

ESPASA  HOY



TRAUMA Y RECUPERACIÓN  
CÓMO SUPERAR LAS CONSECUENCIAS  
DE LA VIOLENCIA

Judith Herman

**J**udith Herman es profesora asociada de Psiquiatría en la Harvard Medical School y directora de formación del Programa de Víctimas de la Violencia en el Cambridge Hospital. Es autora también de *Father-Daughter incest* y *Conspiracy of Silence: The Trauma of Incest*.

# TRAUMA Y RECUPERACIÓN



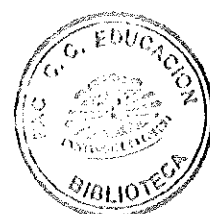


P11-1578

Judith Herman

TRAUMA Y RECUPERACIÓN  
CÓMO SUPERAR LAS CONSECUENCIAS  
DE LA VIOLENCIA

  
ESPASA



ESPASA  HOY

Edición original: *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*, Basic Books, 1997

© Basic Books (Grupo Perseus), 1992, 1997

© Espasa Calpe, S. A., 2004

Diseño de la colección: Tasmanias

Ilustración de cubierta: Photonica. Brad Wilson

Realización de cubierta: Ángel Sanz Martín

Depósito legal: M. 16.209-2004

ISBN: 84-670-1473-3

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado —electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.—, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de la propiedad intelectual.

Espasa, en su deseo de mejorar sus publicaciones, agradecerá cualquier sugerencia que los lectores hagan al departamento editorial por correo electrónico: [sugerencias@espasa.es](mailto:sugerencias@espasa.es)

Impreso en España/Printed in Spain

Impresión: Huertas, S. A.

Editorial Espasa Calpe, S. A.

Complejo Ática - Edificio 4

Vía de las Dos Castillas, 33

28224 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

*«Antes de comenzar pensaba que lo que tenía entre manos era un cuento casi excesivamente masculino, una saga de rivalidad sexual, ambición, poder, traición, muerte y venganza. Pero parece que las mujeres se han hecho con el poder; entraron desde las periferias de la historia para exigir que se incluyeran sus propias tragedias, historias y comedias, obligándome a doblar mi narrativa con todo tipo de sinuosas complejidades para ver mi trama "masculina", por decirlo de alguna manera, a través del prisma de su lado inverso y "femenino". Me parece que las mujeres sabían muy bien qué estaban haciendo; sus historias explican, e incluso resumen, las de los hombres. La represión es un traje sin costuras; una sociedad que es autoritaria en sus códigos sociales y sexuales, que aplasta a las mujeres bajo las intolerables cargas del honor y la decencia, también produce represión en los demás. Los dictadores siempre son —o al menos lo son en público— unos puritanos. Así que, después de todo, resulta que mis tramas "masculina" y "femenina" son la misma historia.»*

SALMAN RUSHDIE, *Shame*, 1983



# ÍNDICE

|                       |    |
|-----------------------|----|
| AGRADECIMIENTOS ..... | 13 |
| INTRODUCCIÓN .....    | 17 |

## PRIMERA PARTE

### LOS DESÓRDENES TRAUMÁTICOS

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| 1. UNA HISTORIA OLVIDADA .....                        | 25  |
| La era heroica de la histeria .....                   | 29  |
| La neurosis traumática de guerra .....                | 44  |
| La neurosis de combate de la guerra de los sexos..... | 56  |
| 2. EL TERROR.....                                     | 63  |
| Hiperactivación .....                                 | 67  |
| Intrusión .....                                       | 69  |
| Constricción .....                                    | 77  |
| La dialéctica del trauma.....                         | 84  |
| 3. DESCONEXIÓN.....                                   | 91  |
| El yo dañado.....                                     | 93  |
| Vulnerabilidad y resistencia .....                    | 100 |
| El efecto del apoyo social.....                       | 108 |
| El papel de la comunidad .....                        | 121 |

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| 4. CAUTIVIDAD .....                                   | 127 |
| Dominación psicológica .....                          | 130 |
| Rendición absoluta .....                              | 140 |
| El síndrome de trauma crónico .....                   | 144 |
| 5. ABUSO INFANTIL .....                               | 159 |
| El entorno abusivo .....                              | 161 |
| Pensamiento doble .....                               | 166 |
| Un doble yo .....                                     | 169 |
| Ataques sobre el cuerpo .....                         | 175 |
| El niño que ha crecido .....                          | 179 |
| 6. UN NUEVO DIAGNÓSTICO .....                         | 187 |
| Errores en la clasificación del diagnóstico .....     | 188 |
| La necesidad de un nuevo concepto .....               | 192 |
| Los supervivientes como pacientes psiquiátricos ..... | 197 |

## SEGUNDA PARTE

### FASES DE LA RECUPERACIÓN

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| 7. UNA RELACIÓN CURATIVA .....          | 211 |
| Transferencia traumática .....          | 216 |
| Contratransferencia traumática .....    | 222 |
| El contrato de terapia .....            | 232 |
| El sistema de apoyo del terapeuta ..... | 237 |
| 8. SEGURIDAD .....                      | 243 |
| Ponerle nombre al problema .....        | 245 |
| Restablecer el control .....            | 249 |
| Establecer un entorno seguro .....      | 253 |
| Completar la primera fase .....         | 266 |



|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| 9. RECUERDO Y LUTO .....                        | 271 |
| Reconstruir la historia .....                   | 273 |
| Transformando el recuerdo traumático.....       | 280 |
| Llorar la pérdida traumática .....              | 289 |
| 10. RECONEXIÓN .....                            | 301 |
| Aprendiendo a luchar .....                      | 303 |
| Reconciliarse con uno mismo .....               | 309 |
| Reconectarse con los demás.....                 | 313 |
| Encontrar la misión del superviviente .....     | 316 |
| Resolver el trauma .....                        | 322 |
| 11. COMUNIDAD .....                             | 325 |
| Grupos para la seguridad.....                   | 330 |
| Grupos para recordar y llorar la pérdida .....  | 335 |
| Grupos para la reconexión .....                 | 349 |
| EPÍLOGO: CONTINÚA LA DIALÉCTICA DEL TRAUMA..... | 355 |
| ÍNDICE ANALÍTICO .....                          | 371 |



## AGRADECIMIENTOS

Este libro debe su existencia al movimiento de liberación femenina. Su concepto intelectual es parte de un proyecto feminista colectivo para reinventar los conceptos básicos de desarrollo normal y de psicología anormal, tanto en los hombres como en las mujeres. Mis mentores en este anhelado proyecto han sido Jean Baker Miller y sus colegas en el Stone Center; y mi madre, Helen Block Lewis. La práctica profesional diaria que ha dado pie a escribir este libro comenzó hace veinte años con la formación del Colectivo de Salud Mental para Mujeres en Somerville (Massachusetts). El Colectivo sigue siendo mi hogar intelectual, un espacio protegido en el que se pone nombre y se da validez a las ideas de las mujeres. Un miembro del Colectivo, Emily Schatzow, ha sido mi colaboradora más cercana y mi socia.

Hace siete años tuve la suerte de conocer a Mary Harvey, del Cambridge Hospital; nuestra colaboración ha dado como fruto el Programa para Víctimas de la Violencia, un servicio para supervivientes de traumas en el departamento de psiquiatría del hospital. Mary es la directora del programa. Su profundidad y su claridad intelectuales me han enriquecido. Janet Yassen, del Centro de Crisis de Violación de la zona de Boston, me supervisó a mí y a Emily Schatzow en nuestros primeros trabajos con grupos de supervivientes de incesto. Más recientemente también ha empezado a colaborar con el Programa para Víctimas de la Violencia.

En estos últimos años también he tenido el privilegio de trabajar mano a mano con dos hombres, Bessel van der Kolk y J. Christopher

Perry, ambos colegas míos en el Departamento de Psiquiatría de la Harvard Medical School. Bessel y yo hemos dado juntos cursos sobre trauma y colaborado en investigaciones. Él fue uno de los artífices en la creación del Grupo de Estudio del Trauma de la zona de Boston, un seminario informal que une a médicos e investigadores que trabajan con refugiados, veteranos de guerra y víctimas de delitos criminales. El alcance imaginativo de sus ideas siempre me ha inspirado; nuestras opiniones sobre temas de género han dado pie a calurosas discusiones. Como a ambos nos gusta tanto estar en desacuerdo como estar de acuerdo, nuestra colaboración ha sido siempre placentera.

Chris Perry me ha inspirado con su generosidad de investigador y su integridad. Como investigador principal de un estudio de personas con desórdenes de personalidad, al principio se mostraba escéptico ante la importancia del trauma infantil, pero puso a mi disposición todos sus recursos para poner a prueba la hipótesis del trauma. Aunque empezamos el camino siendo unos colaboradores inverosímiles, hemos crecido juntos y nos hemos influido el uno al otro de formas inesperadas. Mi manera de pensar se ha hecho más profunda y más rica gracias a nuestra colaboración.

Finalmente, estoy en deuda con los muchos alumnos, colegas, pacientes y sujetos de investigación que han compartido su experiencia conmigo. Por motivos de confidencialidad, a la mayoría de ellos no les puedo dar las gracias citando su nombre. Las excepciones son aquellos que accedieron específicamente a ser entrevistados para este libro: las supervivientes de trauma Sohaila Abdulali, Sarah Buel, Sharon Simone y Ken Smith; la instructora de defensa propia Melissa Soalt, y los terapeutas Terence Keane, Shirley Moore, Herbert Spiegel, Jessica Wolfe y Pat Ziegler.

El trabajo formativo conceptual se realizó gracias a una beca de un año en el Marty Ingraham Bunting Institute del Radcliffe College, con apoyo de la John Simon Guggenheim Memorial Foundation. Bessel van der Kolk, Susan Schechter y Bennett Simon aportaron sus críticas sobre los primeros borradores de ciertos capítulos. Emily Schatzow y Sandra Butler leyeron devotamente todo el manuscrito. Sus comentarios me sirvieron de mucho para valorar la calidad del trabajo. En la

producción del libro tuve la suerte de trabajar con dos modelos de eficacia editorial: Jo Ann Miller y Virginia LaPlante. Jo Ann vigiló el proceso de edición desde su inicio y lo mantuvo en su camino. Virginia comprendió inmediatamente qué se necesitaba para centrar el libro y darle su forma definitiva.

Pero sobre todo estoy en deuda con mi familia. Mi marido, Jerry Berndt, sabía en qué se metía cuando me embarqué en este proyecto, porque ya pasó por mi primer libro. Debido a su dedicación a su propia visión artística, respetó la mía, quizá incluso más que yo. Nunca me falló su apoyo moral e intelectual, ni su sentido del humor.

Con tantas bendiciones tan solo me queda un deseo que no me ha sido concedido. Deseaba que mi madre viviera para ver este libro. Su entendimiento psicológico, su atrevimiento e integridad intelectual, su compasión por los que sufren y por los oprimidos, su justificada indignación y su visión política son mi legado. Este libro se lo dedico a su memoria.



## INTRODUCCIÓN

La respuesta habitual a las atrocidades es borrarlas de la conciencia. Ciertas violaciones del orden social son demasiado terribles como para pronunciarlas en voz alta: ese es el significado de la palabra impronunciable.

Las atrocidades, no obstante, se niegan a ser enterradas. Igual de poderoso que el deseo de negar las atrocidades es el convencimiento de que la negación no funciona. La sabiduría popular está llena de fantasmas que se niegan a descansar en sus tumbas hasta que se cuente su historia. Recordar y contar la verdad sobre acontecimientos terribles son dos requisitos imprescindibles para el restablecimiento del orden social y para la curación de las víctimas individuales.

El conflicto entre la voluntad de negar los acontecimientos horribles y la voluntad de desvelarlos es la dialéctica central del trauma psicológico. La gente que ha sobrevivido a atrocidades a menudo cuenta su historia de una manera altamente emocional, contradictoria y fragmentada que resquebraja su credibilidad y, por lo tanto, cumple los dos requisitos imprescindibles: decir la verdad y mantener el secreto. Cuando por fin se reconoce la verdad, los supervivientes pueden empezar su curación. Pero, con demasiada frecuencia, el secreto es el que gana, y la historia de ese acontecimiento traumático no sale a la superficie como una narración verbal, sino como un síntoma.

Los síntomas de angustia psicológica de las personas traumatizadas llaman la atención sobre la existencia de un secreto impronunciable y, al mismo tiempo, distraen la atención de ella. Esto resulta aún

> relación con las ideas de "la 4ta. generación" y "la 5ta. generación" que se han ido creando.

más aparente en la forma en que las personas traumatizadas fluctúan entre mostrarse indolentes y revivir el acontecimiento. La dialéctica del trauma da paso a complicadas, y en ocasiones misteriosas, alteraciones de la conciencia, que George Orwell, uno de los más comprometidos defensores de la verdad de nuestro tiempo, llamó «pensamiento doble» y que los profesionales de la salud mental, que buscan una definición tranquila y precisa, llaman «disociación». Esto tiene como resultado los síntomas proteiformes, dramáticos y a menudo extraños de la histeria, que Freud reconoció hace un siglo como una expresión disfrazada del abuso sexual durante la infancia.

→ Tanto los testigos como las víctimas son susceptibles de la dialéctica del trauma. Al observador le resulta difícil mantener una mente clara y tranquila, ver más que unos pocos fragmentos de la imagen total, retener todas las piezas y ser capaz de encajarlas. Todavía es más difícil encontrar un idioma que pueda describir total y gráficamente todo lo que han visto. Aquellos que intentan describir las atrocidades de las que han sido testigos también arriesgan su propia credibilidad. Hablar en público sobre lo que uno conoce acerca de dichas atrocidades es invitar al estigma que persigue a sus víctimas.

El conocimiento de acontecimientos terribles entra de vez en cuando en la conciencia pública, pero raramente esta lo retiene durante mucho tiempo. Negación, depresión y disociación operan tanto a nivel social como individual. El estudio del trauma psicológico tiene una historia «contracultural». Al igual que a las personas traumatizadas, se nos ha impedido el conocimiento de nuestro pasado. Y, lo mismo que ellas, nosotros también necesitamos comprender el pasado para reclamar el presente y el futuro. Por consiguiente, para comprender el trauma psicológico debemos comenzar redescubriendo la historia.

Los psicólogos clínicos conocen el momento privilegiado en que las ideas, sentimientos y recuerdos reprimidos salen a la superficie en la conciencia. Esos momentos ocurren tanto en la historia de las sociedades como de los individuos. En los años setenta, las portavoces del movimiento de liberación femenino llevaron a la conciencia pública los frecuentes crímenes de la violencia de género. Las víctimas que habían sido silenciadas empezaron a contar sus secretos. Como residente de



psiquiatría, escuché de mis pacientes numerosas historias sobre violencia sexual y doméstica. Debido a mi afiliación al movimiento feminista, pude hablar en contra de la negación de las auténticas experiencias de las mujeres dentro de mi propia profesión y exponer aquellos hechos de los que había sido testigo. Mi primera ponencia sobre el incesto, escrita junto a Lisa Hirschman en 1976, empezó a circular «clandestinamente» como manuscrito un año antes de su publicación. Empezamos a recibir cartas de mujeres de todo el país que nunca antes habían contado sus historias. Gracias a ellas nos dimos cuenta del poder que tenía decir lo indecible y fuimos testigos de primera mano de la energía creativa que se libera cuando se derriban las barreras de la negación y la represión.

TRAUMA Y RECUPERACIÓN es fruto de dos décadas de investigación y de trabajo clínico con víctimas de la violencia sexual y doméstica. También refleja una creciente experiencia con muchas otras personas traumatizadas, especialmente veteranos de guerra y víctimas del terror político. Este es un libro que habla de restaurar conexiones: entre el mundo público y el privado, entre el individuo y la comunidad, entre hombres y mujeres. Es un libro sobre puntos en común: entre supervivientes de violaciones y veteranos de guerra, entre mujeres maltratadas y prisioneros políticos, entre supervivientes de enormes campos de concentración creados por tiranos que gobiernan naciones y supervivientes de pequeños y escondidos campos de concentración creados por tiranos que gobiernan sus hogares.

Las personas que han pasado por experiencias terribles padecen un daño psicológico predecible. Hay un espectro de desórdenes traumáticos que van desde los efectos de un único y espantoso acontecimiento a los efectos más complicados de un abuso prolongado y repetido. Los conceptos diagnósticos establecidos, especialmente los graves desórdenes de personalidad diagnosticados frecuentemente en mujeres, en general no han conseguido reconocer el impacto de ser víctima. La primera parte de este libro esboza el espectro de la adaptación humana a los acontecimientos traumáticos y da un nuevo nombre diagnóstico al desorden psicológico que se encuentra en los supervivientes de un abuso prolongado y repetido.

Como los síndromes traumáticos tienen rasgos básicos en común, el proceso de recuperación también sigue un camino común. Las fases fundamentales de la recuperación son recobrar la seguridad, reconstruir la historia del trauma y restaurar la conexión entre los supervivientes y su comunidad. La segunda parte del libro desarrolla una visión del proceso de curación y ofrece un nuevo marco conceptual para la psicoterapia con personas traumatizadas. Tanto las características de los desórdenes traumáticos como los principios del tratamiento están ilustrados con el testimonio de los supervivientes y con casos extraídos de una amplia bibliografía.

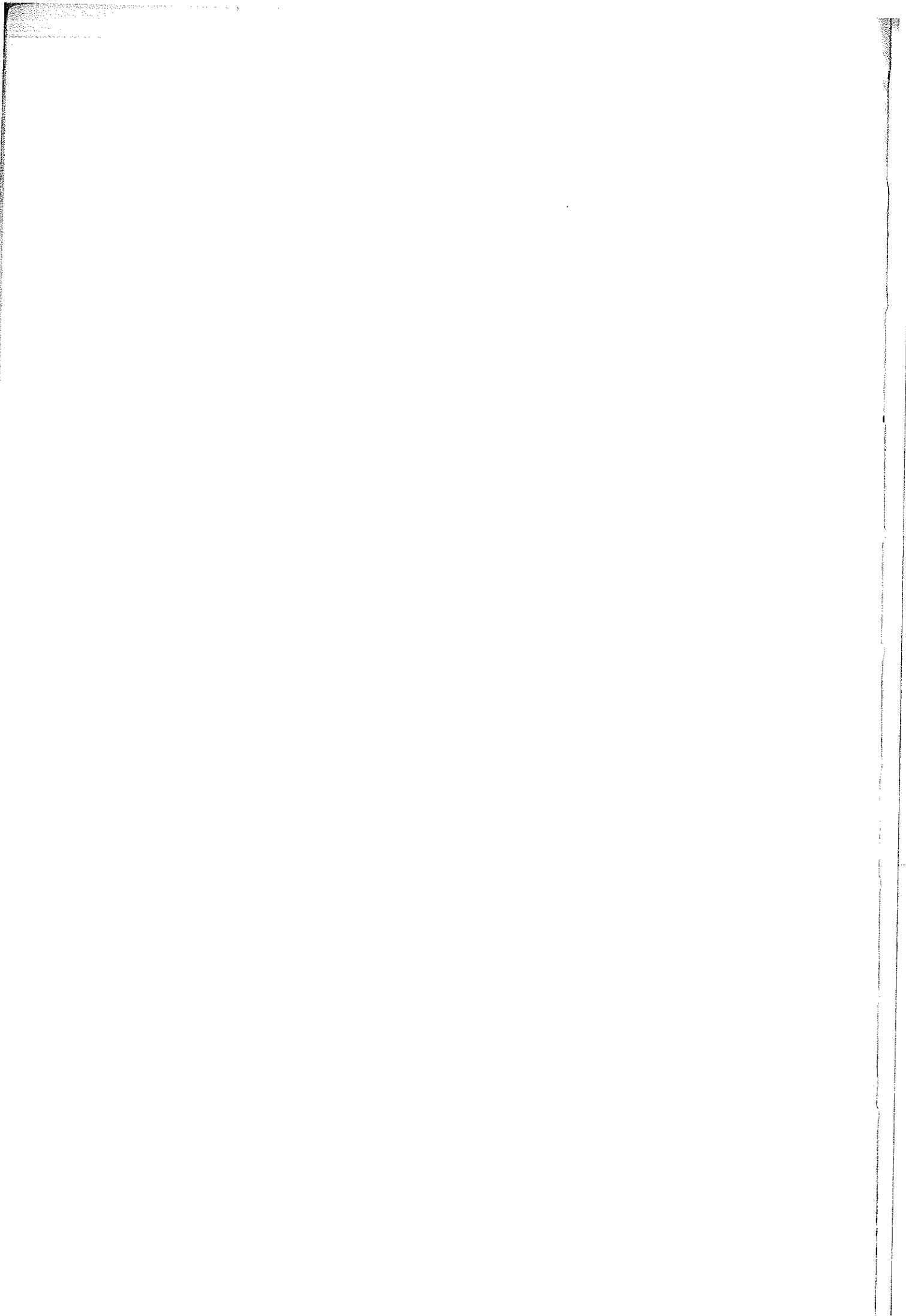
Las fuentes de investigación de este libro incluyen mis anteriores estudios con supervivientes de incesto y mi más reciente trabajo sobre el papel del trauma de infancia en la condición conocida como *desorden de la personalidad borderline*. Las fuentes clínicas son mis veinte años de práctica profesional en una clínica mental feminista y los diez años como profesora y supervisora en un hospital universitario.

El testimonio de los supervivientes de traumas es el corazón del libro. Para mantener la confidencialidad he protegido a todos mis informantes bajo seudónimo, con dos excepciones. En primer lugar, he identificado a los terapeutas a los que he entrevistado sobre su trabajo y, en segundo, a supervivientes que ya habían hecho público su caso. Las tablas de casos que aparecen son ficticias; cada una de ellas está basada en la experiencia de muchos pacientes diferentes y no sobre la de un individuo.

Los supervivientes nos retan a que volvamos a juntar los fragmentos, a que reconstruyamos la historia, a que encontremos significado a sus síntomas presentes bajo la luz de acontecimientos pasados. He intentado integrar las perspectivas clínicas y sociales del trauma sin sacrificar ni la complejidad de la experiencia individual ni la amplitud del contexto político. He procurado unificar conocimientos aparentemente divergentes y desarrollar conceptos que se puedan aplicar de la misma manera a las experiencias de la vida doméstica y sexual, que es el entorno tradicional de las mujeres, y a las de la guerra y de la vida política, el terreno tradicional de los hombres.

