sesgos y errores en el procesamiento de la información, que son inmunes al error atributivo fundamental, y que, por tanto, toman decisiones objetivas. La génesis de esta auto-percepción está relacionada con la creencia general de que los profesionales de la salud que han recibido una formación académica son más precisos y cometen menos errores a la hora de procesar la información diagnóstica que las personas que no han recibido esa formación. Los datos que nos ofrece la investigación no siempre corroboran esta imagen (Garb, 1998), debido fundamentalmente a la existencia de un sesgo confirmatorio a la hora de comprobar las hipótesis diagnósticas, que hace que los profesionales de la salud sesgen el procesamiento de la información prestando mayor atención a la información que confirma su diagnóstico (Dawes, 1998). De hecho, en oposición a la creencia de que cuanto mayor es la experiencia profesional clínica menores

son los errores en el procesamiento de la información, distintas investigaciones señalan la existencia de correlaciones positivas que apuntan en la dirección contraria: cuanto mayor es la experiencia, mayores errores y sesgos se cometen en el procesamiento de la información (Snyder, Shenkel y Lowery, 1977; Garb, 1998). Finalmente, existe también la creencia de que emplear una categoría diagnóstica como el TEPT facilita el tratamiento, pero los tratamientos con una teoría que los sustente en su base es fundamental para poder explicar cuáles son las causas, qué es lo que sucede y qué debe ser mantenido o cambiado. Puesto que el DSM, por diseño, es puramente descriptivo y ateórico, no puede adentrarse en la etiología de los trastornos que describe; simplemente realiza una descripción de síntomas que puede sugerir, aunque vagamente, qué debe cambiarse. Pero el DSM no puede señalarlos el cómo facilitar el cambio, ni tampoco cuáles son las causas.

Estamos manejando dos obviedades: a) los profesionales de la Psicología tienen también una teoría sobre el funcionamiento de la mente propia y de la mente ajena, y b) el TEPT lleva impresa en su descripción una visión del mundo protagonizada por un determinado modelo de sujeto. Un modelo de sujeto que, entre otros, chocaría de frente y estrepitosamente no sólo con la teoría socio-histórica de Vygotski, a la que hemos aludido, sino con la epistemología comparada de Lewin (1991), con la teoría de la categorización de Tajfel (1984), con el realismo crítico de Martín-

Baró (1998), con el sujeto reflexivo de Mead (1925, 1964), con el modelo relacional de Asch (1962), con el modelo cibernético de Milgram (1980), y por supuesto con el "sujeto con mente" de Angel Rivière (1991). El TEPT se sustenta sobre una teoría de la mente que concibe al sujeto desprendido del mundo, y que atribuye intenciones, infiere creencias, descubre motivos y averigua razones sirviéndose única y exclusivamente del sujeto, y se acerca a su comportamiento con la sospecha de que todo está escrito en su interior. Este es, sin duda, su argumento central, pero curiosamente es también, y al mismo tiempo, el argumento central del que conocemos como *error fundamental de atribución*, una tendencia a enfatizar y a sobreestimar lo disposicional (causas internas) frente a lo situacional (el contexto) a la hora de percibir, juzgar o analizar la conducta de las personas. Es importante resaltar esta paradoja que no deja de ser teóricamente hiriente. Fritz Heider creyó a pie juntillas que la Psicología científica debe mucho a la Psicología ingenua, a esa Psicología natural e intuitiva que posee el hombre de la calle que empezamos y acabamos siendo todos, prácticamente sin excepción. En el terreno que nos ocupa, todos los datos apuntan a que el científico ingenuo ha ido por delante del profesional, y bueno será que intentemos poner remedio a un desfase del que no hay razón alguna para sentirse orgulloso. Para ello no es necesario correr el riesgo de construir apresuradamente una nueva epistemología psicológica; nos basta y nos sobra con la que

se fue poniendo en uso desde los años treinta de la mano de los autores antes mencionados. Son precisamente ellos quienes con sus reflexiones teóricas, derivadas las más de las veces de estudios e investigaciones consagradas como clásicas, han abierto el camino a un enfoque claramente alternativo a ese empirismo individualista atado de pies y manos al error fundamental de atribución, cuya única fuente de conocimiento son los datos provenientes de un sujeto psicológico que atesora una libertad individual sin límites, y que en un determinado momento, debido a una quiebra interior, se desliza por derroteros empedrados de insania. Y este enfoque alternativo pasa por la necesidad de emplear un enfoque verdaderamente psicosocial.

LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL TRAUMA

Apostada en la estación de Atocha había una pancarta en la que se podía leer: "Ningún hombre es una isla". La letra es Tajfel, y la música nos lleva por una hipótesis que es necesario recuperar a la hora de hablar de cualquier aspecto del funcionamiento psíquico del sujeto, incluido, claro está, el trastorno mental: "la Psicología social *puede y debe* incluir entre sus preocupaciones teóricas y en relación con la investigación, un interés directo por las relaciones entre el funcionamiento psicológico humano y los procesos y acontecimientos a gran escala que moldean este funcionamiento y son moldeados por él" (Tajfel, 1984, p. 23). Este es

un supuesto regio desde el punto de vista psicosocial, que no sólo sirve para el estudio de esos comportamientos de los que tradicionalmente se ha ocupado nuestra disciplina (el altruismo, las actitudes, la agresión, los fenómenos grupales, etc.), sino de cuantos quepan ser estudiados desde la perspectiva psicosocial, que son todos, incluida, sin ningún género de dudas, la salud mental. El bienestar y la salud, como cualquier otro proceso psicológico, no puede ser un juego de afirmaciones absolutas e ingravidas alejadas de la concreción de quienes la protagonizan. Desde la teoría de la categorización social ya sabemos que los juicios sobre las personas, como es un diagnóstico sobre su salud mental, nunca pueden hacerse en un vacío de afirmaciones absolutas que lleva implícita la imagen de aislamiento y soledad de los fenómenos psicológicos que tenemos entre manos. 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.

Cuando adjetivamos "psicosocialmente" el trauma, lo que estamos haciendo es tratar de situarlo en sus coordenadas socio-históricas, por si cupiera la posibilidad de establecer una relación entre las condiciones en las que se ha gestado y la naturaleza o intensidad del daño causado, y de que sus conse-

cuencias pudieran afectar no sólo a las personas particulares, sino a los diversos elementos del entorno en el que se mueven. De nada nos sirve saber que el origen del trauma se sitúa fuera del sujeto si no tomamos en cuenta este hecho para conectarlo con la naturaleza y características de sus manifestaciones internas o externas. Siguiendo la senda previamente marcada, desde la perspectiva psicosocial resulta no solo pertinente, sino de todo punto de vista imprescindible preguntarse por las condiciones que rodean a las personas que sufren el trauma por si lo postraumático pudiera ser en un determinado momento una continuación a nivel personal de condiciones pretraumáticas. 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. El sujeto del trauma, como el sujeto empeñado en sacudirse la adicción al alcohol, no puede renunciar, si no quiere verse reducido a una sombra de sí mismo, a su reflexividad (capacidad de ser al mismo tiempo objeto y sujeto de nuestro propio conocimiento, decía Mead, y capacidad para ponerse en lugar del otro), a su historicidad, a su capacidad de creación, manejo y transmisión de símbolos (la capacidad de signación, que decía Vygotski), a su socialidad

(ubicación dentro de una red de relaciones sociales, estructuras de poder sobre todo), a su actividad hacia dentro (capacidad de aprender y cambiar sus estrategias comportamentales o cognitivas) y hacia fuera (capacidad para modificar el medio); un sujeto, en fin, que está continuamente aportando pruebas que contradicen abiertamente ese error fundamental de atribución en el que parece haberse enclaustrado el TEPT. El protagonista del trastorno y de la salud no puede ser otro que un sujeto socio-histórico.

Lo son sin duda los sujetos que protagoniza la violencia terrorista que nos asoló el 11-M, y lo son también quienes, en diverso grado, sufrimos sus consecuencias, que de alguna manera somos todos, de suerte que cuando analizamos episodios de esta naturaleza resulta imprescindible mirar alrededor, 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 o excesos ocasionales de determinadas personas. Desde la perspectiva psicosocial resulta inaceptable reducir el trauma psicológico causado por las diversas y sofisticadas formas en las que se manifiesta la violencia política y el terror a una mera ecuación personal. Esa fue la hipótesis que trabajó, con perfecto conocimiento de causa, Ignacio Martín-Baró: vivió en medio del conflicto salvadoreño, a su estudio dedicó

sin duda la parte más importante de su quehacer científico, y murió asesinado por el ejército salvadoreño en el recinto de la Universidad una madrugada del mes de noviembre de 1989. Son muchas las razones para prestar la máxima atención a su propuesta sobre el trauma, que se dejaría resumir en los siguientes puntos:

