

ARTÍCULOS

Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política: De las guerras centroamericanas de los 80 al 11 de marzo de 2004

Reflections about psychological trauma and political violence: From Central American wars in the eighties to 3/11 2004 terrorist attacks

FLORENTINO MORENO MARTÍN¹

Fecha de Recepción: 13-12-2004

Fecha de Aceptación: 14-12-2004

RESUMEN

Desde la óptica del psicólogo social y a partir de su experiencia en diversos procesos bélicos el autor explica las razones del éxito del modelo de estrés postraumático a costa del tradicional concepto de trauma psíquico; defiende que no son los criterios causales defendidos en este modelo los que influyen más directamente en la aparición de los trastornos emocionales en tiempo de guerra, y describe qué aspectos son más relevantes en la aparición de estos trastornos y cuáles influyen más directamente en su prevención.

ABSTRACT

From a social psychology point of view and from his experience in a number of wars, the author examines why PTSD model is a successful one, contrary to the traditional concept of psychological trauma. He advocates that the

¹ Profesor titular de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. fmoreno@psi.ucm.es

most influential factors in the emergence of emotional disorders during war are not the causal ones as the model claims. The author also describes the most relevant aspects in the emergence of this disorder and those aspects with a higher impact on prevention.

PALABRAS CLAVE

Trauma, Estrés postraumático, Duelo.

KEY WORDS

Trauma, Post-traumatic Stress disorder, Mourning.

INTRODUCCION

La noche del 11 de Marzo de 2004 el azar me puso frente a un hombre que tenía mi misma edad y se había criado en el barrio en el que transcurrió mi infancia. Él esperaba noticias sobre la suerte de su hijo en uno de los pabellones del IFEMA, yo le acompañaba tras una pegatina en la que un colega había escrito "psicólogo". En la larga espera hasta que fuimos llamados para la identificación del cadáver de su hijo, tuvimos ocasión de hablar de muchas cosas. Eran conversaciones breves, interrumpidas constantemente por el pitido persistente de los teléfonos móviles. Pasé con él una noche cargada de acontecimientos dolorosos para un joven padre: la noticia de la aparición de un cuerpo que podría ser el de su hijo, la identificación del cadáver en una nave de techos altísimos, los lamentos dirigidos hacia un cielo del que caía una lluvia

helada y finísima, la llamada a su esposa, y finalmente el traslado al Tanatorio Sur donde le esperaba toda la familia y un nutrido grupo de amigos de su hijo.

Desde aquel jueves dramático, tuvieron que pasar varias semanas para que, una vez recuperado mínimamente, pudiera salir de mi perplejidad. Hacia más de veinte años que, de una u otra forma, estaba relacionado con la violencia política y sus efectos. Había vivido de forma directa las guerras centroamericanas de los años 80 y colaborado en varios programas de atención a refugiados de las guerras balcánicas de los 90. Había realizado investigaciones sobre los efectos de la guerra y programas de intervención para paliarlos. A pesar de que la mayor parte de estos estudios y acciones se desarrollaron en tiempo de guerra y sobre víctimas reales, los atentados del 11 de Marzo supusieron para mí

una extraordinaria novedad. Hasta entonces mi participación en los procesos bélicos había sido siempre desde fuera, elegida. Con mayor o menor implicación personal, quienes estaban sometidos al drama de la guerra o el terror eran otros. Las comunidades y personas a las que intentábamos ayudar estaban sometidas a unos problemas con los que nos podíamos sentir más o menos concernidos o solidarios, pero cuya génesis y desarrollo nos eran ajenos. Todo eso cambió el 11 de Marzo. Las bombas estaban dirigidas contra nosotros. El azar me puso aquella noche una bata blanca con una pegatina, pero de igual modo pudo haberme puesto del otro lado del drama clamando al cielo por mi desgracia.

Durante los días y semanas posteriores a la catástrofe de Madrid se habló y escribió mucho sobre los efectos psicológicos de los atentados, el trauma y el estrés postraumático. Cientos de psicólogos y otros profesionales de la salud mental, se hicieron presentes en todos los frentes atendiendo a las víctimas directas, reforzando y asesorando a las instituciones, elaborando guías y proyectos de intervención o respondiendo a las preguntas de los medios de comunicación. Como otros muchos colegas, participé en aquel esfuerzo intentando adaptar lo que había aprendido de otras situaciones a una catástrofe en la que estaba directamente involucrado como ciudadano. Las reflexiones que se muestran a continuación surgieron como adaptación de experiencias en

otras realidades a las inquietudes que me plantearon algunas personas en aquellos días de horror e incertidumbre.

1) Por qué es tan controvertido el término "trauma psíquico" y tan aceptado el "trastorno por estrés postraumático" (TEPT)?

El concepto "trauma psíquico" está profundamente enraizado en el lenguaje común asociado a uno de los principios del psicoanálisis clásico: determinados acontecimientos del pasado, especialmente de la infancia, quedan grabados en el inconsciente y condicionan nuestras formas de pensar, sentir y actuar en la vida adulta. Es tan popular esta visión, que la segunda entrada del diccionario de la Real Academia de la Lengua define el trauma como "choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente". Se ha extendido en el idioma una visión del trauma como una herida psicológica duradera, producida por algún hecho extraordinario. La controversia sobre la conveniencia de utilizar el concepto de trauma en salud mental se ha basado en la dificultad por contestar a dos preguntas fundamentales: qué características deben tener los agentes causales del trauma y cómo identificar las manifestaciones de su existencia.