Este libro aparece en un momento en que la discusión pública sobre las atrocidades de la vida sexual y doméstica ha sido posible gra-

cías al movimiento feminista, y cuando la discusión pública sobre las atrocidades habituales en la vida política ha sido posible gracias al movimiento de derechos humanos. Estoy convencida de que el libro será controvertido; primero, porque está escrito desde una perspectiva feminista, y segundo, porque reta conceptos diagnósticos establecidos. Pero en tercer, y quizá más importante, lugar, porque habla sobre cosas horribles, cosas de las que nadie quiere oír hablar. He intentado presentar mis ideas con un lenguaje que preserve las conexiones, un lenguaje que sea fiel tanto a las tradiciones no pasionales y razonadas de mi profesión como a las vehementes reivindicaciones de las personas que han sido violadas y vejadas. He procurado encontrar un lenguaje que pueda hacer frente a los imperativos del pensamiento doble y que nos permita a todos acercarnos un poco más y enfrentarnos a lo impronunciable.



PRIMERA PARTE

# LOS DESÓRDENES TRAUMÁTICOS



# 1

## UNA HISTORIA OLVIDADA

El estudio del trauma psicológico tiene una historia curiosa: una de amnesia episódica. Los períodos de investigación activa se han alternado con períodos de olvido. En el siglo pasado se emprendieron líneas parecidas de investigación para ser luego abandonadas y redescubiertas mucho tiempo después. Con frecuencia, los documentos clásicos de hace cincuenta o cien años parecen trabajos contemporáneos. Aunque lo cierto es que este campo de investigación tiene una tradición abundante y rica, ha sido olvidado periódicamente y debe ser reclamado también del mismo modo.

Esta amnesia intermitente no es resultado de los cambios normales en las tendencias que suelen afectar a cualquier iniciativa intelectual. El estudio del trauma psicológico no languidece a causa de falta de interés, sino que el tema provoca una controversia tan intensa que, con frecuencia, se convierte en un anatema. El estudio del trauma psicológico ha cruzado repetidas veces la frontera hacia los territorios de lo impensable y ha erosionado dogmas de fe.

Estudiar el trauma psicológico es enfrentarse tanto a la vulnerabilidad humana en el mundo natural como a la capacidad de hacer mal que hay en la naturaleza humana. Estudiar el trauma psicológico significa ser testigo de acontecimientos terribles. Cuando estos son desastres naturales o «hechos de Dios», los que los han presenciado simpatizan con facilidad con las víctimas. Sin embargo, cuando han sido diseñados

por la mano humana, los que los presencian se ven atrapados en un conflicto entre víctima y perpetrador. Es moralmente imposible mantenerse neutral en este conflicto. Al testigo se le exige tomar posiciones.

Resulta muy tentador ponerse al lado del perpetrador. Que no haga nada es lo único que este pide al testigo. Apela al deseo universal de no ver, no oír y no decir nada. Las víctimas, al contrario, le piden al testigo que comparta con ellas su carga de dolor. La víctima exige acción, compromiso y recuerdo. Leo Eitinger, un psiquiatra que ha estudiado a los supervivientes de los campos de concentración alemanes, describe el cruel conflicto de intereses entre la víctima y el testigo. «La guerra y las víctimas son algo que la comunidad quiere olvidar; se corre un velo de olvido sobre todo aquello que es doloroso y desagradable. Encontramos a ambos lados enfrentados cara a cara: por un lado tenemos a las víctimas que quizá quieran olvidar, pero que no son capaces de hacerlo, y al otro a todas aquellas personas con motivos poderosos, y a menudo inconscientes, para olvidar y que consiguen hacerlo. El contraste [...] es con frecuencia muy doloroso para ambas partes. La más débil sigue siendo la parte perdedora en este diálogo silencioso y desigual»<sup>1</sup>.

El perpetrador hace todo lo posible para promover que se olviden sus crímenes y así poder escapar de su responsabilidad por ellos. Su primera línea de defensa son el secreto y el silencio. Si fracasa el secreto, el perpetrador erosiona la credibilidad de sus víctimas. Si no es capaz de silenciarlas del todo, intentará asegurarse de que nadie las escuche. Para conseguirlo, esgrime una impresionante cantidad de argumentos, desde la negación más absoluta a la racionalización más elegante y sofisticada. Después de cada atrocidad cabe esperarse las mismas y predecibles disculpas: nunca ocurrió, la víctima miente, la víctima exagera, la víctima se lo buscó y, en cualquier caso, es hora de olvidar el pasado y seguir adelante. Cuanto más poderoso es el perpetrador, mayor es su prerrogativa para nombrar y definir la realidad, y más domina su argumento<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> L. Eitinger, «The Concentration Camp Syndrome and Its Late Sequelae», en *Survivors, Victims and Perpetrators*, ed. J. E. Dimsdale, Hemisphere, Nueva York, 1980, págs. 127-162.

<sup>2</sup> La tendencia del observador a volverse en contra de la víctima se explora en profundidad en M. J. Lerner, *The Belief in a Just World*, Plenum, Nueva York, 1980.



Los argumentos de los perpetradores resultan irresistibles cuando el testigo se enfrenta a ellos en aislamiento. Si no existe un entorno social comprensivo lo más frecuente es que el testigo sucumba a la tentación de mirar a otro lado. Esto es cierto incluso cuando la víctima es un miembro idealizado y valioso de la sociedad. Los soldados que han luchado en cualquier guerra, incluso los que son considerados héroes, se quejan amargamente de que nadie quiere conocer la auténtica verdad sobre la guerra. Cuando la víctima es un miembro infravalorado (una mujer, un niño) puede encontrarse con que el acontecimiento más traumático de su vida ocurre fuera del territorio de la realidad validada socialmente. Su experiencia se convierte en algo impronunciable.

El estudio del trauma psicológico debe estar constantemente en lucha con la tendencia a desacreditar a la víctima o a hacerla invisible. A lo largo de toda la historia de este campo ha existido una disputa sobre si las pacientes con condiciones postraumáticas merecen ser cuidadas y respetadas o si merecen ser despreciadas, sin que importe si en realidad sufren o fingen, sin importar si sus historias son verdaderas o falsas, y, si son falsas, si han sido imaginadas o fabricadas conscientemente. A pesar de que existe una enorme cantidad de textos que documentan el fenómeno del trauma psicológico, el debate se sigue centrando en una cuestión elemental: si estos fenómenos son creíbles y reales.

No solo se pone en duda repetidamente la credibilidad de los pacientes; también se pone en duda la de los investigadores de las condiciones postraumáticas. Los médicos que escuchan demasiado tiempo y con demasiada atención a pacientes traumatizadas a menudo se convierten en sospechosos para sus colegas, como si se contaminaran con el contacto. Los investigadores que analizan este campo y se alejan demasiado de las fronteras de las creencias convencionales a menudo se ven sometidos a una especie de aislamiento profesional.

Mantener la realidad traumática en la conciencia exige un contexto social que reafirme y proteja a la víctima, y que una a esta y al testigo en una alianza común. En el caso de la víctima individual, este contexto social se crea mediante su relación con amigos, amantes y familia.

En el caso de la sociedad en general, el contexto social se crea a través de los movimientos sociales que dan voz a los desamparados.

Por consiguiente, el estudio sistemático del trauma psicológico depende del apoyo de un movimiento político. De hecho, el que dicho estudio pueda ser emprendido o discutido en público es, por sí mismo, una cuestión política. El estudio del trauma de guerra se hace legítimo tan solo en un contexto que cuestiona el sacrificio de vidas de hombres jóvenes en combate. El estudio del trauma en la vida sexual y doméstica solo se hace legítimo en un contexto que cuestione la subordinación de mujeres y niños. Los avances en este campo solo ocurren cuando están apoyados por un movimiento político lo suficientemente poderoso como para legitimar una alianza entre investigadores y pacientes, y para contrarrestar los habituales procesos sociales de silencio y negación. Si no existen poderosos movimientos políticos a favor de los derechos humanos, el proceso activo de prestar testimonio no hace sino dar paso al proceso activo del olvido. La represión, la disociación y la negación son fenómenos tanto de la conciencia social como de la individual.

Durante el pasado siglo, una determinada forma de trauma psicológico subió a la superficie en tres ocasiones. En cada una de ellas, la investigación del trauma ha florecido en asociación con un movimiento político. El primer trauma que apareció fue la histeria, el arquetípico desorden psicológico de las mujeres. Su estudio floreció entre el movimiento político republicano y anticlerical francés de finales del siglo XIX. El segundo fue el trauma de guerra o neurosis de combate. Su estudio comenzó en Inglaterra y en Estados Unidos después de la Primera Guerra Mundial y alcanzó su punto álgido tras la Guerra de Vietnam. Su contexto político fue el derrumbamiento del culto a la guerra y el crecimiento de los movimientos pacifistas. El último y más reciente trauma que ha alcanzado la conciencia social es la violencia sexual y doméstica. Su contexto político es el movimiento feminista en Europa occidental y Norteamérica. Nuestra comprensión contemporánea del trauma psicológico se basa en una síntesis de esas tres líneas de investigación independientes.

## LA ERA HEROICA DE LA HISTERIA

Durante las dos décadas de finales del siglo XIX el desorden llamado histeria se convirtió en un objetivo fundamental de la investigación seria. En ese momento el término *histeria* era tan bien entendido por todos que nadie se había tomado la molestia de definirlo de forma sistemática. En palabras de un historiador, «durante veinticinco siglos la histeria había sido considerada una enfermedad extraña con síntomas incoherentes e incomprensibles. La mayoría de médicos creían que era una enfermedad propia de las mujeres y que se originaba en el útero»<sup>3</sup>. De ahí su nombre, histeria. Como explicaba otro historiador, la histeria era una «dramática metáfora médica para todo aquello del sexo opuesto que a los hombres les resultaba misterioso o incontrolable»<sup>4</sup>.

El patriarca del estudio de la histeria fue el gran neurólogo francés Jean-Martin Charcot. Su reino era el Salpêtrière, un antiguo y enorme complejo hospitalario que llevaba tiempo siendo el centro de beneficencia de los más desdichados del proletariado parisino: mendigos, prostitutas y locos. Charcot transformó la descuidada institución en un templo de la ciencia moderna, y los nombres más prestigiosos y ambiciosos de las nuevas disciplinas de la neurología y la psiquiatría viajaron a París para estudiar con el maestro. Entre los distinguidos médicos que hicieron el peregrinaje al Salpêtrière estaban Pierre Janet, William James y Sigmund Freud<sup>5</sup>.

El estudio de la histeria cautivó a la imaginación pública como una gran expedición a lo desconocido. Las investigaciones de Charcot eran

---

<sup>3</sup> H. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*, Basics Books, Nueva York, 1970, pág. 142.

<sup>4</sup> M. Micale, «Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings», *History of Science* 27: 223-267 y 319-351 (1989), cit. en pág. 319.

<sup>5</sup> Para una discusión más amplia sobre la influencia de Charcot, véanse H. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*; G. F. Drinka, *The Birth of Neurosis: Myth Malady and the Victorians*, Simon & Schuster, Nueva York, 1984; E. Showalter, *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*, Pantheon, Nueva York, 1985; J. Goldstein, *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, Nueva York, 1987.

conocidas no solo en el mundo de la medicina, sino también de la literatura y de la política. Sus conferencias de los martes eran acontecimientos teatrales a los que acudía «un público multicolor venido de todo París: autores, médicos, actores y actrices, damas mundanas y señores de la sociedad, todos ellos atraídos por su morbosa curiosidad»<sup>6</sup>. En dichas conferencias, Charcot ilustraba sus descubrimientos con demostraciones en vivo. Las pacientes que exponía eran jóvenes mujeres que habían encontrado refugio en el Salpêtrière y que habían vivido la violencia constante, la explotación y la violación. El hospital les daba más seguridad y protección de la que jamás habían conocido; para un grupo selecto de mujeres que se convirtieron en las estrellas de las demostraciones de Charcot, el hospital también les proporcionaba algo parecido a la fama.

Todos reconocían que Charcot tenía una gran valentía por atreverse a estudiar la histeria; su prestigio le daba credibilidad a un campo que había sido considerado muy inferior a la investigación científica seria. Antes de la época de Charcot, las mujeres histéricas habían sido consideradas unas manipuladoras y su tratamiento había quedado relegado al dominio de los hipnotizadores y curanderos populares. Cuando murió Charcot, Freud le elogió como el patrón liberador de los afligidos: «A la histérica no se le daba ningún crédito por nada. Lo primero que hizo el trabajo de Charcot fue devolverle la dignidad al tema. Poco a poco empezó a desaparecer esa sonrisa despectiva que la paciente podía esperar de la gente. Ya no se la consideraba necesariamente una farsante, porque Charcot había defendido con todo el peso de su autoridad la autenticidad y objetividad del fenómeno de la histeria»<sup>7</sup>.

El planteamiento que hizo Charcot sobre la histeria era el de un taxonomista. Puso el énfasis sobre la observación cuidadosa, la descripción y la clasificación. Documentó de manera exhaustiva los síntomas característicos de la histeria, no solo por escrito, sino también con

<sup>6</sup> A. Munthe, cit. por Drinka, *The Birth of Neurosis*, pág. 88.

<sup>7</sup> S. Freud, «Charcot», [1893], en *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (en adelante, *Standard Edition*), vol. 3, trad. J. Strachey, Hogart Press, Londres, 1962, pág. 19.

dibujos y fotografías. Charcot se centró en los síntomas de la histeria que se parecían al daño neurológico: parálisis motrices, pérdidas sensoriales, convulsiones y amnesia. En 1880 había demostrado que estos síntomas eran psicológicos, ya que se podían inducir artificialmente y aliviar a través del uso de la hipnosis.

Aunque Charcot prestó una minuciosa atención a los síntomas de sus pacientes histéricas, lo cierto es que no sentía ningún interés por su vida interior. Contemplaba sus emociones como síntomas que debían ser catalogados. Describió su habla como «vocalización». Su actitud hacia sus pacientes queda evidente en la transcripción de una de sus Conferencias de los Martes, en la que una joven en trance hipnótico estaba siendo utilizada para demostrar un ataque histérico con convulsiones.

CHARCOT: Volvamos a presionar sobre el punto histerogénico. [Un médico toca a la paciente en la región ovárica.] Ya empieza otra vez. Ocasionalmente, las pacientes llegan a morderse la lengua, pero esto no es frecuente. Miren la espalda arqueada, que tan bien describen en los libros de texto.

PACIENTE: Madre, tengo miedo.

CHARCOT: Observen el estallido emocional. Si dejamos que se descontrole pronto volveremos al comportamiento epileptoide. [La paciente vuelve a gritar: «¡Oh, madre!».]

CHARCOT: Una vez más, presten atención a estos gritos. Se podría decir que es mucho ruido y pocas nueces<sup>8</sup>.

La ambición de los seguidores de Charcot era demostrar cuál era la causa de la histeria y así superar su trabajo. La rivalidad era especialmente intensa entre Janet y Freud. Cada uno de ellos quería ser el primero en hacer el gran descubrimiento<sup>9</sup>. Estos investigadores se dieron

---

<sup>8</sup> C. Goetz (ed. y trad.), *Charcot the Clinician: The Tuesday Lessons. Excerpts from Nine Case Presentations on General Neurology Delivered at the Salpêtrière Hospital in 1887-1888*, Raven Press, Nueva York, 1987, págs. 104-105.

<sup>9</sup> Esta rivalidad degeneró en una prolongada animosidad. Cada uno de ellos reclamó la prioridad de su descubrimiento y desdeñó el trabajo del otro como una derivación del suyo propio. Véase C. Perry y J. R. Laurence, «Mental Processing Outside of Awareness: The Contributions of Freud and Janet», en *The Unconscious Reconsidered*, ed. K. S. Bowers y D. Meichenbaum, Wiley, Nueva York, 1984.

cuenta de que, para alcanzar su objetivo, no bastaba con observar y clasificar a las histéricas. Era necesario hablar con ellas. Durante una breve década, hombres de ciencia escucharon a las mujeres con una devoción y un respeto que no ha tenido parangón ni antes ni después. No eran infrecuentes las reuniones diarias con pacientes histéricas, y muchas de dichas sesiones se alargaban durante horas. Los casos estudiados en este período eran casi como colaboraciones entre médico y paciente.

Las investigaciones dieron su fruto. A mediados de la década de los noventa, Janet, en Francia, y Freud con su colaborador Joseph Breuer, en Viena, habían llegado por separado a formulaciones sorprendentemente parecidas: la histeria era una condición causada por el trauma psicológico. Reacciones emocionales insoportables a acontecimientos traumáticos producían un estado alterado de la conciencia que, a su vez, creaba los síntomas de la histeria. A esta alteración en la conciencia Janet la llamó «disociación»<sup>10</sup>; Freud y Breuer la llamaron «doble conciencia»<sup>11</sup>.

Tanto Janet como Freud reconocieron la similitud esencial entre los estados alterados de conciencia inducidos por el trauma psicológico y aquellos inducidos por la hipnosis. Janet creía que la capacidad de disociación o de trance hipnótico era una señal de debilidad psicológica o de capacidad de sugestión. Freud y Breuer argumentaban lo contrario: que la histeria, con sus asociadas alteraciones de conciencia, podía darse entre «personas del más claro intelecto, de la más grande fuerza de voluntad, con el mayor carácter y con la más elevada capacidad crítica»<sup>12</sup>.

Tanto Janet como Freud reconocían que los síntomas somáticos de la histeria eran representaciones disfrazadas de acontecimientos intensamente perturbadores que habían sido borrados de la memoria. Janet describió a sus pacientes histéricas como gobernadas por «ideas sub-

<sup>10</sup> P. Janet, *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, Félix Alcan, París, 1889; Société Pierre Janet/Payot, París, 1973.

<sup>11</sup> J. Breuer y S. Freud, «Studies on Hysteria», [1893-1895], en *Standard Edition*, vol. 2, trad. J. Strachey, Hogarth Press, Londres, 1955.

<sup>12</sup> *Ibidem*, pág. 13.

conscientes fijas» derivadas de los recuerdos de hechos traumáticos<sup>13</sup>. Breuer y Freud, en una recapitulación inmortal, escribieron que «las histéricas sufren principalmente de reminiscencias»<sup>14</sup>.

A mediados de la última década del siglo XIX, estos investigadores también habían descubierto que los síntomas histéricos podían ser aliviados cuando los recuerdos traumáticos, así como las intensas emociones que los acompañaban, eran recuperados y puestos en palabras. Este método de tratamiento se convirtió en la base de la psicología moderna. Janet llamó a la técnica «análisis psicológico»; Breuer y Freud, «abreacción» o «catarsis»; y posteriormente, Freud, «psicoanálisis». Pero el nombre más sencillo, y quizá el mejor, se lo inventó una de las pacientes de Breuer, una joven inteligente, talentosa y gravemente perturbada a quien dio el seudónimo de Anna O. Ella llamó a su íntimo diálogo con Breuer la «cura de hablar»<sup>15</sup>.

Estas colaboraciones entre médico y paciente adquirieron la calidad de expediciones, en las que la solución al misterio de la histeria se podía encontrar en la dolorosa reconstrucción del pasado de la enferma. Al describir su trabajo con una paciente, Janet observó que, a medida que se desarrollaba el tratamiento, el descubrimiento de los traumas recientes daba paso a la exploración de hechos anteriores. «Al quitar la capa superficial de los engaños, favorecí la aparición de antiguas y tenaces ideas fijas que todavía permanecían en lo más profundo de su mente. Estas últimas también desaparecieron, teniendo como consecuencia una gran mejoría»<sup>16</sup>. Al describir su trabajo con Anna O, Breuer hablaba de «seguir hacia atrás el hilo de la memoria»<sup>17</sup>.

Fue Freud quien siguió más lejos el hilo y eso, invariablemente, le llevó a la exploración de la vida sexual de las mujeres. A pesar de una antigua tradición clínica que reconocía la asociación entre los síntomas

<sup>13</sup> Según Ellenberger, Janet fue el primero en acuñar la palabra subconsciente. H. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious*, ob. cit., pág. 413, n. 82.

<sup>14</sup> J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria*, ob. cit., pág. 7.

<sup>15</sup> Ibídem, pág. 30.

<sup>16</sup> P. Janet, «Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes», *Revue Philosophique* 31 (1891). Trad. y cit. por Ellenberger, *Discovery of the Unconscious*, págs. 365-366.

<sup>17</sup> J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria*, ob. cit., pág. 35.

de la histeria y la sexualidad femenina, los mentores de Freud, Charcot y Breuer se habían mostrado muy escépticos ante el papel de la sexualidad en los orígenes de la histeria. El propio Freud se mostró inicialmente reticente ante esta idea: «Cuando empecé a analizar a la segunda paciente... las expectativas de que una neurosis sexual fuera la base de la histeria eran bastante remotas en mi mente. Acababa de salir de la escuela de Charcot y consideraba que el vínculo de la histeria con el tema de la sexualidad era casi un insulto... que es lo que piensan las pacientes»<sup>18</sup>.

Esta enfática identificación con la reacción de sus pacientes es característica de los primeros escritos de Freud sobre la histeria. Los historiales de sus casos nos revelan a un hombre con una curiosidad tan apasionada como para superar sus propias convicciones y estar dispuesto a escuchar. Y le abrumó el resultado. Sus pacientes le hablaron una y otra vez de asaltos sexuales, de abusos y de incesto. Siguiendo hacia atrás el hilo de la memoria, Freud y sus pacientes descubrieron importantes hechos traumáticos de la infancia escondidos bajo otras experiencias más recientes y relativamente triviales que habían disparado el comienzo de los síntomas histéricos. En 1896, Freud creía haber encontrado el origen de la enfermedad. En un informe sobre dieciocho casos titulado *La etiología de la histeria* hacía una afirmación dramática: «Por consiguiente, presento la tesis de que bajo cada caso de histeria hay una o más incidencias de experiencias sexuales prematuras, experiencias que pertenecen a los primeros años de la infancia, pero que pueden ser reproducidas a través del trabajo del psicoanálisis a pesar de que hayan transcurrido décadas. Considero que este es un hecho importante: el descubrimiento de un *caput Nili* en neuropatología»<sup>19</sup>.

Un siglo después su informe todavía rivaliza con descripciones contemporáneas sobre los efectos de los abusos sexuales en la infancia. Es un documento brillante y compasivo, y está argumentado con elo-

<sup>18</sup> J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria*, ob. cit., págs. 259-260.