1. Como cualquier otro fenómeno psicológico, el trauma posee un carácter dialéctico; es el resultado de ese complejo proceso de relaciones en el que está implicado el sujeto y los procesos y acontecimientos sociales a gran escala que lo rodean, que hemos visto defender a Tajfel. Cuando hablamos del carácter dialéctico del trauma 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, p. 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. No se trata sólo de mirar "fuera" del sujeto, sino de mirar "antes" de que ocurra el trauma, prestar atención a la situación pretraumática, 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. El trauma no sólo afecta a per-

sonas concretas, sino a su mundo de relaciones sociales, a las estructuras e instituciones sociales dentro de las cuales se ubican los sujetos.

3. El trauma se convierte así en "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, p. 295) que afecta de manera especial a los colectivos y grupos más vulnerables.

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, p. 293).

En buena medida, lo confiesan los propios autores, este fue el marco de referencia en el que se instalaron un grupo de profesionales de la salud mental (mayormente procedentes de la Psicología) que comenzaron a trabajar con personas que habían sido pasto de la persecución política y de la tortura a mano de los esbirros del general Pinochet. No tardaron mucho en percatarse de que si bien los afectados entraban plenamente dentro de la categoría de "traumatizados", no siempre resultaban útiles 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).

Cabe, entonces, la posibilidad de que al hablar del trauma causado por la violencia estemos hablando tanto de una sintomatología de índole psicopatológica como de expresiones concretas de un conflicto social y político cuyas consecuencias 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).

En los actos de violencia que encuentran su apoyo en el fanatismo político o religioso (el 11-M es uno de ellos), se ponen en marcha procesos que sitúan a las personas (a las víctimas y a los victimarios) dentro un contexto atravesado de relaciones de poder y sumisión, dentro de un marco en el que se activan hasta el paroxismo pertenencias categoriales alimentadas de verdades a medias y de mentiras de cuerpo entero, de estereotipos nada benevolentes que desembocan en una polarización extrema de personas y posiciones (un “ellos” y “nosotros”, que da paso a “nosotros” contra “ellos”), que suelen abrir el camino a esos procesos de favoritismo endogrupal y discri-

minación exogrupal de los que tan sólidas y reiteradas noticias tenemos a partir de las investigaciones pioneras de Tajfel sobre el grupo mínimo. La traumatización extrema, dice David Becker, uno de los miembros de aquel histórico Instituto de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS), "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, p. 107). La estructura de poder como marco de referencia a la hora de hablar del trauma: "los victimarios en todas las partes del mundo han usado el 'desorden' de las víctimas para justificar sus actos de crueldad y destrucción" (Becker, 1995, p. 103), normalmente una desviación ideológica de carácter político o religioso a la que es necesario poner fin sin ahorrar ningún medio. Para los victimarios, el problema no reside en el "desorden social" (ese desorden ordenado del que hablaba Martín-Baró) que puede suponer las condiciones miserables que rodean la vida de millones de personas, la injusticia, la desigualdad, la represión política, la persecución en razón de las ideas, o el fanatismo religioso, sino la resistencia de determinadas personas a admitir las condiciones o a asumir los postulados que les imponemos como verdades absolutas con vocación de eternidad. Una posición a todas luces insostenible no sólo desde el punto de vista moral, sino desde cualquier supuesto científico del que nos queramos valer en el estudio del trastorno mental.