Si el concepto de trauma psíquico perdió fuerza y aceptación pública fue, en primer lugar, por su laxitud en la identificación de los hechos traumatógenos y la dificul-

tad para concretar agentes causales más o menos universales. Durante la década de los 70 y parte de los 80 del pasado siglo se extendió la creencia de que cualquier hecho displacentero como una frustración, un grito o una bofetada, provocaba daños irreversibles en la mente de los niños, incluso de los adultos. La supuesta aparición de "traumas" por cualquier hecho extraordinario generó no pocas disputas sobre la capacidad de encaje de la adversidad humana. La segunda razón de su pérdida de peso en salud mental, fue el uso a veces abusivo de la existencia de traumas como explicación de comportamientos anómalos o trastornos emocionales, todo ello unido a la ambigüedad a la hora de describir qué manifestaciones conductuales eran las que definían la existencia de un trauma psíquico.

El declive del uso de concepto "trauma psíquico" en salud mental coincidió con la eclosión del modelo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) incluido en 1980 como trastorno de ansiedad dentro de los criterios diagnósticos de los trastornos mentales (DSM-III) y reformulado en el DSM-IV y posteriores ediciones del catálogo de la

American Psychiatric Association (1994, 2000). Desde entonces la presencia del modelo del TEPT es tan poderosa que no sólo ha modificado de forma sustancial la vieja concepción del trauma psíquico, sino que ha afectado a todo el sistema asistencial y legal vincu-

lado a las víctimas de hechos violentos.

Cómo una categoría diagnóstica pensada inicialmente para describir una reacción específica de excombatientes americanos del Vietnam con problemas psiquiátricos de integración social, se ha generalizado tanto y ha calado tan profundamente en el entramado académico, asistencial y legal? A mi juicio existen tres razones fundamentales:

Determinación biológica. En primer lugar el TEPT se presenta como un trastorno adaptativo de base biológica, vinculado al funcionamiento filogenético. El director del servicio de psiquiatría del hospital Bellevue de Nueva York, contestaba así a la pregunta A) por qué el estrés postraumático? En situaciones de inminente peligro de muerte, la naturaleza, a través de la llamada "respuesta de miedo", prepara al organismo para una respuesta inmediata de huida o de lucha. Las verdaderas cascadas de hormonas y neurotransmisores que se desencadenan en el cerebro del amenazado están diseñadas para grabar en la memoria todos los detalles de la situación de peligro (a fin de evitarlos en el futuro), para reactivar conductas automáticas que favorezcan la supervivencia y para dotar a la masa muscular de toda la fuerza posible (Trujillo, 2004).

Concreción conductual. A diferencia de otros criterios diagnósticos más imprecisos como el de neurosis de guerra, síndrome del soldado o

trauma psíquico, el TEPT define con claridad tanto las características del evento traumático como sus manifestaciones conductuales (reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo y sobreexcitación) y su catalogación temporal (agudo, crónico, de inicio demorado).

Posibilidad de tratamiento. La evolución previsible del TEPT y su diagnóstico a partir de manifestaciones conductuales precisas le hacen susceptible de abordajes específicos con elementos precisos para evaluar el éxito del tratamiento. (Foa, Keane y Friedman, 2000).

Pese a las ventajas funcionales del TEPT sobre el viejo concepto de "trauma psíquico", son muchas las críticas que diversos autores han realizado del concepto desde el campo puramente epistemológico hasta el aplicado (véanse Summerfield, 2001; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

Aplicabilidad limitada. El modelo de TEPT encaja bien para describir a personas que han vivido un acontecimiento extremo en un entorno que habitualmente es estable y seguro, como pudieron ser los excombatientes en Vietnam que regresaban a una sociedad indiferente y pacífica o los argentinos que volvieron a Buenos Aires tras la derrota de Las Malvinas. Sin embargo el modelo funciona peor para interpretar las reacciones de quienes viven en situaciones de guerra más o menos prolongada, como las vividas en Centroamérica en los 80 o las de los Balcanes de los 90. En estos casos las amena-

zas son permanentes, los hechos extremos aparecen continuamente y la adaptación de las víctimas no va dirigida a una sociedad previsible sino caótica. Lo que debe definir un trastorno emocional o de conducta es precisamente su carácter de respuesta minoritaria, desadaptada y disfuncional, algo que no suele ocurrir en estas situaciones de violencia extrema donde la mayor parte de manifestaciones descritas en el TEPT son básicamente adaptativas y comunes a los miembros de la comunidad afectada.

No universalidad. Las formas de reacción a las situaciones de peligro o a la contemplación de la muerte descritas en el TEPT difieren en su grado de universalidad. Mientras que la sobreexcitación o hiperalerta parece una respuesta común, la evitación y el embotamiento afectivo responden más a modelos de la llamada cultura occidental.

Psicologismo. Tanto la descripción de los desencadenantes del trastorno como las propuestas de tratamiento, ignoran la poderosa influencia del entorno social y cultural del traumatizado, sobre lo que se habla más adelante.

2) Es la presencia de muertes y amenazas lo que genera el trauma?

El modelo de la Asociación Americana de Psiquiatría sobre la aparición del trauma es muy concreto a la hora de definir los agentes causales del trastorno de estrés pos-

traumático. Los criterios son dos: a) *la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás* b) *la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos*. Las manifestaciones de reexperimentación, evitación, embotamiento y sobreexcitación se darían, según el DSM-IV como resultado de esa presencia o evocación de muertes y amenazas.

Sin negar la importancia que pueden tener las imágenes de muertos o mutilados o estar presentes en situaciones de peligro evidente, los resultados de algunas investigaciones en situaciones de guerra no parecen confirmar la prevalencia de este factor a la hora de explicar el malestar psicológico y los trastornos emocionales.