<sup>19</sup> S. Freud, «The Aetiology of Hysteria», [1896], en *Standard Edition*, vol. 3, trad. J. Strachey, Hogarth Press, Londres, 1962, pág. 203.



cuencia y minuciosamente razonado. Su triunfante título y su exultante tono sugieren que Freud consideraba que su contribución era un gigantesco logro en ese campo.

Sin embargo, la publicación de *La etiología de la histeria* significó el fin de esta línea de investigación. Tan solo un año después, Freud había repudiado en privado la teoría traumática de los orígenes de la histeria. Su correspondencia deja claro que estaba cada vez más preocupado por las radicales implicaciones sociales de su hipótesis. La histeria era tan común entre las mujeres que, si las historias de sus pacientes eran ciertas y su teoría era correcta, se vería obligado a concluir que lo que él llamaba «actos pervertidos contra los niños» eran endémicos, no solo entre el proletariado de París, donde estudió por primera vez la histeria, sino también entre las respetables familias burguesas de Viena, donde había instalado su consulta. La idea era sencillamente inaceptable. Estaba lejos de ser creíble<sup>20</sup>.

Enfrentado a este dilema, Freud dejó de escuchar a sus pacientes femeninas. El punto de inflexión queda documentado en el famoso caso de Dora. Este, el último de los de Freud sobre histeria, parece más una batalla de voluntades que una empresa de colaboración. La interacción entre Freud y Dora ha sido descrita como un «combate emocional»<sup>21</sup>. En este caso Freud todavía reconoce la realidad de la experiencia de su paciente: la adolescente Dora había sido utilizada como un premio en las elaboradas intrigas sexuales de su padre. Este la había ofrecido como juguete sexual a sus amigos. No obstante, Freud se negó a validar los sentimientos de ira y humillación de Dora. En lugar de ello, insistió en explorar sus sensaciones de excitación sexual, como si la situación de explotación fuese una satisfacción de sus deseos. En un acto que Freud consideró como una venganza, Dora decidió terminar el tratamiento.

<sup>20</sup> M. Bonaparte, A. Freud y E. Kris (eds.), *The Origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, Drafts and Notes by Sigmund Freud*, Basics Books, Nueva York, 1954, págs. 215-216.

<sup>21</sup> S. Freud, *Dora: An Analysis of a Case of Hysteria*, ed. P. Rieff, Collier, Nueva York, 1963, pág. 13. Para una crítica feminista del caso Dora, véanse H. B. Lewis, *Psychic War in Men and Women*, New York University Press, Nueva York, 1976; C. Bernheimer y C. Kahane (eds.), *In Dora's Case: Freud-Hysteria-Feminism*, Columbia University Press, Nueva York, 1985.

La ruptura de su alianza marcó el amargo final de una era de colaboración entre ambiciosos investigadores y pacientes histéricas. Durante casi otro siglo, estas pacientes volverían a ser despreciadas y silenciadas. Los seguidores de Freud sentían un especial rencor hacia la rebelde Dora, que posteriormente fue descrita por un discípulo como «una de las histéricas más repulsivas que conoció jamás»<sup>22</sup>.

Freud creó el psicoanálisis sobre las ruinas de la teoría traumática de la histeria. La teoría psicológica dominante del siguiente siglo se basó sobre la negación de la realidad de las mujeres<sup>23</sup>. La sexualidad siguió siendo el objetivo central de la investigación, pero el contexto social de explotación en el que tienen lugar las relaciones sexuales se hizo prácticamente invisible. El psicoanálisis se convirtió en el estudio de las vicisitudes internas de la fantasía y el deseo disociadas de la realidad de la experiencia. En la primera década del siglo XX, sin siquiera presentar documentación clínica de falsas quejas, Freud concluyó que los relatos de sus pacientes histéricas sobre abusos sexuales en la infancia eran falsos: «Por fin me vi obligado a reconocer que estas escenas de seducción nunca habían tenido lugar y que tan solo eran fantasías que se habían inventado mis pacientes»<sup>24</sup>.

La retractación de Freud significó el fin de la heroica era de la histeria. Tras el cambio de siglo, toda la línea de investigación comenzada por Charcot y continuada por sus seguidores cayó en el olvido. La hipnosis y los estados alterados de conciencia quedaron una vez más relegados al terreno de lo oculto. Se puso freno al estudio del trauma psicológico. Después de un tiempo, se dijo que había prácticamente desaparecido la enfermedad de la histeria<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> F. Deutsch, «A Footnote to Freud's Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria», *Psychoanalytic Quarterly*, 26: 159-167 (1957).

<sup>23</sup> F. Rusch, «The Freudian Cover-up», *Chrysalis* 1: 31-45 (1977); J. L. Herman, *Father-Daughter Incest*, Harvard University Press, Cambridge, 1981; J. M. Masson, *The Assault on Truth. Freud's Suppression of the Seduction Theory*, Farrar, Straus & Giroux, Nueva York, 1984.

<sup>24</sup> S. Freud, «An Autobiographical Study» [1925], en *Standard Edition*, vol. 20, trad. J. Strachey, Hogarth Press, Londres, 1959, pág. 34.

<sup>25</sup> I. Veith, «Four Thousand Years of Hysteria», en *Hysterical Personality*, ed. M. Horowitz, Jason Aronson, Nueva York, 1977, págs. 7-93.

Este dramático cambio no fue obra de un solo hombre. Para entender cómo pudo venirse abajo el estudio de la histeria y cómo pudieron olvidarse tan rápidamente descubrimientos tan importantes, es necesario en primer lugar comprender el clima intelectual y político que dio origen a la investigación.

El principal conflicto político de la Francia del siglo XIX era la lucha entre los partidarios de una monarquía con una religión establecida y los que se inclinaban por una república, una forma laica de gobierno. Desde la Revolución de 1789, este conflicto había derrocado al gobierno en siete ocasiones. Con el establecimiento de la Tercera República en 1870, los padres fundadores de una nueva y frágil democracia promovieron una agresiva campaña para consolidar su base de poder y, de esta manera, minar la autoridad de su principal oposición: la Iglesia católica.

Los líderes republicanos de esta época eran hombres hechos a sí mismos pertenecientes a la floreciente burguesía. Se consideraban representantes de una tradición de ilustración comprometida en una lucha mortal contra las fuerzas reaccionarias: la aristocracia y el clero. Sus principales batallas políticas se libraban por el control de la educación. Sus batallas ideológicas, por la fidelidad de los hombres y el dominio de las mujeres. Como dijo Jules Ferry, uno de los fundadores de la Tercera República: «Las mujeres deben pertenecer a la ciencia o pertenecerán a la Iglesia»<sup>26</sup>.

Charcot, el hijo de un comerciante que había alcanzado la riqueza y la fama, era un destacado miembro de esta nueva élite burguesa. Su salón era punto de encuentro de los ministros del gobierno y otras personalidades de la Tercera República. Compartía con sus colegas de gabinete la pasión por la expansión de las ideas seculares y científicas. Su modernización del Salpêtrière en la década de los setenta se llevó a cabo para demostrar las virtudes superiores de la enseñanza laica y de la administración hospitalaria. Y emprendió la investigación de la histeria para demostrar la superioridad de un marco de trabajo conceptual laico

---

<sup>26</sup> Cit. en P. K. Bidelman, *Pariahs Stand Up! The Founding of the Liberal Feminist Movement in France, 1858-1889*, Greenwood Press, Westport (Connecticut), 1982, pág. 17.

sobre uno religioso. Sus Conferencias de los Martes eran un teatro político. Su misión era reclamar a las mujeres histéricas para la ciencia.

Las formulaciones hechas por Charcot sobre la histeria ofrecían una explicación científica a fenómenos como la posesión diabólica, la brujería, el exorcismo y el éxtasis religioso. Uno de sus proyectos más queridos era el diagnóstico retrospectivo de la histeria tal y como aparece a lo largo de la historia en las obras de arte. Junto a su discípulo Paul Richer publicó una colección de obras de arte medieval que ilustraban su tesis de que las experiencias religiosas retratadas en el arte podían ser explicadas como manifestaciones de histeria<sup>27</sup>. Charcot y sus seguidores también entraron en agrios debates sobre fenómenos místicos contemporáneos, entre ellos casos de estigmas, apariciones y curaciones por la fe. A Charcot le interesaban especialmente las curas milagrosas que supuestamente estaban teniendo lugar en el recién estrenado templo de Lourdes. A Janet le preocupaba el fenómeno americano de la Ciencia Cristiana. Desiré Bourneville, discípulo de Charcot, utilizó el nuevo criterio diagnóstico en un intento de probar que una célebre estigmatizada de la época, una devota joven llamada Louise Lateau, era en realidad una histérica. Todos estos fenómenos fueron reclamados para el campo de la patología médica<sup>28</sup>.

Por lo tanto, fue una poderosa causa política la que estimuló este apasionado interés en la histeria y dio ímpetu a la investigación de Charcot y sus seguidores durante el final del siglo XIX. La intención era que la solución del misterio de la histeria demostrara el triunfo de la ilustración laica sobre la superstición reaccionaria, así como la superioridad moral de una forma laica de ver el mundo. Los hombres de ciencia contrastaron su benevolente actitud hacia la histeria con los peores excesos de la Inquisición. Charles Richet, un discípulo de Charcot, observó en 1880: «Entre las pacientes que están encerradas en el Salpêtrière hay muchas que hubieran sido quemadas en tiempos anteriores, y cuya enfermedad hubiera sido considerada un crimen»<sup>29</sup>. Wi-

<sup>27</sup> J. M. Charcot y P. Richer, *Les démoniaques dans l'art* [1881], Macula, París, 1984.

<sup>28</sup> J. Goldstein, *Console and Classify*, ob. cit.

<sup>29</sup> Cit. y trad. por J. Goldstein, ob. cit., pág. 372.

William James se hizo eco de estos sentimientos una década más tarde: «Entre las muchas víctimas de la ignorancia médica recubierta de autoridad la pobre histérica era considerada la peor; y su gradual rehabilitación y rescate serán considerados una de las conquistas filantrópicas de nuestra generación»<sup>30</sup>.

Aunque estos hombres de ciencia se creían benevolentes rescata-dores que sacaban a las mujeres de su condición de degradación, ni siquiera por un instante se plantearon una situación de igualdad entre mujeres y hombres. Las mujeres debían ser objetos del estudio y de cuidados humanitarios, no individuos por derecho propio. Los mismos hombres que defendían una comprensión ilustrada de la histeria a menudo se oponían con rotundidad a que las mujeres fueran admitidas en la educación superior o en la vida profesional, y contrarios tajantemente al sufragio femenino.

El movimiento feminista era relativamente débil en los primeros años de la Tercera República. Hasta finales de 1870, las organizaciones feministas ni siquiera tenían derecho a celebrar reuniones públicas o a divulgar sus textos. En el Primer Congreso Internacional por el Derecho de las Mujeres, celebrado en París en 1878, no se permitió hablar a las defensoras del derecho al voto porque se las consideraba demasiado revolucionarias<sup>31</sup>. Los partidarios de los derechos de las mujeres, reconociendo que su destino dependía de la supervivencia de una frágil democracia, tendían a subordinar sus intereses al consenso dentro de la coalición republicana.

Sin embargo, una generación más tarde el régimen de los padres fundadores había quedado firmemente establecido. El gobierno republicano y laico había sobrevivido y prosperado en Francia. A finales del siglo XIX la batalla anticlerical estaba prácticamente ganada. En ese tiempo se había vuelto más problemático para los hombres ilustrados actuar como defensores de las mujeres, ya que estas estaban em-

<sup>30</sup> W. James, «Review of Janet's essays, "L'état mental des hystériques" y "L'amnésie continue", *Psychological Review* 1: 195 (1894).

<sup>31</sup> Para una historia del movimiento feminista en la Francia del siglo XIX, véanse P. K. Bidelman, *Pariahs Stand Up!*, ob. cit.; C. G. Moses, *French Feminism in the Nineteenth Century*, State University of New York Press, Albany (Nueva York), 1984.

pezando a atreverse a hablar por sí mismas. La militancia de los movimientos feministas en democracias establecidas como Inglaterra o Estados Unidos había empezado a extenderse al continente, y las feministas francesas se habían hecho mucho más activas en su defensa de los derechos de las mujeres. Algunas de ellas eran abiertamente críticas hacia los padres fundadores y retaban el benevolente patronazgo de los hombres de ciencia. En 1888, una escritora feminista se mofaba de Charcot por su «vivisección de las mujeres bajo el pretexto de estudiar una enfermedad», así como por su hostilidad hacia el hecho de que las mujeres entraran en la profesión médica<sup>32</sup>.

Con el cambio de siglo el impulso político que dio pie a la heroica era de la histeria se había disipado. Ya no había ningún motivo para continuar una línea de investigación que había alejado tanto a los hombres de ciencia del objetivo que habían querido alcanzar en un principio. El estudio de la histeria les había arrastrado a un mundo de estados de trance, emotividad y sexo. Les había obligado a escuchar mucho más a las mujeres de lo que ellos jamás habían esperado, y a descubrir sobre la vida de las mujeres más de lo que jamás quisieron saber. Evidentemente, nunca habían pretendido investigar el trauma sexual en la vida de las mujeres. Los descubrimientos en dicho campo eran aplaudidos y los investigadores científicos eran valorados por su humanidad y valor siempre que el estudio de la histeria fuera parte de una cruzada ideológica; pero, una vez que ese ímpetu político se hubo desvanecido, estos mismos investigadores se vieron comprometidos por la naturaleza de sus descubrimientos, y se sintieron demasiado involucrados con sus pacientes femeninas.

El retroceso comenzó incluso antes de la muerte de Charcot en 1893. Este se encontró con que cada vez se sentía más obligado a defender la credibilidad de las demostraciones públicas de histeria que tanto habían encandilado a la sociedad parisina. Se rumoreaba que las actuaciones estaban preparadas, que se utilizaban mujeres fácilmente sugestionables que, consciente o inconscientemente, seguían un guión

---

<sup>32</sup> Cit. en J. Goldstein, ob. cit., pág. 375.

dictado por su médico bajo hipnosis. En apariencia, al final de su vida se arrepentía de haber abierto ese terreno de investigación<sup>33</sup>.

A medida que Charcot se alejaba del mundo de la hipnosis y de la histeria, Breuer se distanciaba del mundo de los vínculos emocionales de las mujeres. La primera «cura de charla» finalizó con Breuer alejándose precipitadamente de Anna O. Es posible que terminara la relación con la paciente porque su mujer se resentía de la intensa relación que el médico tenía con esta fascinante joven. Dio por finalizado de forma abrupta un tratamiento que había significado dos años de encuentros casi diarios con su paciente. El precipitado fin provocó una crisis no solo en la paciente, que tuvo que ser hospitalizada, sino al parecer también en el doctor, que se sintió abrumado al darse cuenta de que su paciente se sentía apasionadamente vinculada a él. Terminó su última sesión con Anna O con «sudores fríos»<sup>34</sup>.

Aunque posteriormente Breuer colaboró con Freud en la publicación de este extraordinario caso, era un investigador reticente y lleno de dudas. A Breuer le preocupaban en especial los repetidos descubrimientos de experiencias sexuales en la raíz de los síntomas histéricos. Como se quejó Freud a su confidente Wilhelm Fliess: «No hace mucho, Breuer pronunció un largo discurso ante la sociedad médica sobre mí, presentándose como un converso en la fe de la etiología sexual. Cuando se lo agradecí en privado, me chafó toda mi alegría al decir: "De todas formas, yo *no* creo en ello"»<sup>35</sup>.

Las investigaciones de Freud fueron las que más avanzaron dentro de la realidad no reconocida de la vida de las mujeres. Su descubrimiento de que la explotación sexual durante la infancia era la raíz de la histeria superaba los límites de la credibilidad social y le llevó a una situación de total ostracismo dentro de su profesión. La publicación de

---

<sup>33</sup> G. Tourette, «Jean Martin Charcot», *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 6: 241-250 (1893).

<sup>34</sup> E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, Basic Books, Nueva York, 1953; M. Rosenbaum, «Anna O (Bertha Pappenheim): Her History», en *Anna O Fourteen Contemporary Reinterpretations*, ed. M. Rosenbaum y M. Muroff, Free Press, Nueva York, 1984, págs. 1-25.

<sup>35</sup> M. Bonaparte y otros (eds.), *Origins of Psychoanalysis*, ob. cit., pág. 134.

*La etiología de la histeria*, que él pensaba que le daría la gloria, fue recibida con el silencio frío y universal de sus predecesores y colegas. Tal y como escribió poco después a Fliess: «Estoy tan aislado como te gustaría a ti que estuviera: la consigna es abandonarme, y a mi alrededor se está creando un vacío»<sup>36</sup>.

El consiguiente abandono de Freud del estudio del trauma psicológico ha sido considerado como un escándalo<sup>37</sup>. Que se retractara ha sido interpretado como un acto de cobardía personal<sup>38</sup>. Sin embargo, entrar en este tipo de ataque *ad hominem* parece una curiosa reliquia de la época de Freud, en la que los avances en el conocimiento eran considerados como actos «prometeos» de genialidad masculina. Da igual lo convincentes que fueran sus argumentos o lo válidas que resultaran sus observaciones, los descubrimientos de Freud no podían ser aceptados sin un contexto político y social que apoyara la investigación de la histeria, dondequiera que condujera. Este contexto no había existido jamás en Viena y estaba desapareciendo en Francia. El rival de Freud, Janet, que nunca abandonó la teoría traumática de la histeria y que jamás se desvinculó de sus pacientes histéricas, vivió para ver cómo se olvidaba su trabajo y se rechazaban sus ideas.

Pasado el tiempo, el rechazo de Freud a la teoría traumática de la histeria adquirió una cualidad especialmente dogmática. El hombre que había llevado más lejos la investigación y que había entendido mejor sus implicaciones se había recluso en los últimos años de su vida en la más absoluta negación. En ese proceso, deslegitimó a sus pacientes femeninas. Aunque siguió centrándose en la vida sexual de sus pacientes, ya no reconocía la naturaleza de explotación de la experiencia femenina. Con una obstinada persistencia que hizo aún más retorcida la teoría, insistió en que las mujeres imaginaban y anhelaban los encuentros sexuales abusivos de los que se quejaban.

---

<sup>36</sup> S. Freud, carta para Wilhelm Fliess de 4 de mayo de 1896, cit. por Masson, *Assault on Truth*, pág. 10.

<sup>37</sup> J. M. Masson, *Assault on Truth*; J. Malcolm, *In the Freud Archives*, Knopf, Nueva York, 1984. El litigio entre Masson y Malcolm se sigue desarrollando en el momento en que estoy escribiendo.

<sup>38</sup> J. Masson, *Assault on Truth*, ob. cit.



Quizá se pueda entender la retorcida retractación de Freud si se tiene en cuenta el reto tan extremo al que se enfrentaba. Aferrarse a su teoría hubiera significado reconocer la profundidad de la opresión sexual de las mujeres y los niños. La única fuente de validación intelectual posible, y el único apoyo a su posición, debía venir del naciente movimiento feminista que amenazaba los valores patriarcales de Freud. Aliarse con dicho movimiento era algo impensable para un hombre con las ideas políticas de Freud y con sus ambiciones profesionales. Eso resultaba demasiado, así que se desvinculó del estudio del trauma psicológico y de las mujeres. Siguió trabajando para madurar una teoría del desarrollo humano en la que la inferioridad y la mezquindad de las mujeres son puntos fundamentales de la doctrina<sup>39</sup>. Su teoría prosperó y floreció en un clima político antifeminista.

La paciente de Breuer, Anna O, fue la única de esos primeros investigadores que siguió con la exploración de la histeria hasta sus conclusiones lógicas. Al parecer, después de que Breuer la abandonara, siguió enferma durante varios años y luego se recuperó. La histérica muda que había inventado la «cura de charla» recuperó la voz, y la cordura, en el movimiento de liberación femenina. Bajo el seudónimo de Paul Berthold, tradujo al alemán el clásico tratado de Mary Wollstonecraft *Una vindicación de los derechos de las mujeres*, y escribió una obra de teatro, *Los derechos de las mujeres*. Bajo su nombre real, Bertha Pappenheim, se convirtió en una destacada trabajadora social feminista, en una intelectual y una organizadora política. A lo largo de una prolongada y fructífera carrera dirigió un orfanato para niñas, fundó una organización feminista para mujeres judías y viajó por toda Europa y Oriente Medio haciendo campaña contra la explotación sexual de mujeres y niños. Fueron legendarios su fuerza, su energía y su compromiso. En palabras de un colega, «En esta mujer vivía un volcán [...] Su lucha contra el abuso de mujeres y niños le producía casi dolor físi-

---

<sup>39</sup> La crítica feminista de la psicología femenina de Freud es voluminosa. Para dos ejemplos clásicos, véanse K. Horney, «The Flight From Womanhood: The Masculinity Complex in Women as Viewed by Men and by Women», *International Journal of Psycho-Analysis* 7: 324-329 (1926), y K. Millet, *Sexual Politics*, Doubleday, Nueva York, 1969.

co»<sup>40</sup>. Cuando murió, el filósofo Martin Buber le rindió homenaje: «No solo la admiraba, la quería, y la seguiré queriendo hasta el día que me muera. Hay gente con espíritu y gente con pasión; ambas cosas son menos frecuentes de lo que cabe esperar. Pero aún menos frecuentes son las personas con espíritu y con pasión. Y aún más raro es un espíritu apasionado. Bertha Pappenheim era una mujer con un espíritu así. Hagamos que su memoria perviva. Seamos testigos de que sigue existiendo»<sup>41</sup>. En su testamento expresó el deseo de que aquellos que visitaran su tumba dejaran una pequeña piedra, «como una promesa silenciosa [...] de servir a la misión y al deber de las mujeres y de su alegría [...] sin flaquear y con valor»<sup>42</sup>.

### LA NEUROSIS TRAUMÁTICA DE GUERRA

La realidad del trauma psicológico se impuso una vez más sobre la conciencia pública con la catástrofe de la Primera Guerra Mundial. En esta larga guerra de desgaste murieron más de ocho millones de hombres en cuatro años. Cuando se acabó la carnicería, cuatro imperios europeos habían quedado destruidos y muchas de las creencias que sostenían a la civilización occidental habían quedado pulverizadas.