Aquella "nueva psicología del trauma" de la que habló Janoff-Bulman hace veinte años, necesita tener en cuenta la totalidad de las experiencias de los supervivientes, parte de las cuales caen lejos de los parámetros con los que se maneja en TEPT: 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 que nos rodea queda hecho añicos como consecuencia del terror (Janoff-Bulman, 1992, p. 50). Un orden y una estabilidad que, entre otras cosas, se derrumba estrepitosamente como consecuencia de la violencia, y hacen de él un contexto "amenazador y traumatizante, con gran potencial destructivo" (Lira, Becker y Castillo, 1990, 39), convirtiendo las relaciones interpersonales en un campo minado de amenazas, desconfianza y temor: se destruye la confianza en los demás, una de las creencias sobre las que fundamentamos nuestra vida interactiva. El miedo pasa así a convertirse en el patrón fundamental de la vida social. El miedo como proceso psicológico y como proceso político: ese es su estatus, y ese es también el título del primer capítulo de uno de los estudios más significativos del grupo chileno, agrupado ya para esas fechas en el "Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos" (ILAS):

"El miedo se genera en la subjetividad de personas concretas, y

como tal es una experiencia privada y socialmente invisible. Sin embargo, cuando miles de sujetos son amenazados simultáneamente dentro de un determinado régimen político, la amenaza y el miedo caracterizan las relaciones sociales incidiendo sobre la conciencia y la conducta de los sujetos. La vida cotidiana se transforma. El ser humano se hace vulnerable... La relación entre la amenaza política y la respuesta de miedo individual o social forma parte simultáneamente de procesos psicológicos y procesos políticos que se influyen dialécticamente" (Lira y Castillo, 1991, p. 8).

De hecho, autores como Foa, Steketee y Routhbaum (1989), en una primera aproximación que dará paso posteriormente a su *teoría del procesamiento emocional*, señalan que lo que caracteriza al TEPT frente a otros trastornos de ansiedad es la ruptura de los conceptos de seguridad y la activación de una *memoria del miedo* que provoca que las personas que lo sufren actúen con un estilo de supervivencia que les impide llevar una vida normal. Martín-Baró expresó la misma idea valiéndose de otros términos: la estrechez y rigidización de la vida social, la polarización social, la devaluación de la vida humana, el socavamiento de las relaciones sociales, y el deterioro de la convivencia social son consecuencias del trauma psicosocial:

"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. Aflora 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, p. 343-344).

Richard Mollica, Director del "Harvard Programm in Refugee", coincide con Janoff-Bulman (resulta difícil no hacerlo) en que la experiencia del trauma derivado de la violencia política no sólo conduce a una transformación del sistema de valores, a una destrucción de las costumbres culturales y de las creencias, y a su posterior sustitución por nuevas ideas respecto al mundo que nos rodea, sino que además el trauma lleva consigo 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, p. 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.

LA PSICOLOGÍA Y SU COMPROMISO CON EL BIENESTAR

El trauma socava, debilita y limita la vida personal y social de las víctimas. En ese contexto es en el que entra en escena la Psicología, el que le exige una respuesta inmediata como ciencia y como profesión. El 11-M ha tenido de las dos, buena prueba de ello es este número monográfico, que se añade al Número extraordinario "Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid", publicado en esta misma Revista. Con ello no hacemos más que cumplir con nuestro deber, ese que queda claramente explicitado en el Artículo 5 de nuestro Código Deontológico: "El ejercicio de la Psicología se ordena a una finalidad humana y social, que puede expresarse en objetivos tales como el bienestar, la salud, la calidad de vida, la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos, en los distintos ámbitos de la vida individual y social". El bienestar y la salud como principios rectores de nuestro quehacer: he aquí un escueto y preciso resumen del deber ser de la Psicología, de una ciencia de la que ya no nos vale solo decir que no está libre de

valores, sino de la que proclamamos los valores que rigen su ejercicio profesional.

Robert Nisbet, un fino historiador de la ciencia social, desarrolló con todo lujo de detalles una hipótesis a la que nos interesa prestar la máxima atención:

"las grandes ideas de las ciencias sociales tienen invariablemente sus raíces en aspiraciones morales. Por abstractas que las ideas sean a veces, por neutrales que parezcan a los teóricos e investigadores nunca se despojan, en realidad, de sus orígenes morales. Esto es particularmente cierto con relación a las ideas de que nos ocupamos en este libro [comunidad, autoridad, estatus, lo sagrado y la alineación]. Ellas no surgieron del razonamiento simple y carente de compromisos morales de la ciencia pura. No es desmerecer la grandeza científica de hombres como Weber y Durkheim afirmar que trabajan con materiales intelectuales – valores, conceptos y teorías – que jamás hubieran llegado a poseer sin los persistentes conflictos morales del siglo XIX. Cada una de las ideas mencionadas aparece por primera vez en forma de una afirmación moral, sin ambigüedades ni disfraces. Estas ideas nunca pierden por completo su textura moral. Aún en los escritos científicos de Weber y Durkheim, un siglo después de que aquéllas hicieran su aparición, se conserva vívido el elemento moral. Los grandes sociólogos jamás dejaron de ser filósofos morales" (Nisbet, 1969, p. 33-34).