Durante la guerra civil sandinistas-contras de los años 80 la comparación de la salud mental de niños nicaragüenses que vivían en zonas de guerra en el interior de Nicaragua controladas por los sandinistas, con niños nicaragüenses que vivían en refugios seguros de la región de El Paraíso en Honduras (controlados por la "contra") no confirman esa tendencia. Los niños que vivían en los refugios hondureños, alejados de los combates y los actos de guerra, mostraban una salud mental mucho más deteriorada que los que vivían expuestos a las emboscadas, bombardeos y a la contemplación de asesinatos y mutilaciones en las zonas donde se desarrollaba la guerra. Estos niños

experimentaban de forma más clara el miedo de la situación bélica, pero tenían recursos para afrontarlo, mientras que aquellos que vivían en zonas más seguras, como los refugios, sufrían de forma pasiva los problemas emocionales derivados de la ansiedad (Moreno, 1991). El mismo efecto se observó en varios campamentos de refugiados nicaragüenses de Costa Rica: los distintos miembros de las familias tenían más problemas de salud mental en el refugio, que en las zonas de guerra de las que provenían y donde habían estado expuestos a mayores peligros (Pacheco, 1988). Este mismo hecho ya fue observado en la Segunda Guerra Mundial por Anna Freud y Dorothy Burlingham (1943) en las famosas guarderías británicas donde los londinenses enviaban a sus hijos para protegerlos de los bombardeos alemanes.

Pasadas las horas o días posteriores al combate o el atentado, la persistencia de manifestaciones traumáticas que denoten un trastorno emocional relevante, no podemos atribuirla exclusivamente a los acontecimientos bélicos concretos como los bombardeos, los combates o la contemplación de la muerte.

3) Qué acontecimientos tienen una relación más clara con la aparición de trastornos emocionales en situaciones de violencia política y cuáles son los modelos de intervención que trabajan sobre ellos?

Sin negar la importancia de la

vivencia de situaciones extremas o la contemplación de escenas dantescas, hay dos grupos de acontecimientos vinculados a las acciones de guerra y terror que tienen una importancia mayor como predictores del trastorno emocional en tiempos de guerra: la elaboración de las pérdidas afectivas (especialmente la muerte de familiares directos o amigos íntimos, pero también las mutilaciones o las rupturas sentimentales) y los cambios forzosos de carácter negativo o interpretados negativamente (las pérdidas del hogar familiar, el exilio forzoso, el cambio de estatus laboral o social, la derrota política o militar del bando con el que se simpatiza, etc.). Ambos hechos van en ocasiones asociados: muchas familias centroamericanas y balcánicas tuvieron que salir huyendo a refugios controlados por Naciones Unidas, tras la pérdida de uno de sus miembros; también es relativamente frecuente que los familiares directos de los asesinados en atentados terroristas cambien de domicilio y de *status*, especialmente si vivían en lugares donde los autores del crimen tienen cierto apoyo popular.

La importancia de la elaboración de las pérdidas afectivas se tomó en los años 80 como eje central del trabajo con afectados por la guerra en Nicaragua, especialmente con menores. El trabajo directo con los niños centroamericanos parece indicar que lo más adecuado es que los menores participen activamente del proceso de duelo, porque es en el fracaso de elaboración de este proceso donde reside la

aparición de trastornos perdurables (Metraux, 1989; Neimeyer, 2002). Un hecho que refrendaba esta hipótesis fue la comparación de los estudios clínicos que se llevaron a cabo con huérfanos de guerra de una de las regiones de Nicaragua (INSSBI, 1988) con un estudio similar hecho con hijos de desaparecidos y asesinados durante la represión de los años setenta en Argentina (Movimiento Solidario de Salud Mental, 1987). En el segundo caso la salud mental de la mayor parte de los niños estaba seriamente afectada, mientras que entre los huérfanos nicaragüenses no llegaba al siete por ciento el número de niños afectados por algún trastorno, siendo éstos menos graves que los de los argentinos. La explicación de este hecho puede buscarse en cómo unos y otros elaboraron su duelo. Mientras que a los niños nicaragüenses se les informaba de la muerte de sus familiares y se les permitía exteriorizar sus sentimientos, a los niños argentinos se les ocultaba la realidad, por razones obvias de seguridad (Moreno, 1991).

Existen evidencias recientes de que las pérdidas afectivas tienen un impacto mucho mayor que las vivencias directas de hechos de muerte o amenaza. Distintos estudios con víctimas de las matanzas de Las Torres Gemelas de Nueva York, utilizando metodologías de diagnóstico basadas en el modelo del TEPT confirman que pasados seis meses desde la catástrofe los síntomas de estrés postraumático se mantenían de forma más significativa entre quienes habían perdido

seres queridos que entre quienes habían vivido de cerca los atentados pero no tenían que lamentar pérdidas de seres cercanos. La hiperactivación nerviosa desencadenada por hechos novedosos amenazantes remite de forma natural cuando se recupera la sensación de control sobre la situación, mientras que la pérdida de seres significativos exige unas condiciones más complejas para su superación. (Véase National Center for PTSD, 2004) <http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/>)

Un ejemplo muy relevante de cómo la elaboración de las pérdidas afectivas puede ser tomada como el motor de la intervención con víctimas de la violencia política lo constituye la experiencia del grupo de salud mental de Médicos del Mundo iniciada por los psiquiatras Domingo Díaz y Vicente Ibáñez en Móstar (Díaz, Fernández, González, Ibáñez, Massip y Rodríguez, 2002).

En una reciente publicación dos miembros de este grupo, tomando como referencia el modelo del duelo, proponen un sistema de trabajo con víctimas de guerra alternativo al del TEPT, basado en el proceso de elaboración individual y colectivo del duelo por las pérdidas. Las ventajas que Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega (2002) encuentran en centrarse en la elaboración de las pérdidas y no en los síntomas de estrés, son las siguientes:

— El duelo es una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante la pérdida de un ser querido, se

trata de un proceso que se debe vivir aunque en tiempo de guerra ha de realizarse en condiciones difíciles; así se evita la estigmatización de partida de las víctimas como enfermos que lo son en función de una especial vulnerabilidad individual.