Una de las muchas bajas de la devastación de la guerra fue la ilusión de honor y gloria masculinos que suponía la batalla. Bajo condiciones de incesante exposición a los horrores de la guerra de trincheras, los hombres empezaron a venirse abajo en cifras apabullantes. Confinados e indefensos, sometidos a una amenaza de aniquilación constante, obligados a ser testigos de la mutilación y la muerte de sus compañeros y sin esperanza de salvación, muchos soldados empezaron a actuar como mujeres histéricas. Gritaban y lloraban descontroladamente. Se quedaban paralizados y no podían moverse. Se quedaban

<sup>40</sup> Cit. por M. Kaplan, «Anna O and Bertha Pappenheim: An Historical Perspective», en M. Rosenbaum y M. Muroff, *Anna O*, ob. cit., pág. 107.

<sup>41</sup> Cit. por M. Rosenbaum, «Anna O (Bertha Pappenheim): Her History», en M. Rosenbaum y M. Muroff, *Anna O*, ob. cit., pág. 22.

<sup>42</sup> Cit. por M. Kaplan, «Anna O and Bertha Pappenheim», ob. cit., pág. 114.

mudos y no respondían a estímulos. Perdían la memoria y su capacidad parasensorial. El número de bajas psiquiátricas era tan grande que se tuvo que pedir a los hospitales que las acogieran. Se calcula que los trastornos mentales supusieron el 40 por 100 de las bajas británicas en batalla. Las autoridades militares intentaron ocultar los informes sobre las bajas psiquiátricas porque tenían un efecto desmoralizador sobre la población <sup>43</sup>.

Inicialmente los síntomas del derrumbamiento mental se atribuyeron a una causa física. El psicólogo británico Charles Myers, que examinó alguno de los primeros casos, atribuyó sus síntomas a la conmoción causada por los efectos de las bombas y llamó a este desorden nervioso «trauma de bomba» <sup>44</sup>. El nombre cuajó, aunque enseguida fue evidente que el mismo síndrome lo tenían soldados que no habían estado expuestos a ningún trauma físico. Gradualmente, los psiquiatras militares se vieron obligados a reconocer que los síntomas del trauma de guerra se debían a un trauma psicológico. El estrés emocional de estar expuesto de manera prolongada a la muerte violenta era suficiente para crear un síndrome neurótico que se parecía a la histeria en los hombres.

Cuando ya no se podía negar la existencia de una neurosis de guerra, la controversia médica, de forma parecida a lo que ocurrió en el anterior debate sobre la histeria, se centró en el carácter moral del paciente. En opinión de los tradicionalistas, un soldado normal debería sentirse glorificado en batalla y no debería mostrar ningún signo de emoción. Y, evidentemente, no podía sucumbir al terror. El soldado que desarrollaba una neurosis traumática era, en el mejor de los casos, un ser humano constitucionalmente inferior, y en el peor, un vago y un cobarde. Los escritores médicos de la época describieron a estos pacientes como «inválidos morales» <sup>45</sup>. Algunas autoridades militares mantenían que estos hombres no se merecían ser considerados pacien-

---

<sup>43</sup> E. Showalter, *The Female Malady*, ob. cit., págs. 168-170.

<sup>44</sup> C. S. Myers, *Shell Shock in France*, Cambridge University Press, Cambridge, 1940.

<sup>45</sup> A. Leri, *Shell Shock: Commotional and Emotional Aspects*, University of London Press, Londres, 1919, pág. 118.

tes y que deberían ser sometidos a un consejo de guerra o ser expulsados deshonrosamente en lugar de darles un tratamiento médico.

El defensor más destacado de la postura tradicionalista era el psiquiatra británico Lewis Yealland. En su tratado de 1918, *Desórdenes histéricos de guerra*, defendía una estrategia de tratamiento basada en avergonzar, amenazar y castigar al paciente. Síntomas de histeria como el mutismo, la pérdida sensorial o la parálisis motora eran tratados con choques eléctricos. Los pacientes eran maltratados por su vagancia y cobardía. Aquellos que manifestaban el «ridículo enemigo del negativismo» eran amenazados con un consejo de guerra. En un caso, Yealland trató a un paciente que se había quedado mudo atándole a una silla y aplicando choques eléctricos en la garganta. El tratamiento siguió sin pausa durante horas hasta que, por fin, el paciente habló. Mientras le daba los choques, Yealland lo exhortaba diciéndole: «recuerda, debes comportarte como el héroe que yo espero que seas [...] Un hombre que ha estado en tantas batallas debería tener más control sobre sí mismo»<sup>46</sup>.

Las autoridades médicas progresistas argumentaban lo opuesto: que la neurosis de guerra era una condición psiquiátrica genuina que podía manifestarse en soldados con una personalidad moral muy alta. Defendían un tratamiento humanitario basado en los principios del psicoanálisis. El cabecilla de este punto de vista más liberal era W. H. R. Rivers, un médico de inquieto intelecto que era profesor de neurofisiología, psicología y antropología. Su paciente más famoso era un joven oficial, Siegfried Sassoon, que se había distinguido por su gran valentía en combate y por su poesía sobre la guerra. Sassoon se hizo famoso cuando, todavía luciendo el uniforme, se afilió en el movimiento pacifista y denunció públicamente la guerra. El texto de su *Declaración del soldado*, escrito en 1917, se lee en la actualidad como un manifiesto contemporáneo contra la guerra:

Estoy haciendo esta declaración como un acto de consciente desafío a la autoridad militar porque creo que la guerra está siendo deliberadamente prolongada por aquellos que tienen poder para terminar con ella.

<sup>46</sup> Cit. por E. Showalter, *The Female Malady*, ob. cit., pág. 177.

Soy un soldado. Convencido de que actúo en favor de los soldados, creo que esta guerra, en la que entré creyendo que era una guerra de defensa y liberación, se ha convertido ahora en una guerra de agresión y conquista... He visto y soportado el sufrimiento de las tropas y ya no puedo seguir siendo parte de esto y prolongar este sufrimiento para alcanzar unos objetivos que considero malos e injustos<sup>47</sup>.

Temiendo que Sassoon fuera sometido a un consejo de guerra, uno de sus camaradas oficiales, Robert Graves, arregló que fuera hospitalizado bajo el cuidado de Rivers. Su declaración contra la guerra sería atribuida a un colapso psicológico. Aunque Sassoon no sufría un derrumbamiento emocional total, tenía lo que Graves describió como un «mal estado de nervios»<sup>48</sup>. Estaba inquieto, irritable, y le atormentaban las pesadillas. Su exposición impulsiva y arriesgada al peligro le había valido que le pusieran el apodo de *Jack el Loco*. En la actualidad, esos síntomas, sin duda, le hubieran valido el diagnóstico de desorden nervioso postraumático.

El tratamiento que Rivers aplicó a Sassoon estaba pensado para demostrar la superioridad del tratamiento humanitario e ilustrado sobre el más punitivo enfoque tradicionalista. Su objetivo, como en toda la medicina militar, era devolver al paciente al combate. Rivers no cuestionaba este objetivo, pero, sin embargo, sí que defendía la eficacia de algún tipo de cura de charla. En vez de ser humillado, Sassoon fue tratado con dignidad y respeto. En vez de ser silenciado, se le animó a que escribiera y hablara libremente sobre los horrores de la guerra. Sassoon respondió con gratitud: «Enseguida me hizo sentirme a salvo, y parecía saberlo todo sobre mí [...] Daría mucho por tener las grabaciones de algunas de mis charlas con Rivers. Lo que importa es mi recuerdo del gran y buen hombre que me dio su amistad y su guía»<sup>49</sup>.

La psicoterapia de Rivers con su famoso paciente fue considerada un éxito. Sassoon deslegitimó públicamente su declaración pacifista y

---

<sup>47</sup> P. Fussell (ed.), *Siegfried Sassoon's Long Journey: Selections from the Sherston Memoirs*, Oxford University Press, Nueva York, 1983, pág. xiv.

<sup>48</sup> R. Graves, *Goodbye to All That* [1929], Doubleday, Nueva York, 1957, pág. 263.

<sup>49</sup> P. Fussell (ed.), ob. cit., págs. 134 y 136.

regresó al frente. Lo hizo aunque sus convicciones políticas no habían cambiado. Lo que le impulsó a regresar fue la lealtad que sentía hacia sus camaradas que seguían luchando, el sentimiento de culpa de haber escapado de su sufrimiento y la decepción que sentía por lo ineficaces que resultaban sus aisladas protestas. Siguiendo una línea de tratamiento humanitario, Rivers había establecido dos principios que serían utilizados por los psiquiatras militares americanos en la siguiente guerra. En primer lugar, había demostrado que hombres de indudable valentía habían sucumbido ante un abrumador miedo y, en segundo, que la motivación más efectiva para superar ese miedo era algo más fuerte que el patriotismo, los principios abstractos o el odio hacia el enemigo: era el amor que sentían los soldados los unos hacia los otros.

Sassoon sobrevivió a la guerra, pero, como muchos supervivientes con neurosis de combate, quedó condenado a enfrentarse a ella durante el resto de su vida. Se dedicó a escribir y reescribir sus memorias de guerra, preservando de esta manera la memoria de los que habían caído y defendiendo la causa del pacifismo. Aunque él se recuperó de su «mal caso de nervios» lo suficiente como para tener una vida productiva, siempre le persiguió el recuerdo de aquellos que no habían tenido tanta suerte.

Trauma de guerra. ¿Cuántos breves bombardeos tuvieron efectos retardados en la mente de estos supervivientes, cuando muchos de ellos habían mirado a sus compañeros y habían reído mientras el infierno intentaba destruirles con todas sus fuerzas? Ese no fue el peor momento, lo es ahora; ahora, en la sudorosa sofocación de la pesadilla, en la parálisis de los miembros, en el tartamudeo del habla. Lo peor de todo es la desintegración de esas cualidades que les habían hecho tan galantes, tan altruistas y tan estoicos. Esto, en los mejores hombres, era la tragedia impronunciable del trauma de guerra [...] Estos soldados habían sido martirizados en nombre de la civilización, y a esta le queda por demostrar que su martirio no fue un sucio engaño<sup>50</sup>.

El interés médico por el tema del trauma psicológico volvió a decaer unos pocos años después del final de la guerra. Aunque numerosos hombres con desórdenes psiquiátricos de larga duración atestaban

---

<sup>50</sup> P. Fussell (ed.), ob. cit., pág. 141

las salas más escondidas de los hospitales de veteranos, su presencia se había convertido en una vergüenza para sociedades civiles que lo único que querían era olvidar.

En 1922, un joven psiquiatra americano, Abram Kardiner, regresó a Nueva York tras una peregrinación de un año a Viena, donde había sido analizado por Freud. Le inspiraba el sueño de hacer un gran descubrimiento. «¿Qué sería más aventurero —pensaba— que ser un Colón en la relativamente nueva ciencia de la mente?»<sup>51</sup>. Kardiner estableció una consulta privada de psicoanálisis en una época en que no había más que diez psicoanalistas en Nueva York. También empezó a trabajar en la clínica de psiquiatría de la Oficina de Veteranos, en la que vio a numerosos hombres con neurosis de combate. Le preocupaba la gravedad de su sufrimiento y su incapacidad para curarles. En especial recordaba a un paciente que había tratado durante un año sin progresos notables. Posteriormente, cuando el paciente se lo agradeció, Kardiner protestó: «Pero si nunca he hecho nada por usted. Desde luego que no he curado sus síntomas». «Pero, doctor —contestó el paciente—, lo intentó. Llevo mucho tiempo en la Administración de Veteranos y sé que ellos ni siquiera lo intentan, y que no les importa en absoluto. Pero a usted, sí»<sup>52</sup>.

Posteriormente, Kardiner reconoció que la «pesadilla incesante» de su infancia —pobreza, hambre, descuido, violencia doméstica y la temprana muerte de su madre— había influenciado en la dirección de sus inquietudes intelectuales y le había permitido identificarse con los soldados traumatizados<sup>53</sup>. Durante mucho tiempo, Kardiner luchó por desarrollar una teoría sobre el trauma de guerra dentro del marco intelectual del psicoanálisis, pero eventualmente abandonó el empeño, considerándolo imposible, y siguió adelante en su destacada carrera, primero en el psicoanálisis y luego, como su antecesor Rivers, en la antropología. En 1939, junto a la antropóloga Cora du Bois, escribió un texto fundamental de la antropología, *El individuo y su sociedad*.

---

<sup>51</sup> A. Kardiner, *My Analysis with Freud*, Norton, Nueva York, 1977, pág. 52.

<sup>52</sup> *Ibíd.*, págs. 110-111.

<sup>53</sup> *Ibíd.*, págs. 27 y 101.

Tan solo entonces, después de escribir el libro, pudo volver al tema del trauma de guerra, en esta ocasión utilizando la antropología como marco conceptual que reconocía el impacto de la realidad social y le permitía comprender el trauma psicológico. En 1941, Kardiner publicaba un importante estudio clínico y teórico, *La neurosis traumática de guerra*, en el que se quejaba de la amnesia episódica que había obstaculizado repetidas veces este campo:

El tema de las perturbaciones neuróticas a consecuencia de la guerra ha estado, en los últimos veinticinco años, sujeto a una gran cantidad de caprichos en el interés público, así como los caprichos de la psicología. El público no mantiene su interés, que fue muy grande después de la Primera Guerra Mundial, y tampoco lo hace la psiquiatría. Por ese motivo estos temas no son objeto de estudio continuado [...] sino de esfuerzos periódicos que no pueden ser considerados muy diligentes. En parte esto se debe al estatus menguante del veterano después de una guerra [...] Aunque no sea cierto para la psiquiatría en general, es un hecho deplorable que cada investigador que emprende el estudio de estas condiciones considere que es su sagrada obligación empezar de cero y trabajar en el problema como si previamente nadie hubiera hecho nada al respecto<sup>54</sup>.

Kardiner desarrolló las líneas maestras del síndrome traumático tal y como lo comprendemos hoy. Su formulación teórica se parecía mucho a las hechas por Janet a finales del siglo XIX sobre la histeria. De hecho, Kardiner reconocía que las neurosis de guerra representaba una forma de histeria, pero también se daba cuenta de que el término se había convertido, una vez más, en tan peyorativo que su mismo uso desacreditaba a sus pacientes: «Cuando se utiliza la palabra “histérico” [...] su significado social es que el sujeto es un individuo mezquino que está intentando conseguir algo a cambio de nada. La víctima de dicha neurosis no tiene, por lo tanto, la simpatía del tribunal que lo juzga y [...] tampoco tiene la simpatía de sus médicos que, a menudo, interpretan que “histérico” significa que el individuo sufre de alguna forma persistente de maldad, perversión o debilidad de la voluntad»<sup>55</sup>.

<sup>54</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, *War, Stress, and Neurotic Illness* (rev. ed. *The Traumatic Neuroses of War*), Hoeber, Nueva York, 1947, pág. 1.

<sup>55</sup> *Ibidem*, pág. 406.



Con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial llegó el renacer del interés médico por la neurosis de combate. Con la esperanza de encontrar un tratamiento rápido y eficaz, los psiquiatras militares intentaron quitar el estigma a las reacciones de estrés del combate. Por primera vez se reconoció que *cualquier* hombre podía venirse abajo bajo el fuego y que las bajas psiquiátricas podían ser previstas en proporción directa a la severidad de la exposición al combate. De hecho, se dedicó un considerable esfuerzo a determinar el nivel exacto de exposición que podría provocar un colapso psicológico. Un año después de que terminara la guerra, dos psiquiatras americanos, J. W. Appel y G. W. Beebe, concluyeron que entre doscientos y cuatrocientos días en el frente serían suficientes para que incluso al soldado más fuerte se viniera abajo: «No existe tal cosa como “acostumbrarse al combate” [...] Cada momento de combate crea una presión tan fuerte que los hombres se derrumbarán en proporción directa a la intensidad y duración de su exposición a él. Por consiguiente, en la guerra las bajas psiquiátricas son tan inevitables como las bajas por herida de bala o de metralla»<sup>56</sup>.

Los psiquiatras americanos centraron su energía en identificar aquellos factores que pudieran proteger a los hombres de un trauma agudo o que pudieran conseguir una rápida recuperación. Una vez más, descubrieron lo que Rivers había demostrado en el tratamiento de Sassoon: el poder del vínculo emocional entre los combatientes. En 1947, Kardiner revisó su texto clásico en colaboración con Herbert Spiegel, un psiquiatra que acababa de regresar de tratar a los hombres en el frente. Kardiner y Spiegel argumentaban que la protección más fuerte contra el terror era el grado de relación entre el soldado, su unidad de combate y su líder. Descubrimientos similares fueron informados por los psiquiatras Roy Grinker y John Spiegel que argumentaron que la situación de peligro constante llevaba a los soldados a crear una dependencia emocional extrema hacia sus colegas y superiores. Observaban que la protección más fuerte contra el derrumbamiento psicoló-

---

<sup>56</sup> J. W. Appel y G. W. Beebe, «Preventive Psychiatry: An Epidemiological Approach», *Journal of the American Medical Association* 131: 1468-1471 (1946), cit. en 1470.



gico era la moral y el liderazgo de las pequeñas unidades de combate<sup>57</sup>.

Las estrategias de tratamiento que evolucionaron durante la Segunda Guerra Mundial estaban diseñadas para minimizar la separación entre el soldado afligido y sus camaradas. Se defendía una intervención médica breve lo más cercana posible a las líneas de combate, con el objetivo de devolver rápidamente al soldado a su unidad<sup>58</sup>. En su búsqueda de un método rápido y efectivo de tratamiento, los psiquiatras militares descubrieron una vez más el papel mediador de los estados alterados de conciencia en el trauma psicológico. Encontraron que los estados alterados artificialmente inducidos podían ser utilizados para acceder a los recuerdos traumáticos. Kardiner y Spiegel utilizaron la hipnosis para crear un estado alterado, mientras que Grinker y Spiegel utilizaban amital sódico, una técnica que llamaban «narcosíntesis». Al igual que en el trabajo realizado previamente sobre la histeria, en el caso de la neurosis de guerra el objetivo de la «cura de charla» era la recuperación y el alivio catártico de los recuerdos traumáticos con todas sus emociones de miedo, ira y alivio.

Los psiquiatras pioneros en estas técnicas comprendían que desenterrar los recuerdos traumáticos no era por sí mismo suficiente para conseguir una cura duradera. Kardiner y Spiegel advirtieron que, aunque la hipnosis podía acelerar la recuperación de los recuerdos traumáticos, una sencilla experiencia catártica era, por sí misma, inútil. La hipnosis fracasaba, explicaban, donde «no hay suficiente seguimiento y progreso»<sup>59</sup>. También Grinker y Spiegel observaron que el tratamiento no tendría éxito si los recuerdos recuperados y descargados bajo la influencia del amital sódico no se integraban en la conciencia. El efecto del combate, argumentaban, «no es como escribir en una pizarra que pueda borrarse, quedándose la pizarra como estaba antes. El combate deja una impresión duradera en la mente de los hombres,

---

<sup>57</sup> R. R. Grinker y J. Spiegel, *Men Under Stress*, Blakeston, Filadelfia, 1945.

<sup>58</sup> Grinker y Spiegel, *Men Under Stress*; Kardiner y Spiegel, *War, Stress*.

<sup>59</sup> *Ibíd.*, pág. 365.

cambiándolos de forma tan radical como cualquier experiencia crucial que puedan vivir»<sup>60</sup>.

Estas sabias advertencias fueron por lo general ignoradas. En la época, se consideraba muy eficaz el nuevo tratamiento rápido para las bajas psiquiátricas. Según un informe, el 80 por 100 de los soldados americanos de la Segunda Guerra Mundial que padecían un estrés agudo volvían a algún tipo de servicio, normalmente, en tan solo una semana. El 30 por 100 volvía a sus unidades de combate<sup>61</sup>. Se prestaba poca atención al destino de estos hombres una vez que habían regresado al servicio activo y mucho menos cuando volvían a casa después de la guerra. Se consideraba que se habían recuperado siempre que pudieran funcionar a un nivel mínimo. Con el final de la guerra volvió a aparecer el ya familiar episodio de amnesia: había poco interés médico o público por la condición psicológica de los soldados que volvían a casa. Una vez más se olvidaron los efectos del trauma de guerra.

No se emprendió una investigación sistemática y a gran escala de los efectos psicológicos a largo plazo del combate hasta la Guerra de Vietnam. En esta ocasión la motivación para el estudio no provenía del mundo militar o del médico, sino de los esfuerzos organizados de los soldados afectados por la guerra.

En 1970, mientras estaba en su punto álgido la Guerra de Vietnam, dos psiquiatras, Robert Jay Lifton y Chaim Shatan, se encontraron con los representantes de una nueva organización llamada Veteranos de Vietnam Contra la Guerra. Que unos veteranos se organizaran contra su propia guerra cuando esta aún no había terminado era algo sin precedentes. Este pequeño grupo de soldados, muchos de los cuales se habían distinguido por su valentía, devolvieron sus medallas y ofrecieron testimonio público de sus crímenes de guerra. Su presencia daba credibilidad moral a un creciente movimiento antiguerra. «Plantearon dudas —escribió Lifton—, sobre la versión del guerrero socializado y

---

<sup>60</sup> R. R. Grinker y J. Spiegel, ob. cit., pág. 371.

<sup>61</sup> J. Ellis, *The Sharp End of War: The Fighting Man in World War II*, David and Charles, Londres, 1980.

del sistema de guerra, y dejaron en evidencia las reivindicaciones que hacía su país de que esa era una guerra justa»<sup>62</sup>.

Los veteranos antiguerra organizaron lo que llamaron «grupos de crítica». En estas íntimas reuniones de camaradas, los veteranos de Vietnam contaban y revivían las experiencias traumáticas de la guerra. Solicitaron a los psiquiatras que simpatizaban con su causa que les prestaran su ayuda profesional. Posteriormente, Shatan explicó el motivo de que muchos hombres buscaran ayuda fuera de un entorno psiquiátrico normal: «Muchos estaban “heridos”, como decían ellos. Pero no querían pedir ayuda a la Administración de Veteranos... Necesitaban algo que estuviera en su propio terreno, allí donde ellos tenían el control»<sup>63</sup>.