El acuerdo en este sentido es prácticamente unánime: el interés que en su momento unió a pensadores de diversa procedencia y adscripción política fue la honda preocupación por las consecuencias social y psicológicamente devastadoras de los cambios tecnológicos: la degradación de la vida de los trabajadores, la sacudida sufrida en las formas de vida tradicionales, la anarquía intelectual y el caos moral, el profundo deterioro de la socialidad, la honda huella psicológica que va dejando tras de sí la alineación, por no hablar de las condiciones de vida humillantes a que se vio enfrentada la masa obrera. Todo ello conduce a un objetivo compartido sin fisuras por la práctica totalidad de los más cualificados protagonistas de la ciencia social: la emancipación, "el interés cognoscitivo emancipatorio", en palabras textuales de Habermas (1982, p. 325) que asegura la conexión del saber teórico con una práctica vivida.

Ese interés ha tenido en la Psicología una traducción más que convincente en el concepto de bienestar, que, bien mirado, no es otra cosa que un sinónimo del concepto de salud. La búsqueda y la implantación del bienestar se convierten para nosotros en el sinónimo de la emancipación, y por tanto nada menos que en el hecho fundante de la Psicología, en el objetivo último que la justifica como ciencia y la legitima como una profesión resueltamente volcada a la intervención. Su vocación emancipatoria se traduce en su inveterada vocación de intervención, y esta tiene en el bie-

nestar su marco de referencia más consagrado. A veces, esa emancipación tendrá como marco el propio sujeto (un sujeto activo hacia dentro); otras el objetivo se centrará en la emancipación frente al medio (un sujeto activo hacia fuera).

Fue George Miller (1969) quien, como Presidente de la APA, dejó apuntadas algunas ideas maestras en una alocución que hoy podemos calificar de histórica: la Psicología como instrumento al servicio de la promoción del bienestar social, fue el título de su conferencia. A ella le siguieron otras que con el paso de los años se han convertido en referentes indiscutibles, como las de Donald Campbell sobre la necesidad de planificar las reformas sociales como experimentos, y la de Morton Deutsch, un psicólogo social comprometido desde hace más de cincuenta años en la búsqueda de argumentos científicos para conseguir la paz, una meta anhelada hoy en día por medio mundo como el primer paso para su bienestar. La postura de estos dos singulares teóricos de la Psicología sigue siendo un referente. La de Campbell, un exquisito metodólogo de las ciencias del comportamiento, porque pretende dotar de rigor a los programas de intervención para que sean eficaces, y la de Morton Deutsch porque entra de lleno en el debate de fondo: la Psicología, dice, debe ser empleada más para la paz que para la guerra, más para la reducción de armas que para su promoción y venta, más para eliminar el etnocentrismo que para promover el racismo, por-

que "desde Hiroshima no podemos seguir pretendiendo que los científicos sociales y la ciencia aleguen inocencia respecto a las consecuencias sociales de sus actividades científicas" (Deutsch, 1969, p. 1092).

De entre toda la compleja trama de asuntos que rondan el concepto de bienestar del que nos hemos ocupado en algún otro momento (Blanco, Rojas y de la Corte, 2000), nos interesa recoger un aspecto que entendemos de singular importancia para una concepción psicosocial de la salud y del trastorno mental: los indicadores sociales que se han manejado a la hora de definir el bienestar psicológico o el bienestar subjetivo. Desde las pioneras aproximaciones de Wilson en 1967 hasta las más recientes de Ed Diener, uno de los especialistas más consumados, en el marco teórico de la psicología positiva, han sido muchas las apuestas en torno a este concepto. Un muestreo significativo de las más importantes a partir de la revisión del propio Diener en 1984 (Diener, 1994), y pasando por las propuestas de Veenhoven (1994), Michalos (1995), Ryff y Keyes (1995), Sen (1996), Allardt (1996), Staudinger, Fleeson y Baltes (1999), Diener, Lucas y Oishi (2002), ofrecen un panorama en el que se dejan fácilmente identificar cuatro grandes bloques de variables:

1. El bienestar y la salud se dejan ver frecuentemente acompañados de una serie de variables demográficas que tradicionalmente nos han servido para ubicar a los sujetos en

el contexto social (algunas de ellas son las que se han manejado tradicionalmente como indicadores de la clase social). Hablamos de variables como la edad, el sexo, la raza, el nivel educativo, el empleo, y el nivel de ingresos.