— El duelo no se refiere necesariamente al efecto de una experiencia puntual (como un trastorno que sigue a un trauma) sino a un trabajo que debe ser realizado frente a las pérdidas, lo cual permite, a la vez, dar cuenta de las dificultades para afrontarla, especialmente en los casos en los que la misma situación traumática ha destruido los mecanismos habituales o convencionales de elaboración del duelo.

— El esquema del duelo, concebido como un trabajo de elaboración, permite situar y entender la función de distintos elementos (recursos psicológicos, entorno interpersonal, contexto cultural y social...) a lo largo de un proceso, y es útil para planificar intervenciones y asignar tareas en las mismas. En este sentido Fernández y Rodríguez toman las cuatro tareas propuestas por J. Worden (2002) como base para la acción individual y colectiva: aceptar la pérdida, experimentar emociones vinculadas a lo perdido, capacitarse para desenvolverse sin el objeto perdido y recolocar afectos. A partir de estas premisas sugieren ejercicios de trabajo individual y comunitario en los que se posibilita que las víctimas puedan elaborar el duelo dotando de significado la situación vivida.

El segundo de los elementos relevantes, los cambios forzados de carácter negativo, es el eje sobre el que Martín Baró proponía hacer girar la intervención preventiva y rehabilitadora sobre las víctimas de la guerra de El Salvador. Su hipótesis central era que la guerra establecía unas relaciones aberrantes que los individuos somatizaban y expresaban a través de los trastornos afectivos y comportamentales. El modo más efectivo para superar este proceso pasaba, para Martín Baró (1988) por un trabajo de toma de conciencia que implicaba el desmontaje de lo que él calificaba de la institucionalización de la mentira.

La implicación en actividades de reivindicación social, de acción transformadora o, si se quiere, de psicología de la liberación, ha calado en la práctica de diversos grupos, especialmente en América Latina donde determinados colectivos han preferido emprender acciones centradas en la recuperación de la memoria histórica por encima de la elaboración particular de duelos diferidos (véase Martín Beristain, 1999). Las ceremonias conmemorativas de determinados eventos, la construcción de esculturas, la expresión musical, teatral y poética que llevan a cabo estos grupos, tiene como objetivo central dar nuevo significado a lo vivido, confrontar los hechos, sacarlos a la luz, darles un sentido colectivo que permita respirar a los que sufren. Estas manifestaciones en el orden simbólico son complementarias con la elaboración de documentos de denuncia o las propuestas de acción para que los culpables sean

llevados ante los tribunales. (Páez y Martín, 2000)

4) Por qué no hay correspondencia directa entre los sucesos traumatógenos (hechos violentos, pérdidas afectivas y cambios significativos) y los síntomas postraumáticos

Todos los que hayan vivido de cerca situaciones extremas de violencia bélica, ya sean guerras prolongadas o atentados terroristas como los de los trenes en Madrid, han comprobado que la aparición de problemas importantes de salud mental no es homogénea entre la población. En la aparición y consolidación de las manifestaciones traumáticas existen importantes diferencias debidas, fundamentalmente a los siguientes factores:

a) Características de los hechos violentos

Parece lógico pensar que cuanto más intenso, cercano y repetido sea el estresor existen más posibilidades de provocar trastornos mentales entre quienes lo han vivido. El modelo del estrés postraumático, al situar la presencia de un hecho de muerte o amenaza como el factor desencadenante, nos lleva a suponer que existe una proporcionalidad entre la intensidad y cercanía del hecho y el impacto sobre la salud mental. Esto es así sólo en determinadas circunstancias. La intensidad de los hechos traumatógenos se establece siempre no sobre parámetros absolutos, sino por contraste con el nivel de violencia del lugar en el que se produce.

Veinte muertos por un atentado en la Ginebra de 2004 provocarán una elevación mucho mayor de personas con estrés agudo que si se dan en Bagdad. Como se ha dicho anteriormente, las reacciones fisiológicas y psicológicas descritas en el modelo de estrés postraumático son básicamente adaptativas cuando responden a hechos inusuales que exigen una activación extraordinaria y una concentración casi absoluta en lo sucedido. La respuesta de la semana posterior al 11 de marzo es un ejemplo paradigmático: la mayor parte de ciudadanos madrileños tuvieron la reacción más adaptativa: concentrarse casi obsesivamente en lo sucedido, descuidar sus labores cotidianas, dormir poco, buscar indicios de peligro, consolar a las víctimas, expresar su desconsuelo con el llanto, con la colocación de lazos negros o flores. Si los atentados se repitieran, como sucede en las guerras prolongadas, estas reacciones dejarían de ser adaptativas para convertirse en un peligro para la supervivencia. Cuando en 1982 tras más de tres años de paz tras la insurrección sandinista, comenzaron los ataques de la "Contra", las reacciones de la población civil solían ser extremas, de desbordamiento emocional. Unos años después, cuando se generalizó el conflicto y todo el país vivía en torno a la guerra, las reacciones eran mucho más matizadas, en la mayor parte de las ocasiones de una frialdad sorprendente. La normalización en el horror, con pocas reacciones típicamente postraumáticas, es una característica habitual en las guerras prolongadas y en determinados conflictos de baja intensidad pero continuados en el

tiempo. Esta realidad se interpreta como forma de preservar la salud mental de los ciudadanos, incapaces de mantener de forma continuada la hiperalerta inicial. Pese a que contribuya a la supervivencia, también favorece la prolongación de la guerra ya que cierto desentendimiento y la asunción de inevitabilidad engrasan las instituciones militares.