Los grupos de crítica tenían un doble propósito: dar refugio a veteranos individuales que habían padecido traumas psicológicos y crear una conciencia pública sobre los efectos de la guerra. El testimonio que salió de estos grupos hizo que la atención pública se centrara sobre las duraderas heridas psicológicas del combate. Estos veteranos se negaban a ser olvidados. Más aún, se negaban a ser estigmatizados. Insistían en que su desgracia era legítima y digna. En palabras de un veterano de la marina, Michael Norman:

La familia y los amigos se preguntaban por qué estábamos tan enfadados. ¿Por qué lloras?, solían preguntar. ¿Por qué tienes tan mal humor y estás tan encerrado? Nuestros padres y abuelos habían ido a la guerra, habían cumplido con su deber, habían vuelto a casa, y habían seguido con sus vidas. ¿Qué hacía que nuestra generación fuera tan diferente? Resulta que nada. No hay ninguna diferencia. Cuando a los viejos soldados de guerras «buenas» se les saca de detrás de las cortinas del mito y del sentimiento y los vemos bajo la luz, también ellos parecer arder con cólera y alienación [...] Así que estábamos enfadados. Nuestra ira era vieja y atávica. Estábamos enfadados como todo hombre civilizado que haya sido enviado alguna vez a asesinar en nombre de la virtud<sup>64</sup>.

<sup>62</sup> R. Lifton, *Home from the War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners*, Simon & Schuster, Nueva York, 1973, pág. 31.

<sup>63</sup> «Interview with Chaim Shatan», *McGill News*, Montreal, Quebec, febrero 1983.

<sup>64</sup> M. Norman, *These Good Men: Friendships Forged From War*, Crown, Nueva York, 1989, págs. 139 y 141.

A mediados de los setenta ya se habían organizado cientos de grupos de crítica informales. A finales de la década la presión política de las organizaciones de veteranos dio como resultado una ley para un programa de tratamiento psicológico llamado Operación Outreach dentro de la Administración de Veteranos. Se crearon más de un centenar de centros atendidos por veteranos y basados en un modelo de tratamiento de autoayuda y de asesoramiento por parte de personas que estaban en la misma situación. La insistente organización de los veteranos impulsó la investigación psiquiátrica sistemática. En los años siguientes a la Guerra de Vietnam, la Administración de Veteranos encargó estudios para analizar el impacto de las experiencias de guerra en las vidas de los soldados que habían regresado a casa. Un estudio de cinco volúmenes sobre el legado de Vietnam marcó las líneas generales del síndrome del desorden de estrés postraumático, y demostró, más allá de cualquier duda razonable, su relación directa con la exposición al combate<sup>65</sup>.

La legitimidad moral del movimiento pacifista y la experiencia nacional de derrota en una guerra desacreditada hicieron que fuera posible reconocer el trauma psicológico como un legado duradero e inevitable de la guerra. Por primera vez, en 1980 el característico síndrome de trauma psicológico se convirtió en un diagnóstico «real». Ese año, la Asociación Psiquiátrica Americana incluyó en su manual oficial de desórdenes mentales una nueva categoría llamada «desórdenes de estrés postraumático»<sup>66</sup>. Los rasgos clínicos de este desorden eran congruentes con la neurosis traumática que Kardiner había esbozado cuarenta años antes. Por lo tanto, el síndrome de trauma psicológico, periódicamente olvidado y también periódicamente redescubierto a lo largo del siglo anterior, por fin consiguió un reconocimiento formal dentro del canon diagnóstico.

<sup>65</sup> A. Egendorf y otros, *Legacies of Vietnam*, vols. 1-5, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1981.

<sup>66</sup> Asociación Americana de Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3.ª ed. (DSM-III), American Psychiatric Association, Washington, 1980.

## LA NEUROSIS DE COMBATE DE LA GUERRA DE LOS SEXOS

Los estudios realizados a finales del siglo XIX sobre la histeria se basaban en la cuestión del trauma sexual. En la época en que se realizaron esas investigaciones no había conciencia alguna de que la violencia fuera una parte cotidiana de la vida sexual y doméstica de las mujeres. Freud vio esta verdad y, aterrorizado, se escondió de ella. Durante gran parte del siglo XX, fue el estudio de los veteranos de combate lo que llevó al desarrollo del conocimiento de los desórdenes traumáticos. No fue hasta el movimiento de liberación femenino de los años setenta cuando se reconoció que los desórdenes postraumáticos más frecuentes no eran los de los hombres en la guerra, sino los de las mujeres en la vida civil.

Las verdaderas condiciones de la vida de las mujeres estaban escondidas en la esfera de la vida personal e íntima. El atesorado valor de la intimidad creaba una poderosa barrera a la conciencia y hacía que la realidad de las mujeres fuera prácticamente invisible. Hablar sobre experiencias en la vida sexual o doméstica significaba enfrentarse a la humillación pública, al ridículo y al escepticismo. A las mujeres las silenciaba el miedo y la vergüenza, y su silencio daba licencia a todo tipo de explotación sexual y doméstica.

Las mujeres no tenían un nombre para la tiranía de la vida privada. Era difícil reconocer que una democracia establecida en la esfera pública pudiera coexistir con condiciones de autocracia primitiva o de dictadura avanzada en el hogar. Por lo tanto, no era ningún accidente que, en el primer manifiesto del resurgente movimiento feminista americano, Betty Friedan dijera que el tema de las mujeres era el «problema sin nombre»<sup>67</sup>. Tampoco era accidental que el método inicial del movimiento se llamara «creación de conciencia»<sup>68</sup>.

La creación de conciencia tuvo lugar en grupos que compartían muchas de las características de los grupos de crítica de los veteranos y

<sup>67</sup> B. Friedan, *The Feminine Mystique*, Dell, Nueva York, 1963.

<sup>68</sup> K. Amatniek (Sarachild), «Consciousness-Raising», en *New York Redstockings: Notes from the Second Year, 1968* (autopublicados). Para una historia sobre los orígenes del movimiento feminista en ese período, véase S. Evans, *Personal Politics*, Vintage, Nueva York, 1980.

de la psicoterapia: tenían la misma intimidad, la misma confidencialidad y el mismo imperativo, decir la verdad. La creación de un espacio privilegiado hizo que fuera posible que las mujeres superaran las barreras de la negación, el silencio y la vergüenza que les impedía dar nombre a sus heridas. En el entorno protector de la consulta, las mujeres se atrevieron a hablar de violación, pero los sabios hombres de ciencia no las habían creído. En el entorno protector de los grupos de creación de conciencia las mujeres hablaban de violación, y otras mujeres las creían. Un poema de esta época ilustra el entusiasmo que sentían las mujeres al poder hablar y ser escuchadas:

Hoy  
en mi pequeño cuerpo natural  
me siento y aprendo  
mi cuerpo de mujer  
como el tuyo  
objetivo en cualquier calle  
arrebataado  
cuando tenía doce años...  
Veo a una mujer atreverse  
me atrevo a ver a una mujer  
nos atrevemos a elevar nuestras voces<sup>69</sup>.

Aunque los métodos para crear conciencia eran análogos a aquellos de la psicoterapia, su propósito era causar un cambio más social que individual. El entendimiento por parte del movimiento feminista de la violencia sexual hizo posible que las víctimas rompieran las barreras de la intimidad, que se apoyaran las unas a las otras y que emprendieran una acción colectiva. La creación de conciencia también era un método empírico de investigación. Kathie Sarachild, una de las fundadoras de la creación de conciencia, lo describió como un reto a la ortodoxia intelectual imperante: «La decisión de poner énfasis en nuestros propios sentimientos y experiencias como mujeres y poner a prueba todas las generalizaciones siguiendo nuestra propia experiencia

---

<sup>69</sup> J. Tepperman, «Going Through Changes», en *Sisterhood Is Powerful*, R. Morgan (ed.), Random House, Nueva York, 1970, págs. 507-508.

fue en realidad el método científico de investigación. De hecho, estábamos repitiendo el reto que hizo la ciencia al escolasticismo en el siglo XVIII: "estudia la ciencia, no los libros" y somete todas las teorías a la prueba de la práctica y la acción»<sup>70</sup>.

El proceso que comenzó con la creación de conciencia llevó poco a poco a mayores niveles de conciencia pública. El primer mitin sobre violación fue organizado por las Feministas Radicales de Nueva York en 1971. El primer Tribunal sobre Crímenes Contra las Mujeres se constituyó en Bruselas en 1976. Las reformas sobre el delito de violación en la legislación fueron emprendidas en Estados Unidos por la Organización Nacional de Mujeres a mediados de los años setenta. En tan solo una década, las reformas se habían aplicado en los cincuenta estados para animar a las víctimas silenciadas de crímenes sociales a que hablaran.

A partir de mediados de los años setenta, el movimiento feminista americano también generó una explosión de investigación sobre un tema anteriormente ignorado: el asalto sexual. En 1975, respondiendo a la presión feminista, fue creado dentro del Instituto Nacional de Salud Mental un centro de investigación sobre la violación. Por primera vez, se abrieron las puertas a las mujeres como los agentes y no tan solo como los objetos de una investigación. A diferencia de las normas habituales de investigación, la mayoría de los «investigadores principales» financiados por el centro eran mujeres. Las investigadoras feministas trabajaban muy de cerca con los sujetos de su investigación. Repudiaban la lejanía emocional como medida del valor de la investigación científica y honraban sinceramente la conexión emocional con sus informantes. Al igual que en la era heroica de la histeria, una vez más las largas e íntimas entrevistas personales se convirtieron en una fuente de conocimiento.

Los resultados de estas investigaciones confirmaron la realidad de la experiencia de las mujeres que Freud había rechazado como fantasías

---

<sup>70</sup> K. Sarachild, «Consciousness-Raising: A Radical Weapon», en *Feminist Revolution*, K. Sarachild (ed.), Random House, Nueva York, 1978, pág. 145. (Ed. orig., *New York Redstockings*, 1975.)



un siglo antes. Los ataques sexuales contra las mujeres y los niños se demostraron como algo endémico en nuestra cultura. La investigación epidemiológica más sofisticada la llevó a cabo a principios de los años ochenta Diana Russell, una socióloga y activista pro derechos humanos. Más de ochocientas mujeres elegidas al azar fueron entrevistadas en profundidad sobre sus experiencias con la violencia doméstica y la explotación sexual. Los resultados fueron terroríficos. Una de cada cuatro mujeres había sido violada. Una de cada tres había sufrido abusos sexuales durante la infancia<sup>71</sup>.

Además de documentar la violencia sexual, el movimiento feminista ofrecía un nuevo lenguaje para comprender el impacto de los ataques sexuales. Al entrar por primera vez la violación en la discusión pública, a las mujeres les resultó necesario definir algo que era obvio: que la violación es una atrocidad. Las feministas redefinieron la violación como un crimen y no como un acto sexual<sup>72</sup>. Esta formulación tan simplista se hizo para contrarrestar la idea de que la violación satisfacía los más profundos deseos de las mujeres, una opinión que entonces prevalecía en todo tipo de literatura, desde la pornografía popular a los textos académicos.

Las feministas también redefinieron la violación como un método de control político, forzando la subordinación de las mujeres mediante el terror. La autora Susan Brownmiller, cuyo histórico tratado sobre la violación convirtió este tema en asunto de debate público, llamó la atención sobre la violación como forma de mantener el poder masculino. «El descubrimiento de los hombres de que sus genitales podían ser utilizados como arma para generar el miedo debe considerarse como uno de los descubrimientos más importantes de los tiempos prehistóricos, junto con el uso del fuego y de la primera hacha de piedra. Desde los tiempos prehistóricos al presente, creo yo, la violación ha desempeñado una función importante. No es nada más ni menos que un proceso consciente de intimidación me-

---

<sup>71</sup> D. E. H. Russell, *Sexual Exploitation: Rape, Child Sexual Abuse, and Sexual Harassment*, Sage, Beverly Hills, 1984.

<sup>72</sup> S. Brownmiller, *Against Our Will: Men, Women, and Rape*, Simon & Schuster, Nueva York, 1975.

diante el cual *todos* los hombres mantienen a *todas* las mujeres en un estado de miedo»<sup>73</sup>.

El movimiento feminista no solo elevó la conciencia pública sobre la violación, sino que también inició una nueva respuesta social hacia las víctimas. El primer centro de crisis para mujeres violadas abrió sus puertas en 1971. Una década después se habían extendido por todo Estados Unidos cientos de centros como ese. Organizados fuera del marco del sistema de salud médico o mental convencional, estos centros ofrecían apoyo práctico, legal y emocional a las víctimas de violaciones. Los voluntarios de los centros de crisis a menudo acompañaban a las víctimas al hospital, a la comisaría de policía y a los juzgados, para asegurarse de que recibían una atención digna y respetuosa, algo muy infrecuente en aquellos tiempos. Aunque sus esfuerzos con frecuencia eran contestados con hostilidad y resistencia, también eran en ocasiones fuente de inspiración para las mujeres profesionales que trabajaban en esas instituciones.

En 1972, Ann Burgess, una enfermera de psiquiatría, y Lynda Holmstrom, una socióloga, se embarcaron en un estudio de los efectos psicológicos de la violación. Estuvieron de servicio día y noche para poder entrevistar y aconsejar a cualquier víctima de violación que llegara a la sala de urgencias del Boston City Hospital. En un año, vieron a 92 mujeres y a 37 niños. Observaron un patrón de reacciones psicológicas que denominaron «síndrome del trauma de violación». Observaron que las mujeres experimentaban la violación como un acontecimiento que ponía en peligro sus vidas y generalmente temían ser mutiladas o asesinadas durante el ataque. Señalaron que, después de la violación, las víctimas se quejaban de insomnio, náuseas, sobresaltos y pesadillas, así como síntomas de disociación. También comentaron que algunos de los síntomas de las víctimas se parecían a los descritos anteriormente en los veteranos de guerra<sup>74</sup>.

La violación fue el paradigma inicial del movimiento feminista para la violencia contra las mujeres en la vida personal. A medida que

---

<sup>73</sup> S. Brownmiller, ob. cit., págs. 14-15.

<sup>74</sup> A. W. Burgess y L. L. Holmstrom, «Rape Trauma Syndrome», *American Journal of Psychiatry* 131: 981-986 (1974).

se entendía más el fenómeno, la investigación sobre la explotación sexual crecía para incluir relaciones más complejas, en las que se mezclaba la violencia y la intimidad. El primer objetivo, la violación callejera cometida por extraños, llevó paso a paso a la exploración de la violación cometida por un conocido, por un novio o por el marido. El objetivo inicial de la violación como forma de violencia contra las mujeres llevó a la exploración de la violencia doméstica y otras formas de coerción en la intimidad. Y el objetivo inicial, la violación de adultos, llevó invariablemente al redescubrimiento de los abusos sexuales a niños.

Al igual que en el caso de la violación, el trabajo inicial realizado sobre la violencia doméstica y los abusos sexuales a niños superó el ámbito del movimiento feminista. Se organizaron servicios para las víctimas fuera del sistema tradicional de salud, a menudo con la ayuda de mujeres profesionales inspiradas por el movimiento<sup>75</sup>. La investigación pionera sobre los efectos psicológicos en las víctimas fue llevada a cabo por mujeres que se consideraban participantes activas y comprometidas en el movimiento feminista. Al igual que ocurrió en el caso de la violación, las investigaciones psicológicas sobre la violencia doméstica y los abusos sexuales a niños llevaron a un redescubrimiento del síndrome de trauma psicológico. Al describir a las mujeres que habían huido a un refugio, la psicóloga Leonore Walker definió lo que llamó el «síndrome de la mujer maltratada»<sup>76</sup>. Mis propias descripciones iniciales sobre la psicología de los supervivientes de incesto recapitulaba las observaciones hechas sobre la histeria a finales del siglo XIX<sup>77</sup>.

Tan solo después de 1980, cuando los esfuerzos de los veteranos de guerra habían legitimado el concepto de desorden de estrés post-traumático, quedó evidente que el síndrome psicológico observado en víctimas de violación, violencia doméstica e incesto era esencialmente el mismo que el síndrome observado en los supervivientes de guerra.

---

<sup>75</sup> Para una historia sobre el movimiento de mujeres maltratadas, véase S. Schechter, *Women and Male Violence: The Visions and Struggles of the Battered Women's Movement*, South End Press, Boston, 1982.

<sup>76</sup> L. Walker, *The Battered Woman*, Harper & Row, Nueva York, 1979.

<sup>77</sup> J. L. Herman y L. Hirschman, «Father-Daughter Incest», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2: 735-756 (1977).

Las implicaciones de esta conclusión son tan terroríficas en el presente como lo eran hace un siglo: las condiciones de subordinación de las mujeres se mantienen gracias a la violencia escondida de los hombres. Hay una guerra entre los sexos. Sus bajas son las víctimas de violaciones, las mujeres maltratadas y los niños abusados sexualmente. La histeria es la neurosis de la guerra de sexos.

Hace cincuenta años, Virginia Woolf escribió que «los mundos público y privado están conectados inseparablemente [...] las tiranías y esclavitudes de uno son las tiranías y las esclavitudes del otro»<sup>78</sup>. Ahora también es evidente que los traumas de uno son los traumas del otro. La histeria de las mujeres y la neurosis de guerra de los hombres son una misma cosa. Reconocer los puntos en común de las aflicciones puede que, en ocasiones, llegue a hacer posible que crucemos el inmenso abismo que separa la esfera pública de la guerra y de la política —el mundo de los hombres— y la esfera privada de la vida doméstica —el mundo de las mujeres.

¿Perderemos una vez más esta perspectiva? En este momento el estudio del trauma psicológico parece haberse establecido firmemente como un campo de investigación legítimo. Con la energía creativa que acompaña el regreso de ideas reprimidas, el campo ha crecido de forma espectacular. Hace veinte años, la bibliografía sobre el tema consistía solamente en unos cuantos textos descatalogados que acumulaban moho en esquinas olvidadas de la biblioteca. Ahora, cada mes se publican nuevos libros, nuevos descubrimientos, nuevas discusiones en los medios de comunicación.

Pero la historia nos enseña que este conocimiento también podría desaparecer. Nunca ha sido posible avanzar en el campo del trauma psicológico sin el contexto de un movimiento político. El destino de este campo de conocimiento depende del destino del mismo movimiento político que lo ha inspirado y apoyado durante el último siglo. A finales del siglo XIX el objetivo de dicho movimiento era el establecimiento de una democracia laica; a principios del XX, la abolición de la guerra; al finalizar el siglo pasado, la liberación de las mujeres. Todos ellos siguen vivos. Todos están, al final, inseparablemente conectados.

<sup>78</sup> V. Woolf, *Three Guineas* [1938], Harcourt, Brace, Jovanovich, Nueva York, 1966, pág. 147.

## 2

# EL TERROR

El trauma psicológico es la aflicción de los que no tienen poder. En el momento del trauma la víctima se ve indefensa ante una fuerza abrumadora. Cuando esa fuerza es la de la naturaleza hablamos de desastres. Cuando pertenece a otro ser humano hablamos de atrocidades. Los acontecimientos traumáticos destrazan los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado.

Hubo una época en que se creía que dichos acontecimientos eran poco habituales. En 1980, cuando se incluyó por primera vez en el manual de diagnóstico el desorden de estrés traumático, la Asociación Americana de Psiquiatría describió los acontecimientos traumáticos como «fuera del ámbito de la experiencia humana habitual»<sup>1</sup>. Ha quedado tristemente demostrado que esta definición no es exacta. La violación, los malos tratos y otras formas de violencia sexual y doméstica son tan habituales en la vida de las mujeres que no pueden ser descritas como fuera del ámbito de la experiencia habitual. Y en vista del número de personas que han muerto en guerras durante el último siglo, también el trauma militar debe ser considerado como una parte habitual de la experiencia humana. Tan solo los afortunados creen que es poco habitual.

---

<sup>1</sup> Asociación Americana de Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*, vol. 3 (DSM-III), American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980, pág. 236.

Los acontecimientos traumáticos son extraordinarios no porque ocurran raramente, sino porque superan las adaptaciones habituales de los seres humanos a la vida. A diferencia de las desgracias del día a día, los acontecimientos traumáticos normalmente implican amenazas contra la vida o la integridad física, o un encuentro personal con la violencia y la muerte. Hacen que los seres humanos se tengan que enfrentar a los extremos de la indefensión y del terror, y evocan las respuestas de la catástrofe. Según el *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, el denominador común del trauma psicológico es un sentimiento de «inmenso miedo, de indefensión, de pérdida de control y de amenaza de aniquilación»<sup>2</sup>.

La gravedad de los acontecimientos traumáticos no puede ser medida en una única dimensión: intentos simplistas de cuantificar el trauma han conducido a meras comparaciones sin sentido de la intensidad del horror sufrido. No obstante, se han identificado ciertas experiencias que pueden hacer aumentar las posibilidades de ser dañados, como, por ejemplo, ser cogidos por sorpresa, atrapados o expuestos hasta llegar al agotamiento<sup>3</sup>. Las posibilidades de ser dañados también aumentan cuando los acontecimientos traumáticos incluyen la violación o daño físicos, verse expuesto a una violencia extrema o ser testigos de una muerte violenta<sup>4</sup>. En cada uno de los casos la característica sobresaliente del acontecimiento traumático es su poder para provocar una sensación de indefensión y de terror.

La respuesta humana normal al peligro es un sistema complejo e integrado de reacciones que abarcan tanto cuerpo como mente. Una amenaza hace que el sistema nervioso simpático se despierte: la persona que está en peligro siente una subida de adrenalina y se pone en estado de alerta. La amenaza también hace que la atención de la persona se centre en la situación inmediata. Asimismo puede alterar las percep-

<sup>2</sup> N. C. Andreasen, «Post-traumatic Stress Disorder», en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4.ª ed., H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.), Williams & Wilkins, Baltimore, 1985, págs. 918-924.

<sup>3</sup> B. L. Green, J. D. Lindy, M. C. Grace y otros, «Buffalo Creek Survivors in the Second Decade: Stability of Stress Symptoms», *American Journal of Orthopsychiatry* 60: 43-54 (1990).

<sup>4</sup> B. Green, J. Lindy y M. C. Grace, «Posttraumatic Stress Disorder: Toward DSM-IV», *Journal of Nervous and Mental Disease* 173: 406-411 (1985).

ciones normales: a menudo las personas que corren peligro son capaces de ignorar el hambre, el cansancio o el dolor. Finalmente, la amenaza despierta intensos sentimientos de miedo y de ira. Estos cambios en la reacción, atención, percepción y emoción son reacciones de adaptación normales; movilizan a la persona amenazada para que lleve a cabo una acción, luchar o huir.

Las reacciones traumáticas tienen lugar cuando la acción no sirve para nada. Cuando no es posible ni resistirse ni escapar, el sistema de autodefensa humano se siente sobrepasado y desorganizado. Al perder su utilidad, cada componente de la respuesta normal al peligro tiende a persistir en un estado alterado y exagerado mucho después de que haya terminado el peligro real. Los acontecimientos traumáticos producen profundos y duraderos cambios en la respuesta fisiológica, las emociones, lo cognitivo y la memoria. Los acontecimientos traumáticos pueden llegar a dañar estas funciones que normalmente están integradas, y que sufren un extrañamiento las unas de las otras. La persona traumatizada puede experimentar una emoción intensa sin tener un recuerdo claro del evento, o puede recordar todo con detalle pero sin ninguna emoción. Puede encontrarse en un estado de activación y de irritabilidad constante sin conocer el motivo. Los síntomas traumáticos tienen tendencia a acabar desconectándose de su origen y a cobrar vida por sí mismos.