2. Estas variables ponen diferencialmente a nuestra disposición unos recursos que nos permiten un mayor o menor acceso a cuidados de salud (este es sin duda un indicador central del bienestar, señalado por Erikson, 1996), un determinado nivel de seguridad de nuestra vida y de nuestras propiedades, una mayor o menor posibilidad de instrucción que en determinados momentos nos puede ayudar a hacer frente a los bien conocidos eventos estresantes de vida, etc.

3. Es necesario también reseñar que el contexto macro y microsocial en el que nos movemos nos facilitan poder contar con un determinado nivel de recursos sociales que, además de las posibilidades de instrucción y empleo, pasan por la igualdad social, por un determinado margen de libertad política, hasta el punto, dice Veenhoven (1994, p. 102) que la satisfacción con la vida no sólo es mayor en los países económicamente más prósperos, sino en aquellos que socialmente son más iguales, aquellos en los que se respetan los derechos humanos y las libertades políticas, y en los que hay un mejor acceso al conocimiento. Amartya Sen (1996), quien fuera premio Nóbel de Economía en 1998, lo ha definido de manera extraordinariamente precisa: la libertad para el bienestar.

4. Hay finalmente un conjunto de variables que se sitúan en un nivel de hondo significado psicológico que podrían quedar enclavadas dentro de esas necesidades socio-emocionales que requieren satisfacción y que van desde el apego hasta la identidad, pasando por el apoyo social y emocional, por el respeto, por el cariño, por todas esas cosas que normalmente se satisfacen en las distancias cortas y que tienen a los grupos primarios como protagonistas: el contacto social y las relaciones familiares y la integración social (Erikson, 1996), el arraigo y los contactos comunitarios, los patrones activos de amistad y la participación social (Allardt, 1996), las relaciones positivas con los demás (Ryff y Keyes, 1995). Conviene recordar que los problemas relativos al grupo primario son los primeros que se recogen en el Eje IV del DSM-IV-TR, y todos ellos giran en torno a la quiebra o ruptura de los lazos que unen al sujeto a figuras o grupos de hondo significado y valor afectivo.

Estos cuatro grandes grupos de variables forman parte del sujeto socio-histórico cuyo bienestar físico, social y psicológico centra la razón de ser de la Psicología. El trastorno causado por acontecimientos como el 11-M afectan, de manera decisiva, a las dimensiones psicológicas y sociales de ese sujeto; por eso adjetivamos al trauma como psicosocial. Esa, ya lo hemos visto, fue la denominación que le dio Martín-Baró mediada la década de los ochenta. Hoy autores como Horowitz (1976), Janoff-Bulman (1992), Bolton y Hill (1996) y Mollica

(1999) siguen defendiendo que los acontecimientos traumáticos destruyen creencias compartidas sobre el yo, sobre los otros y sobre el mundo que nos rodea. De forma consistente con esta idea, numerosos estudios empíricos han encontrado un incremento generalizado de creencias negativas sobre el *self*, sobre los otros y sobre el mundo en personas que han sufrido experiencias traumáticas (Dunmore, Clarks y Ehlers, 1999).

Todo ello nos acerca definitivamente a la posibilidad de que el trauma afecte a todas y cada de las cinco dimensiones fundamentales para el bienestar social que maneja Keyes (1998):

1. Los traumas rompen los lazos de relación entre la persona y su comunidad, destroza el sentido de pertenencia, y asesta un golpe que puede ser definitivo a su *integración social*. Al final de "El Suicidio", Durkheim introduce el concepto de integración social: "El suicidio egoísta se origina porque la sociedad no tiene en todos sus puntos una integración suficiente para mantener a todos sus miembros bajo su dependencia... Por consiguiente, la única forma de remediar el mal es dar a los grupos sociales bastante consistencia para que mantengan más firmemente al individuo, y que éste, a su vez, se sostenga unido a ellos" (Durkheim, 1928, p. 418). Muy probablemente se trata de la necesidad psicológica más primitiva, la del apego social, que en el transcurso del ciclo vital se va concretando en afiliación, auto-evaluación, sentimiento de pertenencia, y

búsqueda de identidad social positiva. Todas ellas constituyen razones profundas de la vida social, y contrastan con los efectos psicológica y socialmente devastadores de la soledad, sobre todo cuando ésta acontece en las primeras etapas de la vida. El trauma te deja en un estado de orfandad; una infinita tristeza y una infinita soledad se apodera de la vida.