Algo similar sucede con la cercanía física a los estresores. En los casos de terrorismo localizado, donde existen lugares emblemáticos como la estación madrileña de Atocha o la "zona cero" de Manhattan quienes viven más cerca del lugar en el que ocurrieron los hechos suelen estar más afectados por algunos síntomas del TEPT, que los que viven en zonas más alejadas. Estas diferencias, que van desapareciendo con el tiempo, están ligadas a la reexperimentación lógica de quien revive por asociación los sucesos traumáticos. Que existan lugares donde concentrar las emociones con expresiones simbólicas como flores, velas, poemas o fotografías, tiene un efecto terapéutico evidente en los momentos posteriores a los actos de terror ya que cumplen una función básica en la elaboración del duelo: la constatación de que el hecho ha ocurrido y la pérdida es evidente. La concentración emocional de estos lugares estratégicos marca también otro momento clave en la vida de los afectados cuando las autoridades retiran las expresiones espontáneas de dolor para sustituirlas por placas conmemorativas o monumentos más impersonales.

En las guerras convencionales

como las centroamericanas o las de Bosnia, donde la amenaza de nuevos ataques es una realidad, la cercanía a los estresores se vive de un modo muy diferente. En estos lugares se suele dar el llamado efecto frontera (Moreno, De la Corte y Sabucedo, 2004). Las personas que viven en los lugares cercanos a la línea fronteriza o en zonas de actividad militar, afrontan el miedo ante las amenazas previsibles con conductas de evitación y prevención, que lo mitigan en parte (construcción de refugios, sistemas de vigilancia, pautas convencionales y hasta supersticiosas de buscar alimentos, etc.). Se trata de conductas activas que permiten, si no superarlo, sí al menos afrontarlo. Quienes viven en zonas donde la actividad bélica es menos previsible manifiestan mucha más ansiedad, a menudo asociada con dolencias físicas y trastornos psicósomáticos. El elemento clave aquí es la sensación de falta de control sobre la propia vida, de efectos tan negativos para el equilibrio emocional.

Por último, el tiempo transcurrido desde los hechos traumatógenos es, obviamente, el elemento clave a la hora de detectar las expresiones de trastorno emocional. Mientras que en los casos de terrorismo, con actos intensos pero anormales, lo habitual es que la mayor parte de la población se recupere de forma progresiva y los síntomas traumáticos se vayan mitigando hasta desaparecer; en las guerras prolongadas es más usual que estas manifestaciones aparezcan mucho después de producirse los hechos violentos más significativos. Las

condiciones de peligro que imposibilitan elaborar adecuadamente las pérdidas, provocan a menudo la aparición de duelos diferidos.

b) Participación

Otro de los elementos que confirman que la contemplación de hechos dramáticos no es el elemento causal básico de los trastornos emocionales en tiempo de guerra, es la reiterada confirmación de que las personas más directamente involucradas en las acciones violentas no son las que muestran peores indicadores de salud mental. Algunos estudios empíricos desarrollados en tiempo de guerra (véanse Pumanäki, 1982, Martín-Baró, 1990) informan de que las personas que están más involucradas política y socialmente en uno de los bandos enfrentados resisten mejor los desequilibrios generados por el conflicto. Por un lado, los soldados en las guerras convencionales encuentran en la obediencia a la superioridad la justificación de sus conductas; las acciones militares se automatizan y quienes las cometen se sienten eximidos de responsabilidad moral. Algo similar, pero con una implicación personal y un vínculo a la organización terrorista mucho mayor, ocurre entre los activistas del terror, entre quienes no cabe la duda moral sobre la rectitud de sus acciones, hasta el punto de que algunos de ellos se suicidan al tiempo de cometerlas (De la Corte, Sabucedo y Moreno, 2004). Durante las guerras convencionales aquellos sectores de la población civil que no se identifican con nin-

guno de los bandos tienen asegurado, como mínimo, el vacío social, lo que, como se verá más adelante, es uno de los elementos básicos de vulnerabilidad.

En algunos textos donde, desde una visión clásica de raíz psicoanalítica, se recoge este fenómeno de ausencia de trastorno emocional en los soldados, se interpreta como confirmación de las tendencias asesinas o impulsos destructivos innatos (Fornani, 1972; Verstryngge, 1979). Hay otro modo de interpretar este hecho desde una perspectiva más funcional. Desde mi punto de vista la participación directa en situaciones de alto estrés es una forma de canalizar la ansiedad que provocan estos hechos y de dar sentido a lo que está sucediendo, un sentido difícil de encontrar de otro modo. Con la participación activa se elimina, o se reduce al mínimo, una de la base del estrés: la sensación de falta de control, que cuando se consolida se convierte en indefensión aprendida. No es esta desde luego la única ni la más importante explicación del porqué los humanos nos involucramos en la guerra ni el motivo de este artículo (véase Moreno, 1991), pero sí una explicación diferente de la relación entre participación y equilibrio mental en situaciones extremas. Sobre todo teniendo en cuenta que también se da este fenómeno en aquellas personas que participan activamente en la guerra desde posiciones no beligerantes, esto es, los profesionales sanitarios, los equipos de rescate, etc. La confirmación de esta relación es la que fundamenta que las organizaciones humanitarias promuevan

en tiempo de guerra o de terror acciones de participación social no necesariamente vinculadas al aspecto político o militar del conflicto, sino a la reconstrucción, la atención a las víctimas, etc. (véase Fernández y Rodríguez, 2002).