Este tipo de fragmentación con la que el trauma destroza un complejo sistema de autoprotección que normalmente funciona de manera integrada es un punto central de las observaciones históricas realizadas sobre el desorden de estrés postraumático. Hace un siglo, Janet bautizó la patología fundamental de la histeria como «disociación»: las personas con histeria habían perdido la capacidad de integrar el recuerdo de sobrecogedores acontecimientos de su vida. Con cuidadosas técnicas de investigación, incluida la hipnosis, Janet demostró que los recuerdos traumáticos se preservaban en un estado anormal, separados de la conciencia normal. Creía que el daño causado a las conexiones normales de la memoria, el conocimiento y la emoción eran resultado de intensas reacciones emocionales a acontecimientos traumáticos. Escribió sobre los efectos «disolventes» de la

emoción intensa que incapacitaban la función «sintetizadora» de la mente<sup>5</sup>.

Cincuenta años después, Abram Kardiner describió la patología esencial de la neurosis de guerra en términos parecidos. Cuando una persona se ve abrumada por el terror y se siente indefensa, «*queda destrozado todo su mecanismo para realizar una actividad concertada, coordinada y deliberada*. Las percepciones se vuelven inexactas y, teñidas por el terror, fallan las funciones coordinadoras del juicio y de la discriminación [...] los órganos sensoriales pueden incluso dejar de funcionar [...] Los impulsos agresivos se vuelven desorganizados y no tienen relación con la situación que debe manejarse [...] Las funciones del sistema nervioso autónomo también pueden disociarse del resto del organismo»<sup>6</sup>.

La gente traumatizada puede sentir y actuar como si su sistema nervioso hubiese quedado desconectado del presente. El poeta Robert Graves relata cómo seguía reaccionando en la vida civil como si siguiera estando en las trincheras de la Primera Guerra Mundial: «Seguía mentalmente organizado para la guerra. Las bombas seguían explotando en mi cama en mitad de la noche, aunque Nancy la compartía conmigo; durante el día los extraños tenían el rostro de amigos que habían muerto. Cuando estuve lo suficientemente fuerte como para subir la colina que había detrás de Harlech y visitar mi paisaje favorito, no podía evitar verlo como un posible campo de batalla»<sup>7</sup>.

Los muchos síntomas del desorden de estrés postraumático pueden catalogarse en tres categorías principales. Estas son: «hiperactivación», «intrusión» y «constricción». La hiperactivación refleja la persistente expectativa de peligro; la intrusión refleja la huella indeleble del momento traumático; la constricción refleja la respuesta embotadora de la rendición.

<sup>5</sup> P. Janet, *L'Automatisme Psychologique*, Félix Alcan, París, 1889, pág. 457. Para una crítica y resumen sobre el trabajo de Janet sobre el trauma psicológico, véase B. A. van der Kolk y O. van der Hart, «Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma», *American Journal of Psychiatry* 146: 1530-1540 (1989).

<sup>6</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, *War Stress, and Neurotic Illness* (ed. rev. *The Traumatic Neuroses of War*), Hoeber, Nueva York, 1947, pág. 186.

<sup>7</sup> R. Graves, *Goodbye to All That* [1929], Doubleday, Nueva York, 1957, pág. 257.



## HIPERACTIVACIÓN

Después de una experiencia traumática el sistema humano de autopreservación parece ponerse en alerta permanente, como si el peligro pudiera volver en cualquier momento. La activación fisiológica continúa sin disminuir. En este tipo de hiperactivación, que es el primer síntoma fundamental del desorden de estrés postraumático, la persona traumatizada se sobresalta con facilidad, reacciona con irritación a las pequeñas provocaciones y duerme mal. Kardiner propuso que «el núcleo de la neurosis [traumática] es una *fisioneurosis*»<sup>8</sup>. Creía que muchos de los síntomas observados en los veteranos de la Primera Guerra Mundial —reacciones de sobresalto, activación por el regreso del peligro, un estado exagerado de alerta, pesadillas y quejas psicósomáticas— podrían ser interpretados como resultado de un despertamiento crónico del sistema nervioso autónomo. También interpretó la irritabilidad y el comportamiento explosivamente agresivo de los hombres traumatizados como fragmentos desorganizados de una respuesta de «lucha o huida» quebrantada a un peligro abrumador.

Roy Grinker y John Spiegel observaron también que los soldados traumatizados de la Segunda Guerra Mundial «parecen padecer una estimulación crónica del sistema nervioso simpático [...] Las urgentes reacciones psicológicas de ansiedad y de alerta fisiológica [...] se han solapado y se han hecho no episódicas sino casi continuadas [...] Eventualmente, el soldado es apartado del entorno de estrés y, después de un tiempo, su ansiedad subjetiva disminuye. Pero los fenómenos fisiológicos persisten y ahora se adaptan mal a una vida pacífica y segura»<sup>9</sup>.

Los investigadores consiguieron confirmar estas hipótesis tras la Guerra de Vietnam, documentando alteraciones en la fisiología del sistema nervioso simpático de los hombres traumatizados. El psiquiatra Lawrence Kolb, por ejemplo, reproducía cintas grabadas con sonidos de combate a los veteranos de Vietnam. Cuando escuchaban las cintas, los hombres con desorden de estrés postraumático mostraban un pul-

<sup>8</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, ob. cit., pág. 13.

<sup>9</sup> R. R. Grinker y J. Spiegel, *Men Under Stress*, Blakeston, Filadelfia, 1945, págs. 219-220.

so más acelerado y una presión arterial más alta. Muchos de ellos se alteraban tanto que pedían que se interrumpiera el experimento. Los veteranos que no padecían el desorden y los que no habían entrado en combate podían escuchar las cintas del combate sin alteraciones emocionales y sin mostrar respuestas fisiológicas significativas <sup>10</sup>.

Una amplia gama de estudios parecidos han demostrado que los cambios psicofisiológicos del desorden de estrés postraumático son extensos y duraderos. Los pacientes padecen una combinación de síntomas generalizados de ansiedad y miedos específicos <sup>11</sup>. No poseen un nivel de alerta «básico» y una atención relajada, sino que tienen un elevado nivel de alerta: su cuerpo está siempre esperando el peligro. También tienen una extrema respuesta de sobresalto a los estímulos inesperados, así como una reacción intensa a estímulos específicos asociados al acontecimiento traumático <sup>12</sup>. También parece ser que las personas traumatizadas no pueden «desintonizar» estímulos repetitivos que resultarían molestos a otras personas, sino que responden a cada repetición como si fuera un nuevo y peligroso sobresalto <sup>13</sup>. Este aumento de la reacción aparece tanto en el sueño como en la vigilia y da origen a numerosos tipos de alteraciones del sueño. Las personas con desorden de estrés postraumático tardan más en quedarse dormidas, son más sensibles al ruido y se despiertan más veces durante la noche que las personas normales. Por lo tanto, los acontecimientos traumáticos parecen reacondicionar el sistema nervioso humano <sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup> L. C. Kolb, «A Neuropsychological Hypothesis Explaining Post-Traumatic Stress Disorders», *American Journal of Psychiatry* 144: 989-995 (1987).

<sup>11</sup> R. Pitman, *Biological Findings in PTSD: Implications for DSM-IV Classification* (ms. sin publicar), Veterans Administration Center, Manchester (Nueva Hampshire), 1990, pág. 16.

<sup>12</sup> M. E. McFall, M. M. Murburg, D. K. Roszell y otros, «Psychophysiologic and Neuroendocrine Findings in Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Theory and Research», *Journal of Anxiety Disorders* 3: 243-257 (1989).

<sup>13</sup> A. Shalev, S. Orr, T. Peri y otros, «Impaired Habituation of the Automatic Component of the Acoustic Startle Response in Post-Traumatic Stress Disorder» [Informe presentado en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría, Nueva Orleans (Luisiana), 1991].

<sup>14</sup> L. C. Kolb y L. R. Multipassi, «The Conditioned Emotional Response: A Subclass of Chronic and Delayed Post-Traumatic Stress Disorder», *Psychiatric Annals* 12: 979-987 (1982). T. M. Keane, R. T. Zimering y J. M. Caddell, «A Behavioral Formulation of Post-Traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans», *The Behavior Therapist* 8: 9-12 (1985).

## INTRUSIÓN

Las personas traumatizadas reviven el hecho como si estuviera ocurriendo una y otra vez en el presente mucho tiempo después de que haya pasado el peligro. No pueden retomar el curso normal de su vida porque el trauma la interrumpe constantemente. Es como si el tiempo se parara en el instante. El momento traumático queda codificado en una forma anormal de memoria, que aparece espontáneamente en la conciencia tanto con forma *flashback* en estado de vigilia como en pesadillas traumáticas durante el sueño. Rememoraciones pequeñas y aparentemente insignificantes pueden evocar estos recuerdos que a menudo regresan vívidos y con la misma fuerza emocional del acontecimiento original. Los entornos normalmente seguros pueden percibirse como peligrosos, ya que la superviviente no puede estar segura de no encontrarse con algún recuerdo del trauma.

El trauma paraliza el curso del desarrollo normal porque hace incursiones repetidas en la vida de la superviviente. Janet describió que sus pacientes histéricas estaban dominadas por una *idée fixe*. Freud, que luchaba por conciliarse con las aplastantes pruebas que existían de la neurosis de combate después de la Segunda Guerra Mundial, comentó: «Se podría decir que el paciente tiene una fijación con el trauma [...] Esto nos sorprende demasiado poco»<sup>15</sup>. Kardiner describió la «fijación en el trauma» como uno de esos rasgos esenciales de la neurosis de combate. Observando que las pesadillas traumáticas pueden repetirse sin modificación alguna durante años, describió los sueños recurrentes como «uno de los fenómenos más característicos y, al mismo tiempo, más enigmáticos que encontramos en la enfermedad»<sup>16</sup>.

Los recuerdos traumáticos tienen una serie de cualidades inusuales. No se aglutinan como los recuerdos normales en una narrativa verbal y lineal que es asimilada en la historia de una vida. Janet explicó la diferencia:

<sup>15</sup> S. Freud, «Beyond the Pleasure Principle» [1922], en *Standard Edition*, vol. 18, Hogarth Press, Londres, 1955, págs. 7-64; cit. en pág. 13.

<sup>16</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, ob. cit., pág. 201.

[La memoria normal], como todos los fenómenos psicológicos, es una acción; en esencia es la acción de contar una historia [...] Una situación que no se resuelve satisfactoriamente [...] hasta que no logremos no solo una reacción hacia el exterior a través de nuestros movimientos, sino también una reacción hacia el interior a través de las palabras que nos dirigimos a nosotros mismos mediante la organización de la narración del acontecimiento a otros y a nosotros mismos, y poniendo dicha narración en su lugar como uno de los capítulos de nuestra historia personal [...] Por lo tanto, en realidad no se puede decir que aquel que retiene una idea fija de un suceso tenga un "recuerdo" [...] solo decimos que es un "recuerdo traumático" para nuestra propia comodidad»<sup>17</sup>.

La naturaleza congelada y silenciosa de los recuerdos traumáticos queda capturada en el retrato que esboza Doris Lessing de su padre, un veterano de la Primera Guerra Mundial que se consideraba afortunado por haber perdido solo una pierna mientras que el resto de su compañía había perdido la vida en las trincheras de Passchendaele: «Los recuerdos de su infancia y de su juventud, que seguían fluidos, se vieron ampliados y crecieron como lo hacen los recuerdos vivos. Pero sus recuerdos de guerra quedaron congelados en historias que contaba una y otra vez, con las mismas palabras y gestos, en frases estereotipadas [...] Esta zona negra de él, dominada por el destino, donde no había nada cierto más que el terror, era expresada de forma inarticulada en breves y amargas expresiones de ira, incredulidad y traición»<sup>18</sup>.

Los recuerdos traumáticos carecen de una narrativa verbal y de un contexto, y están codificados en forma de sensaciones vívidas e imágenes<sup>19</sup>. Robert Jay Lifton, que estudió a los supervivientes de Hiroshima, desastres civiles y de combate, describe la memoria traumática como una «imagen indeleble» o la «huella de la muerte»<sup>20</sup>. A menudo lo que cristaliza la experiencia es un grupo de imágenes en particular,

<sup>17</sup> P. Janet, *Psychological Healing* [1919], vol. 1, trad. E. Paul y C. Paul, Macmillan, Nueva York, 1925, págs. 661-663.

<sup>18</sup> D. Lessing, «My Father», en *A Small Personal Voice*, Random House, Nueva York, 1975, pág. 87.

<sup>19</sup> E. A. Brett y R. Ostroff, «Imagery in Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview», *American Journal of Psychiatry* 142: 417-424 (1985).

<sup>20</sup> R. J. Lifton, «The Concept of Survivor», en *Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust*, ed. J. E. Dimsdale, Hemisphere, Nueva York, 1980, págs. 113-126.

en lo que Lifton llama el «horror esencial». Que se centre intensamente en la sensación fragmentaria, que sea una imagen sin contexto, eso es lo que da a la memoria traumática esa inmensa sensación de realidad. Tim O'Brien, veterano de la Guerra de Vietnam, describe un recuerdo traumático: «Recuerdo el hueso blanco de un brazo. Recuerdo los trozos de piel y algo húmedo y amarillo que debían de ser los intestinos. La imagen era horrible, y permanece conmigo. Pero lo que hace que me despierte veinte años después es Dave Jensen cantando *Lemon Tree* mientras tirábamos los restos»<sup>21</sup>.

Los recuerdos traumáticos se parecen a los sueños de los niños pequeños en la predominancia de las imágenes y de las sensaciones físicas, y en la ausencia de narrativa verbal<sup>22</sup>. De hecho, los estudios realizados con niños nos ofrecen algunos de los ejemplos más claros de recuerdos traumáticos. La psiquiatra Leonore Terr descubrió que, entre veinte niños con historias documentadas de abuso, ninguno era capaz de hacer una descripción verbal de los acontecimientos que habían ocurrido antes de que tuvieran un año y medio o dos y, sin embargo, esos recuerdos estaban indeleblemente grabados en la memoria. Dieciocho de los veinte niños mostraban signos de memoria traumática en su comportamiento y en su forma de jugar. Tenían miedos específicos que estaban relacionados con los acontecimientos traumáticos, y eran capaces de reproducirlos con extraordinaria exactitud en sus juegos. Por ejemplo, un niño que había sufrido abusos sexuales por parte de su canguro durante sus dos primeros años de vida no era capaz de recordar, a los cinco años de edad, el nombre de dicha persona. Aún más, negaba cualquier conocimiento o recuerdo de estos hechos, pero en sus juegos interpretaba escenas que reproducían exactamente una película pornográfica hecha por su canguro<sup>23</sup>. Este tipo de recuerdo

---

<sup>21</sup> T. O'Brien, «How to Tell a True War Story», en *The Things they Carried*, Houghton Mifflin, Boston, 1990, pág. 89.

<sup>22</sup> B. A. van der Kolk, «The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response», *Journal of Traumatic Stress* 1: 273-290 (1988).

<sup>23</sup> L. Terr, «What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27: 96-104 (1988).

tan visual y consolidado, típico en los niños pequeños, aparece también en los adultos en circunstancias de un terror apabullante.

Las inusuales características de la memoria traumática pueden estar basadas en alteraciones en el sistema nervioso central. Una serie de experimentos con animales demuestran que, cuando circulan altos niveles de adrenalina y otras hormonas del estrés, los rastros de la memoria se graban profundamente<sup>24</sup>. Esa misma grabación traumática de recuerdos puede ocurrir en los seres humanos. El psiquiatra Bessel van der Kolk especula que, en estados de elevada activación del sistema nervioso simpático se inactiva la codificación lingüística de la memoria y el sistema nervioso central recurre a la forma sensorial y a la icónica de la memoria que predomina en los primeros años de vida<sup>25</sup>.

Si los recuerdos traumáticos no se parecen a los normales, los sueños traumáticos tampoco son iguales que los normales. En su forma estos sueños comparten muchos de los rasgos inusuales de los recuerdos traumáticos que tienen lugar en estados de vigilia. En ocasiones incluyen fragmentos del acontecimiento traumático en su forma exacta, con poca o ninguna elaboración imaginativa. A menudo se repiten sueños idénticos. A veces se viven con una cercanía aterradoradora, como si estuvieran ocurriendo en el presente. Estímulos ambientales pequeños y aparentemente insignificantes que tienen lugar durante los sueños pueden ser interpretados como señales de un ataque hostil y despertar reacciones violentas. Y las pesadillas traumáticas pueden ocurrir en fases del sueño en las que las personas no suelen soñar<sup>26</sup>. Por consiguiente, los recuerdos traumáticos parecen estar basados en una organización neurofisiológica alterada tanto en el sueño como en la vigilia.

Las personas traumatizadas reviven el momento del trauma no solo en sus pensamientos y en sus sueños, sino también en sus accio-

---

<sup>24</sup> R. Pitman, «Post-Traumatic Stress Disorders, Hormones, and Memory», *Biological Psychiatry* 26: 221-223 (1989).

<sup>25</sup> B. A. van der Kolk, ob. cit.

<sup>26</sup> B. A. van der Kolk, R. Blitz, W. Burr y otros, «Nightmares and Trauma», *American Journal of Psychiatry* 141: 187-190 (1984); R. J. Ross, W. A. Ball, K. A. Sullivan y otros, «Sleep Disturbance as the Hallmark of Post-Traumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146: 697-707 (1989).

nes. Esta reproducción de las escenas traumáticas es más que evidente en los juegos repetitivos de los niños. Terr hace una diferenciación entre juego normal y los «juegos prohibidos» de los niños que han sido traumatizados: «El juego cotidiano de la infancia [...] es libre y fácil. Es alegre y despreocupado, mientras que el juego después de un trauma es triste y monótono [...] El juego no se interrumpe fácilmente cuando está inspirado por un trauma. Y puede que no cambie mucho con el paso del tiempo. Al contrario del juego de un niño normal, el juego postraumático se repite de forma obsesiva [...] El juego postraumático es tan literal que, si lo distingues, puedes adivinar el trauma sin que hagan falta muchas pistas más»<sup>27</sup>.

Los adultos, al igual que los niños, se sienten empujados con frecuencia a recrear el momento de terror, tanto de manera literal como disfrazada. En ocasiones, las personas reviven el momento traumático empujadas por la fantasía de poder cambiar el resultado de ese encuentro peligroso. En su intento de invertir el momento traumático, los supervivientes pueden incluso arriesgarse a sufrir más daños. Algunas revisiones son elegidas conscientemente. La superviviente de una violación, Sohaila Abdulali, describe su empeño en regresar al lugar de los hechos:

Siempre he odiado la sensación de haber sido derrotada. Cuando ocurrió eso tenía una edad muy vulnerable, diecisiete años. Debía demostrar que no me iban a derrotar. Los tíos que me violaron me dijeron: «Si volvemos a encontrarte aquí sola, te lo volveremos a hacer». Y yo les creí. Así que siempre siento un poco de miedo al caminar por esa calle, porque temo que les veré. De hecho, nadie que yo conozca caminaría por esa calle de noche, porque no es segura. Han atracado a muchas personas, y no hay duda de que es peligroso, y, sin embargo, hay una parte de mí que siente que, si no camino por ahí, entonces sí que me habrán derrotado. Así que, con más motivos que cualquier otra persona, *caminaré por esa calle*<sup>28</sup>.

Lo más frecuente es que las personas traumatizadas se encuentren reviviendo algún aspecto de la escena del trauma bajo alguna forma

<sup>27</sup> L. Terr, *Too Scared to Cry*, Harper Collins, Nueva York, 1990, págs. 238-239 y 247.

<sup>28</sup> Entrevista a S. Abdulali, 2-IV-1991.

oculta, sin ser conscientes de lo que están haciendo. La superviviente de incesto Sharon Simone narra cómo descubrió que su comportamiento arriesgado y peligroso estaba relacionado con su historial de abusos en la infancia:

Durante un par de meses estuve jugando a hacer carreras con hombres en la autopista y finalmente me vi involucrada en un accidente de coche. Un camionero estaba intentando cortarme el camino y me dije a mí misma, con el peor de los vocabularios, ni de coña vas a meter tu pene en mi carril. ¡Me salió así! ¡Boom! ¡Por las buenas! Fue muy raro.

En realidad no me había estado enfrentando al tema del incesto. Sabía vagamente que ahí había algo, sabía que tenía que enfrentarme a ello, pero no quería. Simplemente estaba muy enfadada con los hombres. Así que dejé que este hombre chocara conmigo y fue una escena muy absurda. Estaba realmente fuera de control cuando salí del coche, enfadadísima con ese hombre. No se lo conté a mi terapeuta durante unas seis semanas; simplemente lo archivé. Cuando se lo conté, me enfrenté a los hechos. Hice algo muy peligroso, así que prometí que me enfrentaría al tema de mi relación con los hombres<sup>29</sup>.

Revivirlo no es siempre tan peligroso. Algunas revisiones son, de hecho, adaptativas. Los supervivientes pueden encontrar la manera de revivir sus experiencias para integrarlas en su vida de manera contenida e incluso socialmente útil. El veterano de guerra Ken Smith describe cómo consiguió recrear algunos de los aspectos de su experiencia de combate en su vida civil:

Estuve en Vietnam ocho meses, diez días, doce horas y cuarenta y cinco minutos. Son cosas que recuerdas. Regresé a casa siendo una persona muy distinta de la que se marchó. Me puse a trabajar como enfermero de ambulancias, y obtenía mucha satisfacción con ese trabajo. Era casi como una continuación de lo que había hecho en Vietnam, pero en un nivel mucho, mucho más bajo. No había heridas de bala, no había quemaduras, no tenía que limpiar heridas en el pecho, ni tenía que hacer amputaciones o quitar metralla. Veía un montón de urgencias médicas, muchas urgencias por causa de la diabetes, mucha gente anciana. De vez en cuando había un accidente de tráfico, que era la guinda del pastel. Hacía que sonaran las sirenas y sabía que iba a hacer algo, y el

---

<sup>29</sup> Entrevista a S. Simone, 7-V-1991.



subidón de adrenalina que tenía en el cuerpo me daba energía para las siguientes cien llamadas <sup>30</sup>.