2. Los traumas destrozan la que Janoff-Bulman cree que es una creencia sólidamente compartida, la de que la gente es buena, honesta, amable. Rompen la confianza en la gente y ponen entre paréntesis todo el andamiaje cognitivo que sustenta la hipótesis de un mundo justo. Martín-Baró había señalado que el efecto más destructor de la guerra pasa por el deterioro de la convivencia social, por la introducción de una desconfianza radical en las relaciones interpersonales. El trauma genera una visión negativa sobre la naturaleza humana y por tanto disminuye sensiblemente los niveles de aceptación social.

3. Como consecuencia de ello, de la dramática conciencia de vulnerabilidad que nos invade, nos percatamos de una dolorosa realidad: somos perfectamente prescindibles; el mundo puede seguir su andadura sin percatarse lo más mínimo de nuestra falta. El trauma hace disminuir radicalmente el valor que nos otorgamos, la sensación

de ser una parte vital de nuestra sociedad, la sensación de *contribución social*, e incluso la creencia de que lo que hacemos tiene algún sentido o hace alguna aportación al bienestar común. Desde el punto de vista psicológico, es quizás la auto-eficacia la que más sienta los efectos del trauma (Bandura, 1997, p. 321-323), pero es necesario reseñar cómo la minusvaloración que hacemos de nosotros mismos como consecuencia del trauma puede afectar a nuestra identidad y a nuestra auto-estima.

4. Parece sensato pensar que el destrozo causado en las creencias fundamentales sobre las personas vaya acompañado por una falta de confianza en el cambio, en el progreso social y en las instituciones. La *actualización social*, es el término empleado por Keyes, queda afectada en su sentido más nuclear: el mundo ha enloquecido y se encuentra a expensas de fuerzas imposibles de controlar y de predecir.

5. El mundo no sabe donde va, y la persona abatida por el trauma se siente incapaz de entenderlo y orilla cualquier tentación de hacer predicciones respecto a su futuro. El trastorno causado por un acontecimiento como el 11-M destruye la *coherencia social*, el sentido del mundo para la persona, y muy probablemente el sentido mismo de la persona, o al menos el sentido de su vida después de la tragedia.

REFERENCIAS

- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *Calidad de Vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a. versión (DSM-IV). Masson: Barcelona.
- American Psychological Association (1998). *Hate Crimes Today: An Age-Old Foe in a Modern Dress*. Washington, D.C.: Office of Public Communication.
- Asch, S. (1962). *Psicología social*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. Nueva York: W.H. Freeman & Co.
- Barone, D.F., Maddux, J.E. y Snyder, C.R. (1997). *Social cognitive psychology: History and current domains*. Nueva York: Plenum.
- Becker, D.(1995). *The deficiency of the concept of PTSD when dealing with victims of human rights violations*. En R. J. Kleber, C. Figley y B. Gerson (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and Societal Dynamics* (pp. 99-131). Nueva York: Plenum Press.
- Belle, D. (1990). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45, 385-389.
- Blanco, A., Rojas, D., y de la Corte, L. (2000). La Psicología y su compromiso con el bienestar humano. En J.Mª Peiró y P. Valcárcel (Eds.), *Psicología y Sociedad* (pp.9-43). Valencia: Real Sociedad Económica de Amigos del País.
- Blanco, A. (2004). El avasallamiento del sujeto. *Claves de la Razón Práctica*, 144, 12-21.
- Blanco, A., Caballero, A., y de la Corte, L. (2004). *Psicología de los grupos*. Madrid: Prentice Hall.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M.P. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bolton, D. y Hill, J. (1996). *Mind, meaning, and mental disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burgess A.W. y Holstrom, L. (1974). Rape Trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Brewer, M. (1999). The Psychology of Prejudice: Ingroup Love or Outgroup Hate? *Journal of Social Issues*, 55, 429-444.
- Dawes, R.M. (1998). Behavioral decision making and judgment. En D.T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol 1, pp 497-548). New York: Mc Graw-Hill.
- Deutsch, M. (1969). Socially Relevant Science: Reflections on Some Studies of Interpersonal Conflict. *American Psychologist*, 24, 1076-1092.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Lucas, R., y Oishi, S. (2002). Subjective Well-Being. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302