c) Vulnerabilidad personal

La raíz etimológica de trauma como herida, se ha utilizado con frecuencia como metáfora para explicar que, al igual que un mismo golpe con un objeto puede ser letal para un cuerpo flácido e irrelevante para uno flexible y musculoso, los hechos traumatógenos afectan de distinto modo a quienes tienen menor capacidad para encajarlos frente a quienes tienen recursos para afrontarlos. Ante los mismos hechos dramáticos derivados de atentados terroristas o de guerras convencionales, siempre resultan más afectados quienes parten de una situación de desventaja. El hecho de estar previamente enfermo, ser viejo, pobre, huérfano, carecer de redes de apoyo, etc. supone un factor de desventaja añadido que resulta favorecedor del trastorno psíquico, puesto que incrementa la vulnerabilidad de los individuos más dependientes (Ibáñez, Díaz y Moreno, 1999). La guerra y los actos de terror además de generar impactos emocionales estresantes, exigen una amplia despliegue de actividad extra que va desde la búsqueda de atención médica, realización de gestiones administrativas, atención a llamadas y asuntos similares en los países como España donde los actos terroristas no rompen el sistema

público de protección social, hasta la búsqueda de refugio, seguridad y alimento en situaciones de guerras abiertas como las Centroamericanas o las Balcánicas. La fragilidad del estado de salud, la escasez de recursos económicos y, sobre todo, la limitación de redes sociales son los primeros elementos que se suelen tener en cuenta cuando se deben priorizar los recursos en proyectos de atención a víctimas de guerra (Moreno, 1999)

d) Elaboración sociocognitiva.
El contexto social

Uno de los grandes méritos de Ignacio Martín Baró, al que todos asociamos al concepto de "trauma psicosocial" fue aportar una visión unitaria del trauma que no excluía las aproximaciones clínicas, sociales o políticas, sino que las integraba. En algunos foros he encontrado a colegas que hablan de trauma psíquico, trauma social, trauma político, trauma psicosocial, etc. como si se tratara de fenómenos de naturaleza diferente. No era esta la propuesta de psicólogo hispano salvadoreño al considerar el trauma como un proceso dialéctico, que debe explicarse desde la relación en la que se encuentra el individuo con la sociedad y su historia. De hecho, en su hoy célebre artículo, Martín Baró, (1988), intenta superar las que a su juicio eran aproximaciones parciales al desarrollo del trauma psíquico provocado por la guerra: una de naturaleza básicamente cognitiva, la de su colega salvadoreño Joaquín Samayoa (1987) centrada en los procesos deshu-

manizantes generados por la guerra (desatención selectiva, aferramiento a prejuicios, absolutización, idealización y rigidez ideológica) y otra basada en los aspectos afectivos, la del grupo chileno liderado por la psicóloga Elisabeth Lira (1988) que destacaba las funciones del miedo provocado por el terrorismo de estado (sensación de vulnerabilidad, estado exacerbado de alerta, sentimiento de pérdida de control y alteración del sentido de realidad). Martín Baró parte de estas formas de aproximarse a los efectos de la violencia política, para proponer un modelo de trauma psicosocial, que precisa para su comprensión y solución, no sólo atender al problema del individuo sino a sus raíces sociales y a las formas ideológicas en que se concretan las relaciones sociales. Con el propósito de no repetir contenidos, remito al lector al artículo del profesor Amalio Blanco en esta misma revista.

Partiendo de este enfoque dialéctico, se exponen en el siguiente apartado algunos de los condicionantes sociales, políticos y culturales que median entre los hechos bélicos y la aparición de los trastornos y la recuperación de las víctimas .

5) Por qué es tan importante la comunidad y el contexto social, político e histórico en la aparición y superación del trauma psíquico?

Incluso adoptando la postura más convencional de evaluar el

trauma exclusivamente a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV, las manifestaciones conductuales de estrés postraumático están condicionadas por la relación del individuo con su entorno social y su historia.

a) El apoyo social. La pertenencia de la víctima de la guerra o el terrorismo a una comunidad estructurada, con mecanismos de apoyo social reglado y efectivo reduce radicalmente la aparición de síntomas traumáticos.

En una revista como esta de *Psicología Clínica y de la Salud*, no es preciso ahondar en un hecho tan evidente como la relación entre apoyo social efectivo y salud mental. Un marco estable y seguro de relaciones afectivas es garantía de equilibrio emocional y uno de los principales amortiguadores de los envites de la vida. La constatación de que las personas religiosas muestran menos síntomas de trastorno emocional en las situaciones bélicas, al margen de la interpretación trascendente que se le pueda dar desde la teología, se interpreta desde la psicología social como una confirmación de este efecto de acompañamiento y apoyo social que suelen dar las comunidades religiosas a sus miembros.

Cuando no existe el marco afectivo natural, los proyectos de intervención intentan sustituirlo con redes de apoyo creadas para proveer seguridad y sensación de control. En estos grupos de tarea, no es tan importante el propósito for-

mal para el que se reúnen (trabajos de reconstrucción, talleres de cocina, teatro...) como la calidad de las relaciones interpersonales (Díaz et al, 2002).

Precisamente por ser tan importante la seguridad que provee el afecto, es por lo que en determinadas situaciones de violencia política se manifiestan de forma tan clara los efectos del trauma. Me refiero a las guerras o los conflictos políticos en los que los grupos familiares, profesionales o de amigos se polarizan apoyando cada parte a uno de los miembros enfrentados. La inseguridad que genera el que parte de tu grupo de referencia vital apoye o justifique la acción de los que uno considera sus enemigos, es demoledora, especialmente cuando median pérdidas de vidas.

En ambientes muy polarizados por la tensión política o religiosa, la necesidad de un marco estable e incondicional de aprobación, es una de las razones que lleva a algunas personas, especialmente jóvenes, a vincularse de forma efectiva a instituciones militares o grupos radicales en los que el sentimiento de identidad es fortísimo.