Hay algo misterioso en esto de revivir las situaciones. Se sienten como involuntarias, aun cuando se elige hacerlo de manera consciente. Tienen una cualidad tenaz y magnética, pero no son peligrosas. Freud llamó «compulsión repetitiva» a esta intrusión recurrente de la experiencia traumática. Al principio la explicó como un intento de dominar el acontecimiento traumático, pero esa explicación no le satisfacía porque, de alguna manera, no conseguía capturar lo que él denominaba la cualidad «demoníaca» de la revisión. Como la compulsión de la repetición parecía retar cualquier intento consciente y se resistía tan tozudamente al cambio, Freud dejó de intentar encontrar una explicación adaptativa que reafirmara la vida, y se vio obligado a apelar al concepto de «instinto de muerte» <sup>31</sup>.

La mayoría de teóricos han rechazado esta explicación maniqueísta y están de acuerdo con la primera formulación de Freud. Argumentan que revivir recurrentemente la experiencia traumática debe representar un intento espontáneo y fracasado de curación. Janet habló de la necesidad que tiene la persona de «asimilar» y «liquidar» la experiencia traumática y de que, cuando lo consigue, le produce una sensación de «triunfo». En su utilización del lenguaje, Janet reconocía implícitamente que la sensación de indefensión constituye el insulto fundamental del trauma, y que la curación exige la restauración de una sensación de eficacia y de poder. Según él, la persona traumatizada «sigue enfrentándose a una situación difícil, en la que no ha conseguido desempeñar un papel satisfactorio, en la que su adaptación ha sido imperfecta, así que continúa haciendo esfuerzos para adaptarse» <sup>32</sup>.

Teóricos más recientes también interpretan el fenómeno de la intrusión, incluida la reproducción de las situaciones, como intentos es-

---

<sup>30</sup> Entrevista a K. Smith, 14-VI-1991.

<sup>31</sup> S. Freud, «Beyond the Pleasure Principle», ob. cit.

<sup>32</sup> P. Janet, ob. cit., pág. 603.

pontáneos de integrar el acontecimiento traumático. El psiquiatra Mardi Horowitz postula un «principio de terminación» que «resume la habilidad intrínseca de la mente humana para procesar nueva información y así poner al día los esquemas internos del ser y del mundo». Por definición, el trauma destroza estos «esquemas internos». Horowitz sugiere que las experiencias traumáticas no asimiladas se almacenan en una especie de «memoria activa» que tiene «una tendencia intrínseca a repetir las representaciones de contenidos». El trauma tan solo se resuelve cuando la superviviente desarrolla un nuevo «esquema» mental para comprender lo que ha ocurrido<sup>33</sup>.

El psicoanalista Paul Russell defiende que la experiencia emocional y no la cognitiva del trauma es el motor de la compulsión de repetición. Lo que se reproduce es «lo que la persona necesita sentir para curar la herida». Para él la compulsión de la repetición es un intento de revivir y dominar los fuertes sentimientos del momento traumático<sup>34</sup>. El sentimiento sin resolver más dominante puede ser terror, ira producida por la indefensión o simplemente el difuso «subidón de adrenalina» de estar en peligro mortal.

Revivir un trauma puede suponer la posibilidad de dominarlo. Sin embargo, la mayoría de los supervivientes no lo buscan conscientemente ni se alegran de ello, sino que más bien lo temen. Revivir una experiencia traumática, sea en forma de recuerdos intrusivos, de sueños o de acciones, acarrea la intensidad emocional de la situación original. La superviviente se siente a menudo dominada por el miedo y la ira. Estas emociones son cualitativamente distintas al miedo o la ira normales. Se salen de los parámetros de la experiencia emocional normal, y superan nuestra capacidad para sentir emociones.

Como revivir una experiencia traumática provoca un sufrimiento emocional tan grande, las personas traumatizadas se afanan por evitarlo. Sin embargo, el esfuerzo de protegerse de los síntomas intrusivos,

<sup>33</sup> M. Horowitz, *Stress Response Syndromes*, Jason Aronson, Northvale (Nueva Jersey), 1986, págs. 93-94.

<sup>34</sup> P. Russell, «Trauma, Repetition and Affect» [Informe presentado en Psychiatry Grand Rounds, Cambridge Hospital, Cambridge (Massachusetts), 5-IX-1990].

aunque tiene una intención de autoprotección, no hace más que agravar el síndrome postraumático, ya que el intento de evitar reproducir el trauma con frecuencia tiene como consecuencia el estrechamiento de la conciencia, que la persona se encierre en sí misma y que su vida se empobrezca.

### CONSTRICCIÓN

Cuando una persona está indefensa y resulta inútil cualquier forma de resistencia puede entrar en un estado de abandono. El sistema de autodefensa se bloquea totalmente. La persona indefensa escapa de su situación no por una acción en el mundo real, sino alterando su estado de conciencia. Se pueden observar estados parecidos en los animales, que a menudo se «congelan» cuando son atacados. Estas son las respuestas hacia su depredador de una presa capturada, o de un contendiente derrotado en la batalla. Una superviviente de violación describe cómo es su experiencia de este estado de derrota: «¿Alguna vez has visto a un conejo parado ante la luz de los focos de tu coche cuando conduces de noche? Hipnotizado. Como si supiera lo que iba a pasar. Eso es exactamente lo que pasó»<sup>35</sup>. En palabras de otra superviviente de violación, «No podía gritar. No podía moverme. Estaba paralizada [...] como una muñeca de trapo»<sup>36</sup>.

Estas alteraciones de la conciencia son el núcleo de la constricción o embotamiento, el tercer síntoma fundamental del desorden de estrés postraumático. En algunas ocasiones, las situaciones de peligro inevitable pueden evocar no solo terror e ira, sino también, paradójicamente, un estado de extraña calma en la que se disuelven sus angustias. Los acontecimientos siguen registrándose, parecen estar desconectados de su significado habitual. Las percepciones pueden embotarse o distor-

---

<sup>35</sup> Mitin feminista radical, Nueva York, 1971, cit. en S. Brownmiller, *Against Our Will: Men, Woman, and Rape*, Simon & Schuster, Nueva York, 1975, pág. 358.

<sup>36</sup> Cit. por P. Bart y P. O'Brien, *Stopping Rape: Successful Survival Strategies*, Pergamon, Nueva York, 1985, pág. 47.

sionarse, con anestesia parcial o pérdida de sensaciones determinadas. Puede que el sentido del tiempo quede alterado; a menudo da la sensación de que las cosas se mueven a cámara lenta, y la experiencia puede perder su calidad de realidad normal. La persona puede sentir que el acontecimiento no le está pasando a ella, como si lo estuviera observando desde fuera de su cuerpo o como si toda la experiencia fuera un mal sueño del que se despertará poco después. Estos cambios en la percepción se combinan con una sensación de indiferencia, de extrañamiento emocional y con una profunda pasividad que hacen que la persona renuncie a toda iniciativa o resistencia. Este estado alterado de la conciencia puede considerarse como uno de los pequeños regalos de la naturaleza, una protección contra un dolor insoportable. Una superviviente de violación describe este estado de enajenación: «En ese momento abandoné mi cuerpo [...] Me disocié de la indefensión. Estaba de pie junto a mí, y en la cama solo había un cascarón vacío. Lo veo desde un lado de la cama. Desde ahí es desde donde lo contemplaba»<sup>37</sup>. Un veterano de la Segunda Guerra Mundial habla de una experiencia similar: «Como la mayoría de la cuarta, estaba completamente abotargado, en un estado de absoluta disociación. Hay una condición [...] que nosotros llamábamos la mirada de los dos mil años. Era una mirada anestesiada, con los ojos abiertos y vacíos de un hombre al que todo le da igual. Yo no había llegado a ese estado, pero el embotamiento era absoluto. Casi sentía que nunca había entrado en batalla»<sup>38</sup>.

Estos estados de alejamiento de la conciencia son similares a los estados de trance hipnótico. Comparten los mismos rasgos de rendición de la acción voluntaria, de la suspensión de la iniciativa y del juicio crítico, de un alejamiento subjetivo o calma, de sensación alterada, con aturdimiento y analgesia, y de distorsión de la realidad, incluyendo la despersonalización, pérdida de sentido de la realidad y cambio en el sentido del tiempo<sup>39</sup>. Mientras que las percepciones exaltadas que tie-

<sup>37</sup> Cit. por R. Warshaw, *I Never Called it Rape*, Harper & Row, Nueva York, 1988, pág. 56.

<sup>38</sup> Cit. por N. Frankel y L. Smith, *Patton's Best*, Hawthorne Books, Nueva York, 1978, pág. 89.

<sup>39</sup> E. Hilgard, *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, John Wiley, Nueva York, 1977.

nen lugar durante los acontecimientos traumáticos se parecen a los fenómenos de la absorción hipnótica, los síntomas de embotamiento son similares a los fenómenos complementarios de la disociación hipnótica<sup>40</sup>.

Janet pensó que la capacidad de sus pacientes histéricas para entrar en estados de trance era la evidencia de una psicopatología. Estudios más recientes han demostrado que la habilidad para entrar en estados hipnóticos varía según la persona; el trance es una cualidad normal de la conciencia humana<sup>41</sup>. Los acontecimientos traumáticos sirven de poderosos activadores de la capacidad de entrar en trance<sup>42</sup>. Como señala el psiquiatra David Spiegel, «sería realmente sorprendente que la gente *no* utilizara de forma espontánea esta capacidad para reducir su percepción del dolor durante un trauma agudo»<sup>43</sup>. Sin embargo, mientras que las personas normalmente entran en estados hipnóticos en circunstancias controladas y por elección propia, los estados de trance traumáticos ocurren de forma incontrolada, por lo común sin elección consciente.

Siguen siendo un enigma los factores biológicos subyacentes bajo estos estados alterados, tanto el trance hipnótico como la disociación traumática. El psicólogo Ernest Hilgard plantea que la hipnosis «puede actuar de manera paralela a la morfina»<sup>44</sup>. Se conoce desde hace mucho tiempo el uso de la hipnosis como sustituto de los opiáceos

---

<sup>40</sup> D. Spiegel, «Hypnosis, Dissociation, and Trauma», en *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health*, J. L. Singer (ed.), Universidad de Chicago, Chicago, 1990, págs. 121-142.

<sup>41</sup> E. Hilgard, ob. cit.

<sup>42</sup> E. Hilgard, *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement*, University of Chicago Press, Chicago, 1970; R. K. Stutman y E. L. Bliss, «Post-Traumatic Stress Disorder, Hypnotizability, and Imagery», *American Journal of Psychiatry* 142: 741-743 (1985); D. Spiegel, T. Hunt y H. Dondershine, «Dissociation and Hypnotizability in Post-Traumatic Stress Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 145: 301-305 (1988); J. L. Herman, J. C. Perry y B. A. van der Kolk, «Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatry* 146: 490-495 (1989).

<sup>43</sup> D. Spiegel, E. J. Frischholz, H. Spiegel, y otros, «Dissociation, Hypnotizability, and Trauma» (Informe presentado en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría, San Francisco, mayo de 1989, pág. 2).

<sup>44</sup> E. Hilgard, ob. cit., pág. 246.

como analgésicos. Tanto la hipnosis como la morfina producen un estado disociativo en el que se reducen la percepción del dolor y las respuestas emocionales normales al dolor. Tanto la hipnosis como los opiáceos reducen el sufrimiento de un dolor insoportable sin anular la sensación. Los psiquiatras Roger Pitman y Van der Kolk, que han demostrado persistentes alteraciones en la percepción del dolor en los veteranos de guerra con desorden de estrés postraumático, sugieren que el trauma puede producir duraderas alteraciones en la regulación de los opiáceos endógenos, que son sustancias naturales que tienen el mismo efecto en el sistema nervioso central que aquellos<sup>45</sup>.

Las personas traumatizadas que no pueden disociarse espontáneamente pueden intentar conseguir efectos parecidos con el alcohol o los narcóticos. Grinker y Spiegel, observando el comportamiento de los soldados durante la guerra, descubrieron que el hábito incontrolado de beber aumentaba en proporción a las bajas ocurridas en la unidad de combate: el uso que los soldados hacían del alcohol parecía ser un intento de olvidar su creciente sensación de indefensión y terror<sup>46</sup>. Parece evidente que las personas traumatizadas corren un elevado riesgo de huir de sus dificultades desarrollando una dependencia con el alcohol y las drogas. La psicóloga Josefina Card, en un estudio sobre los veteranos de Vietnam y sus colegas civiles, demostró que los hombres que desarrollaban un desorden de estrés postraumático tenían muchas más posibilidades de acabar abusando de los narcóticos y drogas callejeras, y de haber recibido tratamiento por problemas con el alcohol o las drogas después de haber vuelto de la guerra<sup>47</sup>. En otro estudio de cien veteranos con grave síndrome de estrés postraumático, Herbert Hendin y Ann Haas observaron que el 85 por 100 desarrollaba graves problemas con el alcohol y las drogas después de su regreso a la vida civil. Tan solo el 7 por 100 había bebido mucho antes de ir a la guerra.

---

<sup>45</sup> R. K. Pitman, B. A. van der Kolk, S. P. Orr y otros, «Naloxone-Reversible Analgesic Response to Combat-Related Stimuli in Post-Traumatic Stress Disorder: A Pilot Study», *Archives of General Psychiatry* 47: 541-547 (1990).

<sup>46</sup> R. Grinker y J. P. Spiegel, ob. cit.

<sup>47</sup> J. J. Card, *Lives After Vietnam: The Personal Impact of Military Service*, D. C. Heath, Lexington (Massachusetts), 1983.

Los hombres usaban el alcohol y los narcóticos para intentar controlar los síntomas de hiperactivación e intrusivos: insomnio, pesadillas, irritabilidad y explosiones de ira. Sin embargo, el abuso de drogas no hacía más que aumentar sus dificultades y les alienaba aún más de los otros<sup>48</sup>. La más amplia investigación de todas, el Estudio Nacional de Reajuste de los Veteranos de Vietnam, contenía hallazgos casi idénticos: el 75 por 100 de los hombres que padecían el desorden acababan teniendo problemas o dependencia con el alcohol<sup>49</sup>.

Aunque las alteraciones disociativas de la conciencia, o incluso la intoxicación, pueden ser adaptativas en el momento de la absoluta indefensión, se convierten en maladaptaciones una vez que ha pasado el peligro. Como estos estados alterados mantienen la experiencia traumática alejada de la conciencia normal, impiden la integración necesaria para la curación. Por desgracia, los estados disociativos, como otros síntomas del síndrome postraumático, resultan ser extraordinariamente tenaces. Lifton comparó la «anestesia emocional», universal en los supervivientes de desastres y de la guerra, con la «parálisis de la mente»<sup>50</sup>.

Los síntomas constrictivos, al igual que los intrusivos, fueron descritos por primera vez en el terreno de la memoria. Janet observó que la amnesia postraumática se debía a «una constricción del campo de la conciencia» que mantenía los recuerdos dolorosos separados de la conciencia normal. Cuando sus pacientes histéricas estaban en un estado de trance hipnótico también eran capaces de revivir con todo lujo de detalles los acontecimientos disociados. Por ejemplo, su paciente Irene relataba que había sufrido una profunda amnesia durante dos meses, en el período de la muerte de su madre. En trance era capaz de reproducir todos los atormentantes acontecimientos de esos dos meses, incluido el momento de la muerte, como si estuvieran ocurriendo en el presente<sup>51</sup>.

<sup>48</sup> H. Hendin y A. P. Haas, *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam*, Basic Books, Nueva York, 1984.

<sup>49</sup> R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank y otros, *Trauma and the Vietnam War Generation*, Brunner/Mazel, Nueva York, 1990.

<sup>50</sup> R. J. Lifton, ob. cit.

<sup>51</sup> P. Janet, *L'Etat mental des hystériques*, Félix Alcan, París, 1911.

Kardiner también reconoció que un proceso constrictivo mantenía los recuerdos traumáticos fuera de la conciencia normal, permitiendo que tan solo un fragmento del recuerdo apareciera como un síntoma intrusivo. Citaba el caso de un veterano de la Marina que se quejaba de una sensación persistente de abotargamiento, de dolor y de frío de cintura para abajo. El paciente negaba haber tenido experiencias traumáticas durante la guerra. Después de ser preguntado de manera insistente, y sin utilización formal de la hipnosis, recordó que su barco se había hundido y que había pasado horas en el agua helada esperando a ser rescatado, pero negaba tener ninguna reacción emocional al acontecimiento. Sin embargo, como informó Kardiner, cuando se le presionaba el paciente se ponía agitado, enfadado y asustado:

Le señalamos las similitudes entre los síntomas de los que se quejaba [...] y el haber estado sumergido en el agua fría de cintura para abajo. Reconoció que, cuando cerraba los ojos y *se permitía a sí mismo pensar* sobre sus sensaciones, se seguía imaginando agarrado a la balsa, medio sumergido en el mar. Entonces decía que, mientras estaba agarrado a la balsa, sus sensaciones eran extremadamente dolorosas y que no pensaba en nada más durante esas horas. También recordó el hecho de que varios hombres habían quedado inconscientes y se ahogaron. El paciente evidentemente debía el seguir vivo a haber estado tan concentrado en las sensaciones dolorosas que le causaba el agua fría. Por lo tanto, el síntoma representaba una [...] reproducción de las sensaciones originales de estar sumergido en el agua<sup>52</sup>.

En este caso, el proceso constrictivo derivó no en una amnesia completa, sino en la formación de un recuerdo truncado, vacío de emoción y de significado. El paciente no «se permitía a sí mismo pensar» sobre el significado del síntoma porque hacerlo sería recordar todo el dolor, el miedo y la cólera de haber escapado por los pelos de la muerte y de haber sido testigo de la de sus compañeros. Esta supresión voluntaria de los pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático es característica de las personas traumatizadas, como también lo son las formas menos conscientes de disociación.

<sup>52</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, ob. cit., pág. 128, caso 28 (la cursiva es mía).



Los síntomas constrictivos de la neurosis traumática no solo se refieren al pensamiento, la memoria y los estados de consciencia, sino también a todo el terreno de la acción y la iniciativa. Las personas traumatizadas limitan sus vidas con la intención de conservar cierto sentido de seguridad y de controlar su miedo. Dos víctimas de violación describen cómo restringieron sus vidas después del trauma:

Me aterrorizaba ir sola a algún sitio [...] Me sentía demasiado indefensa y demasiado asustada, así que dejé de hacer cosas [...] Me limitaba a quedarme en casa y a estar asustada<sup>53</sup>.

Me corté el pelo. No quería resultar atractiva a los hombres [...] Solo quería tener un aspecto neutro durante un tiempo porque eso me hacía sentir más a salvo<sup>54</sup>.

El veterano de guerra Ken Smith explica cómo racionalizó la constrictión de su vida que tuvo lugar después de la guerra. Dicha constrictión impidió que, durante mucho tiempo, se diera cuenta de lo mucho que el miedo dominaba su vida: «Trabajaba exclusivamente desde la medianoche a las ocho, o desde las once a las siete. Nunca entendí el motivo. Me preocupaba tanto estar despierto de noche porque me daba mal rollo *tener miedo a la noche*. Ahora sé que es así; entonces no lo sabía. Lo racionalizaba diciendo que no me controlaban tanto, que tenía más libertad. No tenía que escuchar los malos rollos que había dentro de la policía, nadie me molestaba, estaba a mi aire»<sup>55</sup>.

Los síntomas constrictivos también interfieren con la anticipación y la planificación del futuro. Grinker y Spiegel observaron que, durante la guerra, los soldados respondían a las muertes y bajas en su grupo con una disminución de la confianza hacia su propia capacidad para hacer planes y tomar iniciativas, con creciente superstición y pensamiento mágico y con una mayor dependencia en los talismanes y augurios<sup>56</sup>. Terr,

<sup>53</sup> Mitin feminista radical, Nueva York, 1971, cit. en *Rape: The First Sourcebook for Women*, N. Connell y C. Wilson (eds.), New American Library, Nueva York, 1974, pág. 44.

<sup>54</sup> Cit. por R. Warshaw, ob. cit., pág. 33.

<sup>55</sup> Entrevista a K. Smith, 1991.

<sup>56</sup> R. Grinker y J. P. Spiegel, ob. cit.

en un estudio sobre niños secuestrados, describió cómo después de la liberación los niños creían que habían tenido revelaciones que les advertían del acontecimiento traumático. Años después del secuestro, los niños seguían buscando augurios que les protegieran y guiaran su comportamiento. Y lo que es peor, años después del acontecimiento, los niños seguían teniendo un limitado sentido del futuro. Cuando se les preguntaba qué querían ser de mayores, muchos contestaban que nunca imaginaban o hacían planes de futuro porque esperaban morir jóvenes<sup>57</sup>.

Cuando evitan cualquier situación que recuerde el trauma pasado o cualquier iniciativa que signifique planear el futuro o tomar algún riesgo, las personas traumatizadas se niegan a sí mismas nuevas oportunidades para manejar con éxito su situación, algo que podría mitigar el efecto de la experiencia traumática. Por lo tanto, aunque puedan representar un intento de defenderse contra estados emocionales agobiantes, los síntomas constrictivos piden un precio demasiado alto por la protección que dan. Restringen y empobrecen la calidad de vida y, finalmente, perpetúan el efecto del acontecimiento traumático.

### LA DIALÉCTICA DEL TRAUMA

Después de una experiencia de peligro abrumador, las dos respuestas contradictorias de intrusión y constricción establecen un ritmo oscilante. Esta dialéctica de estados psicológicos opuestos es quizá el rasgo más característico de los síndromes postraumáticos<sup>58</sup>. Como ni los síntomas intrusivos ni los de evitación facilitan la integración del acontecimiento traumático, la alternancia entre estos dos estados extremos puede ser entendida como un intento de encontrar un equili-

<sup>57</sup> L. C. Terr, «Chowchilla Revisted: The Effects of Psychic Trauma Four Years After a School-Bus Kidnapping», *American Journal of Psychiatry* 140: 1543-1550 (1983).