Dunbar, E. (1997). *Hate crimes pattern in Los Angeles County: Demographic and behavioural factors of victim impact and reporting crime*. Ponencia presentada en el Congreso de la Sociedad para el Estudio de los Problemas Sociales. Washington.

Dunmore, E., Clark, D.M. y Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.

Durkheim, E. (1928). *El Suicidio*. Madrid: Editorial Reus.

Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *Calidad de Vida*. México: F.C.E.

Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 155-176.

Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assesment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.

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. (1992). *Shattered*

Assumptions: Towards a new Psychology of Trauma. Nueva York: Free Press.

Kelman, H., y Hamilton, L. (1989). *Crimes of Obedience. Toward A Social Psychology of Authority and Responsibility*. New Haven: Yale University Press

Keyes, C. (1998). *Social well-being*. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.

Lerner, M., (1970). The desire for justice and reactions to victims. En J. Macaulay y L. Berkowitz (Eds.), *Altruism and Helping Behavior* (pp. 205-229). Nueva York: Academic Press.

Lewin, K. (1991). *Epistemología comparada*. Madrid: Tecnos.

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* (pp.139-161). Madrid: Exlibris.

Lira, E. y Castillo, M.^a I. (1991). *Psicología de la amenaza política y del medio*. Santiago de Chile: ILAS.

Lira, E., Becker, D., y Castillo, M.^a I. (1990). Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político (pp. 29-66). En ILAS (Ed.), *Derechos Humanos: todo es según el dolor con que se mira*. Santiago: ILAS.

Maddux, J.E. (2002) Stopping the "Madness". En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.

Martin-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.

Martin-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.

Mead, G. H. (1925). The Genesis of the

Self and Social Control. *International Journal of Ethics*, XXXV, 251-277.

Mead, G. H. (1964). Social Consciousness and the Consciousness of Meaning. The Mechanism of Social Consciousness. The Social Self. En A.J. Reck (Ed.), *Selected Writings. George Herbert Mead* (pp. 123-149). Chicago: University of Chicago Press.

Michalos, A. (1995). Introducción a la teoría de las discrepancias múltiples. *Intervención Psicosocial*, 4, 101-115.

Milgram, S. (1980). *Obediencia a la autoridad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Miller, G. (1969). Psychology as a Means of Promoting Social Welfare. *American Psychologist*, 24, 1063-1075.

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* (pp. 45-63). Madrid: Exlibris Ediciones.

Nathan, P.E. y Langenbucher, J. W. (1999). Psychopathology: Description and classification. *Annual Review of Psychology*, 50, 79-107.

Nisbet, R. (1969). *La formación del pensamiento sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu.

Rivière, A. (1991). *Objetos con mente*. Madrid: Alianza.

Ross, A. O. (1980). *Psychological disorders of children: A behavioral approach to theory, research and therapy* (2.ª ed.) Nueva York: McGraw-Hill.

Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M.

(2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 236-240.

Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *La calidad de vida*. México: F.C.E.

Snyder, C.R., Shenkel, R.J. y Lowery, C. (1977). Acceptance of personality interpretations: The "Barnum effect" and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 104-114.

Staudinger, U., Fleeson, W., y Baltes, P. (1999). Predictors of Subjective Physical Health and Global Well-Being: Similarities and Differences Between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305-319.

Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Editorial Kairós.

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Vygotski, L. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico Técnica.

Walker, L. (1979). *The battered women*. New York: Harper & Row.

Widiger, T.A. y Trull, T.J. (1991). Diagnosis and clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 42, 109-134.

Wiesel, E. (1996). *Memorias. Todos los torrentes van a dar a la mar*. Barcelona: Anaya & Mario Muchnik.

Zimbardo, P., Haney, C., Banks, W., y Jaffe, D. (1986). La Psicología del encarcamiento: privación, poder y patología. *Revista de Psicología Social*, 1, 95-105.