La violencia política tiene una relación tan directa con la identidad personal, que resulta muy complejo no mostrar signos de estrés postraumático cuando en el círculo afectivo inmediato se mantienen posturas opuestas. Todavía hoy, casi 70 años después de iniciada la guerra civil española, hay grupos familiares en los que no se puede hablar abiertamente de esa con-

tienda sin generar profundas alteraciones emocionales. Es un fenómeno común a todas las guerras, civiles o de otro tipo, en las que antes de que se desataran las hostilidades, la historia había hecho convivir y formar redes familiares a personas con características ideológicas, étnicas, religiosas o culturales diferentes.

b) El estigma y la imagen social de la víctima. En la aparición del trauma suele haber una lógica mayoría-minoría. Cuanto más minoritario y poco visible sea el grupo afectado, más probabilidades tiene de manifestar trastornos traumáticos.

La psicología social de corte cognitivo ha dado una gran importancia a los procesos de atribución, especialmente en los casos de violencia familiar y política. Uno de los fenómenos más estudiados, el del "*mundo justo*" es muy útil para explicar la relación que en muchos casos se da entre una mayoría indiferente y una minoría de víctimas. Según se ha observado en procesos sociales y en estudios experimentales el mero hecho de observar a una persona que ha sufrido malos tratos o ha sido víctima de un ataque, hace que los observadores atribuyan de forma casi automática alguna razón a ese castigo o desgracia (Lerner, 1980). En ese proceso de atribución es muy frecuente que el observador culpe, en parte o totalmente, a la víctima de la situación en la que se encuentra. Es un fenómeno que suele ser interpretado como una forma de defensa de la identidad personal

del observador: el mundo se mueve según una lógica de intercambios previsibles, más o menos justos, de modo que si uno recibe un mal es porque lo ha provocado o no ha hecho lo posible por evitarlo. Cuanto más se parece la víctima al observador más probable es que se de este proceso de atribución, pues es más sencillo ponerse en su lugar y sentirse amenazado.

Este fenómeno de culpabilización de las víctimas se da de forma automática en todas las guerras cuando la víctima pertenece al bando contrario, aún después de acabadas las hostilidades. Esto no afecta demasiado al proceso de traumatización, pues no se suele esperar empatía del antiguo enemigo. Sin embargo el fenómeno tiene un impacto muy relevante en países con una actividad terrorista continuada. Especialmente en lugares como el País Vasco donde los activistas tienen cierto apoyo social. Durante mucho tiempo ser víctima de un atentado terrorista ha supuesto en España, y en otros lugares, un estigma añadido al del trauma directo de los atentados y sus secuelas físicas. En estos casos los procesos de atribución de buena parte de la sociedad ("algo habrá hecho", "en parte él se lo buscó", etc.) suele mantener a las víctimas a una prudente distancia, cuando no bajo sospecha, lo que produce un sentimiento de abandono y soledad que eleva los efectos del trauma y que se tiende a mitigar con terapia. No parece que vaya a suceder algo así con las víctimas del 11 de Marzo. En este caso la premeditada elección de un

objetivo indiscriminado y aleatorio, es incompatible con la atribución de responsabilidad a las víctimas.

c) Las consecuencias de la acción colectiva y el sentido que se le otorga, determina la aparición del trauma.

En ocasiones se olvida que la forma en que terminan las guerras, las que acaban, condiciona no sólo los aspectos políticos y económicos de los lugares devastados, sino la recuperación de la salud mental de los afectados. No me refiero a las interpretaciones clásicas de la Ciencia Política cuando atribuyen determinadas guerras a la frustración colectiva por los resultados de una contienda anterior, sino a algo mucho más concreto. Cuando a principios de los años 80 llegué a Nicaragua, la guerra contra Somoza estaba muy reciente y por tanto había miles de víctimas (lisiados, viudas, huérfanos, etc.). Que yo sepa no existió por entonces ningún programa de salud mental para paliar los efectos de la guerra. Esto se puede interpretar como una evidencia de la importancia que tuvo la inclusión en 1980 del trastorno por estrés postraumático en el DSM-III. Pero por mi experiencia directa creo que no se trataba tanto de que hubiera una necesidad de atención no detectada ni satisfecha, sino de un fenómeno de más calado: la inmensa mayoría de las víctimas de la guerra contra Somoza daban un sentido político colectivo a los males que sufrían. Los consideraban como un tributo, como una aportación extrema al fin superior de acabar con la dictadura

y construir un nuevo país. Los muertos en combate daban nombre a los mercados y las avenidas, las viudas y madres de los caídos tomaban parte en todas las actividades conmemorativas y los discapacitados de guerra solían ser tenidos en alta estima. Una década después, cuando al ser derrotados en las urnas los sandinistas en 1990, acabó formalmente la nueva guerra sandinistas-contra, las muestras de estrés postraumático, se extendían por todos los estratos de la población.

La forma en que se cierran los procesos bélicos o las contiendas terroristas, determinan la evolución de los afectados de una forma muy directa. En las guerras convencionales los vencedores dan una significación a todas las pérdidas incorporando a las víctimas a la victoria como héroes. Los derrotados tienden a asumir los valores de los vencedores y a volcar en sus dirigentes la responsabilidad de los hechos. Así solían darse las guerras hasta no hace demasiado tiempo. No es nada extraño que el famoso TEPT se redactara para describir a las víctimas americanas de una guerra, la de Vietnam, que provocó tanto rechazo entre la población de Estados Unidos y que recibió a los excombatientes con indiferencia, cuando no con desprecio. Es en estas condiciones en las que las víctimas, al mirarse en el espejo colectivo, no encuentran sentido al sacrificio vivido, a las pérdidas familiares, a las mutilaciones y muestran las conocidas expresiones de reexperimentación, embotamiento emocional, etc.

En el momento de redactar estas líneas leo en la prensa que uno de los aspectos clave para alcanzar la paz definitiva en Irlanda del Norte es el debate entre republicanos y unionistas sobre la oportunidad de tomar fotografías de la entrega de los arsenales de armas del IRA. Es un dato más que confirma la hipótesis que aquí se defiende. La existencia o no de un testimonio gráfico que pueda dar un sentido de "derrota" o "capitulación" a los republicanos irlandeses es lo suficientemente importante no sólo para la alta política, sino para los problemas de salud mental con los que vivirán la posguerra los militantes católicos y protestantes.

Pasadas algunas semanas tras un acontecimiento extremo como las bombas del 11 de Marzo, o al acabar formalmente un conflicto bélico convencional como en Nicaragua o Bosnia, la recuperación de las víctimas depende de diversos factores, alguno de los cuales ya se han mencionado aquí: el apoyo social, la adecuada elaboración del duelo por las pérdidas, la normalización de las condiciones de vida, el cese efectivo de las amenazas, etc. La mayor parte de debates entre profesionales suele centrarse en el momento inmediatamente posterior a los combates y atentados. En todos los foros en los que he participado para tratar sobre procesos de reconstrucción social y cultural, posterior a los momentos de emergencia, suelen contraponerse visiones diferentes sobre el modo más adecuado de afrontar, a

medio y largo plazo, los efectos traumáticos del terrorismo y la guerra. A mi modo de ver existen tres modelos que podríamos denominar "la higiene del olvido", "la confrontación de los hechos traumáticos" y "la recuperación de la memoria histórica". El primero propugna que no hay mejor terapia que olvidar lo sucedido y reconstruir la vida al margen de los hechos. El segundo, que suelen defender básicamente los profesionales sanitarios, considera que hay que afrontar los síntomas que dificultan la vida cotidiana, los trastornos, centrándose en técnicas que mitiguen el sufrimiento sin ir más allá. El tercero pretende dar un nuevo significado colectivo a lo vivido e incorporarlo como signo de identidad positivo a la biografía de las víctimas.

Con independencia de la opción que se defienda para el apoyo, el acompañamiento o el tratamiento clínico de las víctimas, más o menos invasiva, con mayor o menor orientación comunitaria, conviene recordar que, pese a que la atención psicológica a las víctimas de guerra y de terrorismo tiene una corta historia, los conocimientos acumulados en este campo son infinitamente mayores y más efectivos que lo que se ha avanzado en la reflexión sobre cómo prevenir las guerras y los odios entre los colectivos humanos. No es fácil saber qué puede aportar la investigación psicológica a este terreno en el futuro, pero no encuentro un reto que pueda ser más elevado para nuestra profesión.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- De la Corte, L.; Sabucedo, J.M. y Moreno Martín, F. (2004). Dimensiones psicosociales del terrorismo. En L. De la Corte; A. Blanco y J.M. Sabucedo (Eds.). *Psicología y derechos humanos* (189-220). Barcelona: Icaria.
- Díaz del Peral, D.; Fernández Liria, A.; González Aguado, F.; Ibáñez Rojo, V.; Masip Amorós, I. y Rodríguez Vega, B. (2002). Los programas de salud mental de Médicos del Mundo en los conflictos balcánicos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2 (1), 18-26.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. *Revista de Psicoterapia*, 12 (49), 95-112.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M..J. (2000). *Effective Treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Fornari, F. (1972). *Psicoanálisis de la guerra*. México: Siglo XXI.
- Freud, A. y Burlingham, D.T. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.
- Ibáñez Rojo, V., Díaz del Peral, D y Moreno Martín, F. (1999). La sociedad ante la guerra. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 1, (4), 13-18.
- INSSBI. (1988). *Diagnóstico sobre huérfanos de guerra de la Región I*. Estelí: INSSBI.
- Lerner, M..J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum.
- Lira, E. (1988). Consecuencias psicosociales de la represión política en Chile. *Revista de Psicología de El Salvador*, 28, 143-159.
- Martín Baró, Ignacio. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 7 (28), 123-141.
- Martín Baró, I. (Ed.). (1990). *Psicología social de la guerra*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín Beristain C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria: Barcelona:
- Metraux, J. C.(1989). *Los niños. Víctimas de la guerra*. Managua: Centro de Publicaciones del INIES.
- Moreno Martín, F. (1991). *Infancia y guerra en Centroamérica*. San José: Editorial FLACSO.
- Moreno Martín, F. (1999). Reflexiones previas a los programas de intervención. En P. Pérez (Ed), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política* (pp. 181-186). Madrid: Exlibris
- Moreno Martín, F; De la Corte, L. y Sabucedo, J.M.. (2004). *Psicología de la guerra*:

causas y efectos, En L. De la Corte; A. Blanco y J.M. Sabucedo (Eds.). *Psicología y derechos humanos* (145-187). Barcelona: Icaria.

Movimiento Solidario de Salud Mental. (1987). *Terrorismo de Estado. Efectos psicológicos en los niños*. Buenos Aires: Paidós.

National Center for PTSD. (2004). *Disaster Mental Health: Dealing with the Aftereffects of Terrorism* (<http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/>)

Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

Pacheco, G. (1988). *Aspectos psicosociales en problemática de los refugiados nicaragüenses de origen campesino*. San José: Confederación Universitaria Centroamericana (CSUCA).

Páez, D. y Martín Beristain, C. (2000). *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social*. Madrid: Ed. Fundamentos.

Pumanäki, R.L. (1982). Childhood in the shadow of war. A Psychological study on attitudes and emotional life of Israeli and Palestinian children. *Current Research on Peace and Violence*, 5, 26-41.

Samayoa, J. (1987). Guerra y deshumanización: una perspectiva psicosocial. *ECA Estudios Centroamericanos*, 461, 213-225.

Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322 (7278), 95-98.

Trujillo, M. (2004, 19 de Marzo). ¿Que hacer si se sufre un estado de estrés y angustia?. *Diario El País*, 29.

Verstrynge, J. (1979). *Una sociedad para la guerra*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Worden, J.W. (2002). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.