<sup>58</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, ob. cit.; M. Horowitz, ob. cit.; E. A. Brett y R. Ostroff, ob. cit.

brio satisfactorio entre ambos. Pero equilibrio es justamente algo que le falta a la persona traumatizada. Se encuentra aprisionada entre los extremos de la amnesia y de revivir el trauma, entre mareas de sentimiento intenso y abrumador y áridos estados en los que no tiene ningún sentimiento, entre la acción irritable e impulsiva y una completa inhibición de la acción. La inestabilidad que producen estas alternancias periódicas exagera aún más la sensación de incapacidad de predecir el futuro y de indefensión de la persona traumatizada<sup>59</sup>. La dialéctica del trauma es, por consiguiente, potencialmente perpetua.

Esta dialéctica sufre una evolución con el paso del tiempo. Al principio predomina la reexperiencia intrusiva del acontecimiento traumático y la víctima permanece en un estado muy agitado, alerta a nuevas amenazas. Los síntomas intrusivos surgen principalmente en los primeros días o semanas después del acontecimiento traumático, disminuyen hasta cierto punto entre los tres y los seis meses, y luego se atenúan lentamente con el paso del tiempo. Por ejemplo, en un estudio a gran escala de víctimas de violaciones, las supervivientes generalmente informaron de que sus síntomas intrusivos más graves disminuyeron entre tres y seis meses después del suceso, pero seguían sintiéndose ansiosas y teniendo miedo un año después de la violación<sup>60</sup>. Otro estudio sobre las supervivientes de violaciones también descubrió que la mayoría (80 por 100) seguían quejándose de miedos intrusivos un año después<sup>61</sup>. Cuando, dos o tres años después de verlas por primera vez en la sala de urgencias del hospital, se volvieron a poner en contacto con un grupo diferente de víctimas de violación, la mayoría todavía padecía síntomas que se podían atribuir a aquel hecho. Los síntomas más frecuentes de estas víctimas eran miedos espe-

---

<sup>59</sup> Van der Kolk señala que los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático son congruentes con los del síndrome de abstinencia del opio, y postula por el equilibrio normal entre los sistemas centrales adrenérgicos y los opiáceos. Véase su «Inescapable Shock, Neurotransmitters, and Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post-Traumatic Stress», *Biological Psychiatry* 20: 314-325 (1985).

<sup>60</sup> D. G. Kilpatrick, L. J. Veronen y P. A. Resick, «The Aftermath of Rape: Recent Empirical Findings», *American Journal of Orthopsychiatry* 49: 658-669 (1979).

<sup>61</sup> J. V. Becker, L. J. Skinner, G. G. Abel y otros, «The Effects of Sexual Assault on Rape and Attempted Rape Victims», *Victimology* 7: 106-113 (1982).

cíficos del trauma, problemas sexuales y restricción de las actividades cotidianas<sup>62</sup>.

La herida traumática dura aún más tiempo. Por ejemplo, de cuatro a seis años después de su estudio de las víctimas de violación en la sala de urgencias del hospital, Ann Burgess y Lynda Holmstrom se volvieron a poner en contacto con las mujeres. Para entonces, tres cuartas partes de ellas creían haberse recuperado. En retrospectiva, alrededor de un tercio (37 por 100) pensaba que les había llevado menos de un año recuperarse, y un tercio (37 por 100), que había necesitado más de un año. Pero una mujer de cada cuatro (26 por 100) creía que todavía no se había recuperado<sup>63</sup>.

Un estudio holandés sobre víctimas de secuestros también documenta los perdurables efectos de un único acontecimiento traumático. Todos los rehenes tenían síntomas los primeros meses después de ser liberados, y entre seis meses y un año después el 75 por 100 todavía tenía síntomas. Cuanto más tiempo habían estado en cautividad, más síntomas tenían y más lenta era su recuperación. En un seguimiento a largo plazo, de seis a nueve años después del acontecimiento, casi la mitad de los supervivientes (46 por 100) seguían informando de síntomas constrictivos, y un tercio (32 por 100) todavía tenía síntomas intrusivos. Mientras los síntomas de ansiedad general tendían a disminuir a lo largo del tiempo, los síntomas psicósomáticos empeoraban<sup>64</sup>.

Aunque los síntomas específicos relacionados con el trauma parecen desvanecerse con el tiempo, pueden reproducirse incluso años después del acontecimiento a raíz de recordatorios del trauma original. Kardiner, por ejemplo, describió a un veterano de guerra que sufría un «ataque» de síntomas intrusivos en el aniversario de un accidente aéreo al que había sobrevivido ocho años antes<sup>65</sup>. En un caso más recien-

---

<sup>62</sup> C. C. Nadelson, M. T. Notman, H. Jackson y otros, «A Follow-up Study of Rape Victims», *American Journal of Psychiatry* 139: 1266-1270 (1982).

<sup>63</sup> A. W. Burgess y L. L. Holmstrom, «Adaptive Strategies and Recovery from Rape», *American Journal of Psychiatry* 136: 1278-1282 (1979).

<sup>64</sup> H. M. van der Ploerd y W. C. Kleijn, «Being Held Hostage in the Netherlands: A Study of Long-Term Aftereffects», *Journal of Traumatic Stress* 2: 153-170 (1989).

<sup>65</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, ob. cit., caso 40, págs. 381-389.

te, las pesadillas y los síntomas intrusivos aparecían repentinamente, y con un retraso de treinta años, en un veterano de la Segunda Guerra Mundial<sup>66</sup>.

A medida que disminuyen los síntomas intrusivos, empiezan a predominar los de evitación o constrictivos. La persona traumatizada ya no parece asustada y puede recuperar su anterior forma de vida<sup>67</sup>, pero en ella persiste el mecanismo de despojar los acontecimientos de su significado normal, así como la distorsión en el sentido de la realidad. Puede que la víctima se queje de fingir que sigue adelante con sus quehaceres cotidianos, como si estuviera observando los acontecimientos de la vida diaria con un enorme distanciamiento. Solo la repetida reexperiencia del momento del terror consigue traspasar temporalmente la sensación de embotamiento y de desconexión. La alienación y la muerte interior de la persona traumatizada quedan capturadas en el clásico retrato que Virginia Woolf hace de los veteranos de guerra:

«Hermoso», [su esposa] murmuraba invitando a Septimus a que mirara. Pero la belleza estaba detrás de un panel de cristal. Incluso el sabor (a Rezia le gustaban los helados, los chocolates, las cosas dulces) no suponía ningún placer para él. Colocó su taza en la pequeña mesa de mármol. Miró a la gente que había fuera; parecían felices, reuniéndose en mitad de la calle, gritando, riendo, peleando por nada. Pero no podía sentir el sabor, no podía sentir. En el salón de té, entre las mesas y los parlanchines camareros, el terrible temor se apoderó de él... no podía sentir<sup>68</sup>.

Son síntomas negativos tanto la restricción de la vida interior de la persona traumatizada como la de su actividad exterior. Carecen de dramatismo; su importancia radica en lo que falta. Por este motivo, los síntomas constrictivos no son fácilmente reconocibles y a menudo no

<sup>66</sup> C. van Dyke, N. J. Zillberg y J. A. McKinnon, «PTSD. A 30-year Delay in a WW II Combat Veteran», *American Journal of Psychiatry* 142: 1070-1073 (1985).

<sup>67</sup> S. Sutherland y D. J. Scherl, «Patterns of Response Among Victims of Rape», *American Journal of Psychiatry* 40: 503-511 (1970); E. Hilberman, *The Rape Victim*, American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1976; D. Rose «Worse than Death: Psychodynamics of Rape Victims and the Need for Psychotherapy», *American Journal of Psychiatry* 143: 817-824 (1986).

<sup>68</sup> V. Woolf, *Mrs. Dalloway* [1925], Harvest, Nueva York, 1975, págs. 132-133.

se reconoce su origen en un acontecimiento traumático. Con el paso del tiempo, a medida que estos síntomas negativos se convierten en el rasgo más predominante del desorden postraumático, cada vez es más fácil ignorar el diagnóstico. Como los síntomas postraumáticos son tan persistentes y tan variados, pueden ser confundidos con rasgos de la personalidad de la víctima. Este es un grave error porque la persona con desorden de estrés postraumático irreconocible se ve condenada a una vida disminuida, atormentada por el recuerdo y limitada por la indefensión y el miedo. Aquí está, de nuevo, el retrato que Doris Lessing hizo de su padre:

El joven empleado de banca que trabajaba tantas horas por tan poco dinero pero que bailaba, cantaba, jugaba y flirteaba..., este ser naturalmente vigoroso y alegre murió en 1914, 1915, 1916. Creo que lo mejor de mi padre murió en esa guerra, que su espíritu quedó tullido por ella. La gente que he conocido, especialmente las mujeres que le conocieron de joven, hablan de su ánimo, de su energía, de su disfrute de la vida. También de su amabilidad, de su compasión y —una palabra que se repite una y otra vez— de su sabiduría... No creo que esas personas hubieran reconocido con facilidad al hombre enfermo, irritable, abstraído e hipocondríaco que yo conocí<sup>69</sup>.

Tiempo después de que haya pasado el acontecimiento muchas personas traumatizadas siguen sintiendo que ha muerto una parte de ellas. Las más afligidas desearían estar muertas. La información más perturbadora sobre los efectos a largo plazo de los acontecimientos traumáticos nos la proporciona un estudio comunitario sobre las víctimas de violaciones, realizado con cien mujeres violadas. El tiempo medio que había pasado desde la violación era de nueve años. El estudio registraba solo los problemas mentales graves, sin prestar atención a niveles más sutiles de sintomatología postraumática. A pesar de medidas tan extremas como estas, eran evidentes los duraderos efectos destructivos del trauma. Las supervivientes de violaciones se quejaban de más «crisis nerviosas», de más pensamientos suicidas y de más intentos de suicidio que cualquier otro grupo. Mientras que antes de la viola-

---

<sup>69</sup> D. Lessing, ob. cit., pág. 86.

ción no habían tenido más tendencias suicidas que cualquier otra persona, casi una de cada cinco mujeres (19,2 por 100) habían intentado suicidarse después de la violación<sup>70</sup>.

Las estimaciones de suicidios después de un trauma grave están salpicadas de controversia. Los medios de comunicación han informado, por ejemplo, de que hubo más muertes de veteranos de Vietnam después de la guerra que en combate. Estas informaciones parecen estar muy exageradas, pero, no obstante, los estudios de mortalidad sugieren que el trauma de guerra puede realmente aumentar el riesgo de suicidio<sup>71</sup>. Hendin y Haas encontraron en su estudio de los veteranos de guerra con desorden de estrés postraumático que una minoría significativa había intentado suicidarse (19 por 100) o pensaban constantemente en el suicidio (15 por 100). La mayoría de los hombres que tenían impulsos suicidas persistentes habían estado expuestos a cruentos combates. Padecían de un sentimiento de culpa no resuelto sobre sus experiencias en la guerra, de ansiedad intratable, de depresión y de síntomas postraumáticos. Tres de los hombres se suicidaron durante el tiempo del estudio<sup>72</sup>.

Por lo tanto, la mera «amenaza de aniquilación» que definió el momento traumático puede atormentar al superviviente mucho después de que haya pasado el peligro. No es de extrañar que Freud encontrara en la neurosis traumática signos de una «fuerza demoníaca»<sup>73</sup>. El terror, ira y odio del momento traumático perviven en la dialéctica del trauma.

---

<sup>70</sup> D. G. Kilpatrick, C. L. Best, L. J. Veronen y otros, «Mental Health Correlates of Criminal Victimization: A Random Community Survey», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 866-873 (1985).

<sup>71</sup> D. A. Pollock, M. S. Rhodes, C. A. Boyle y otros, «Estimating the Number of Suicides Among Vietnam Veterans», *American Journal of Psychiatry* 147: 772-776 (1990).

<sup>72</sup> H. Hendin y A. P. Haas, «Suicide and Guilt as Manifestations of PTSD in Vietnam Combat Veterans», *American Journal of Psychiatry* 148: 586-591 (1991).

<sup>73</sup> S. Freud, «Beyond the Pleasure Principle», ob. cit., pág. 35.



Vertical text or artifacts along the left edge of the page, possibly a margin or binding artifact.



### 3

## DESCONEXIÓN

Los acontecimientos traumáticos ponen en duda las relaciones humanas básicas. Rompen los vínculos de familia, amistad, amor y comunidad. Destrozan la construcción del ser que se forma y apoya en relación con los demás. Debilitan los sistemas de creencias que dan significado a la experiencia humana. Violan la fe de la víctima en un orden natural o divino, y la condenan a un estado de crisis existencial.

El daño a las relaciones no es un efecto secundario del trauma como se pensaba al principio. Los acontecimientos traumáticos tienen efectos no solo sobre las estructuras psicológicas del yo, sino también sobre los sistemas de vinculación y significado que unen al individuo con la comunidad. Mardi Horowitz define los acontecimientos traumáticos de la vida como aquellos que no pueden ser asimilados con los «esquemas internos» del yo de la víctima en relación con el mundo<sup>1</sup>. Los acontecimientos traumáticos destruyen los conceptos fundamentales de la víctima sobre la seguridad del mundo, el valor positivo de la persona y el sentido de la vida<sup>2</sup>. La superviviente de una violación, Alice Sebold, da testimonio de esta pérdida de seguridad: «Cuando me violaron perdí mi virginidad y casi pierdo la vida. También descarté

---

<sup>1</sup> M. Horowitz, *Stress Response Syndromes*, Jason Aronson, Northvale (Nueva Jersey), 1986.

<sup>2</sup> R. Janoff-Bulman, «The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions», en *Trauma and Its Wake*, C. Figley (ed.), Brunner/Mazel, Nueva York, 1985, págs. 15-35.

ciertas ideas que tenía sobre cómo funcionaba el mundo y sobre lo segura que yo estaba»<sup>3</sup>.

El sentido de seguridad en el mundo, o confianza básica, se adquiere en los primeros tiempos de vida mediante la relación con el primer cuidador. Este sentimiento de confianza se origina con la propia vida y sostiene a la persona a lo largo de su ciclo vital. Constituye la base de todos los sistemas de relaciones y de fe. La experiencia original de cuidado hace que sea posible que el ser humano imagine un mundo al que pertenece, un mundo hospitalario para la vida humana. La confianza básica es el cimiento de la creencia en la continuidad de la vida, en el orden de la naturaleza y en el orden trascendente de lo divino<sup>4</sup>.

En una situación de terror, las personas buscan espontáneamente su primera fuente de bienestar y protección. Los soldados y las mujeres violadas gritan llamando a sus madres, o a Dios. Cuando este grito no encuentra respuesta, se derrumba el sentimiento de confianza básico. Las personas traumatizadas se sienten absolutamente abandonadas, absolutamente solas, exiliadas del sistema humano y divino de cuidado y protección que mantienen la vida. A partir de ese momento cada relación, desde los vínculos familiares más íntimos a las afiliaciones más abstractas con la comunidad y la religión, está dominada por un sentimiento de alienación y desconexión. Cuando se pierde la confianza, las personas traumatizadas sienten que pertenecen más a los muertos que a los vivos. Virginia Woolf refleja esta devastación interior en su retrato del veterano con trauma de guerra Septimus Smith:

Esto fue entonces revelado a Septimus Smith; el mensaje escondido en la belleza de las palabras. La señal secreta que una generación pasa, disfrazada, a la siguiente es el desprecio, el odio, la desesperanza [...] Uno no puede traer

<sup>3</sup> A. Sebold, «Speaking of the Unspeakable», *Psychiatric Times*, pág. 34 (enero 1990).

<sup>4</sup> E. Erikson, *Childhood and Society*, Norton, Nueva York, 1950; C. E. Franz y K. M. White, «Individuation and Attachment in Personality Development: Extending Erikson's Theory», en *Gender and Personality: Current Perspective on Theory and Research*, A. I. Stewart y M. B. Lykes (eds.), Duke University Press, Durham (Carolina del Norte), 1985, págs. 136-168; J. B. Miller, *Connections, Disconnections and Violations*, Stone Center Working Paper Series, núm. 33, Wellesley (Massachusetts), 1988.

niños a un mundo como este. Uno no puede perpetuar el sufrimiento, ni ayudar a que se reproduzcan estos lujuriosos animales que no tienen emociones duraderas, solo caprichos y vanidades, arrastrándoles en un remolino ahora en esta dirección, ahora en la otra [...] Porque la verdad es [...] que los seres humanos no tienen ni amabilidad, ni fe, ni caridad más allá de aquello que les sirve para aumentar el placer del momento. Cazan en manadas. Sus manadas recorren el desierto y hacen que los gritos se desvanezcan en la inmensidad<sup>5</sup>.

### EL YO DAÑADO

Una sensación segura de conexión con personas que se preocupan por ti es el cimiento del desarrollo de la personalidad, y cuando se rompe esta conexión la persona traumatizada pierde el sentido básico de su yo. Se vuelven a plantear los conflictos de desarrollo en la infancia y adolescencia que hacía tiempo que se habían resuelto. El trauma obliga a la superviviente a revivir todas sus luchas anteriores por tener autonomía, iniciativa, competencia, identidad e intimidad.

El sentido positivo del yo de la niña que se está desarrollando depende del uso benigno que haga su cuidador del poder. Cuando un padre, que es mucho más poderoso que ella, muestra un respeto hacia la individualidad y la dignidad de la niña, esta se siente valorada y respetada. Desarrolla la autoestima. Asimismo desarrolla su autonomía, es decir, el sentido de su propia individualidad dentro de una relación. También aprende a controlar y regular sus funciones corporales, y a formar y expresar su propio punto de vista.

Los acontecimientos traumáticos violan la autonomía de la persona al nivel de la integridad corporal básica. El cuerpo ha sido invadido, dañado, profanado. A menudo se pierde el control sobre las funciones corporales; en el caos de la guerra y la violación, esta pérdida de control a menudo se cuenta como el aspecto más humillante del trauma. Además, en el momento del trauma, por propia definición, el punto de vista del individuo no cuenta para nada. Por ejemplo, en la viola-

---

<sup>5</sup> V. Woolf, *Mrs. Dalloway* [1925], Harvest, Nueva York, 1975, págs. 134-136.

ción, el propósito del ataque es precisamente demostrar un desprecio hacia la autonomía y la dignidad de la víctima. Por lo tanto, el acontecimiento traumático destruye la creencia de que uno puede ser *uno mismo* en relación con los demás.

La resolución insatisfactoria de los conflictos de desarrollo normales con respecto a la autonomía hace que la persona tienda a sentirse avergonzada y a tener dudas. Estas mismas reacciones emocionales aparecen después de los acontecimientos traumáticos. La vergüenza es una respuesta a la indefensión, a la violación de la integridad física y la indignidad sufrida a ojos de otra persona<sup>6</sup>. La duda refleja la incapacidad de mantener un punto de vista propio mientras se está vinculado a otros. Después de los acontecimientos traumáticos, las supervivientes dudan tanto de los demás como de sí mismas. Las cosas ya no son lo que parecen. El veterano de combate Tim O'Brien describe este penetrante sentimiento de duda:

Para el soldado normal [...] la guerra produce la sensación —tiene la textura espiritual— de una enorme y fantasmagórica niebla, espesa y permanente. No hay claridad. Todo es un torbellino. Las viejas reglas ya no son vinculantes, las viejas verdades ya no son ciertas. Lo correcto se convierte en lo incorrecto. El orden se confunde con el caos, el amor con el odio, lo feo con lo bello, la ley con la anarquía, lo civilizado con lo salvaje. Los vapores penetran en ti. No sabes dónde estás o por qué estás ahí; la única certeza es una ambigüedad apabullante. En la guerra pierdes tu sentido de lo definido y, por lo tanto, de la verdad en sí misma, y podría decirse que en una verdadera historia de guerra nada es absolutamente cierto<sup>7</sup>.

A medida que se desarrolla la niña normal, su creciente competencia y capacidad para la iniciativa se van sumando a la imagen positiva que tiene de sí misma. La resolución insatisfactoria de los conflictos normales del desarrollo con respecto a la iniciativa y a la competencia dejan a la persona vulnerable a sentimientos de culpa e inferioridad.

<sup>6</sup> H. B. Lewis, *Shame and Guilty in Neurosis*, International University Press, Nueva York, 1971.

<sup>7</sup> T. O'Brien, «How to Tell a True War Story», en *The Things They Carried*, Houghton Mifflin, Boston, 1990, pág. 88.

Por definición, los acontecimientos traumáticos frustran la iniciativa y destrozan la competencia individual. No importa lo valiente y lo llena de recursos que esté la víctima; sus acciones fueron insuficientes para evitar el desastre. Después de los acontecimientos traumáticos las víctimas revisan y juzgan su propia conducta, y los sentimientos de culpa y de inferioridad son prácticamente universales. Robert Jay Lifton encontró que la «culpa del superviviente» era una experiencia común en las personas que habían vivido guerras, desastres naturales o el holocausto nuclear<sup>8</sup>. La violación produce el mismo efecto: son las víctimas, no los violadores, las que se sienten culpables. La culpa puede ser entendida como un intento de extraer una lección útil del desastre y de recuperar cierto sentido del poder y del control. Imaginar que uno podría haberlo hecho mejor puede ser más tolerable que enfrentarse a la realidad de estar absolutamente indefenso<sup>9</sup>.

Los sentimientos de culpa son especialmente graves cuando la superviviente ha sido testigo del sufrimiento y la muerte de otras personas. El que uno se haya salvado sabiendo que otros han tenido un destino peor crea un pesado cargo de conciencia. A los supervivientes de desastres y de la guerra les persiguen las imágenes de los moribundos que no pudieron salvar. Se sienten culpables de no haber arriesgado su propia vida para salvar a otros o de no haber podido responder a las súplicas de una persona moribunda<sup>10</sup>. En combate, ser testigo de la muerte de un compañero hace que el soldado tenga un riesgo particularmente alto de desarrollar un desorden de estrés postraumático<sup>11</sup>. De forma parecida, en un desastre natural, ser testigo de la muerte de un familiar es uno de los acontecimientos que con

---

<sup>8</sup> R. J. Lifton, «The Concept of the Survivor», en *Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust*, J. E. Dimsdale (ed.), Hemisphere, Nueva York, 1980, págs. 113-126.

<sup>9</sup> R. Janoff Bulman, ob. cit.

<sup>10</sup> R. J. Lifton, *Death in Life: Survivors of Hiroshima*, Simon & Schuster, Nueva York, 1967; J. L. Titchener y F. T. Kapp, «Family and Character Change at Buffalo Creek», *American Journal of Psychiatry* 133: 295-301 (1976); K. T. Erikson, *Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*, Simon & Schuster, Nueva York, 1976.

<sup>11</sup> N. Breslau y G. Davis, «Post-Traumatic Stress Disorder: The Etiologic Specificity of War-time Stressors», *American Journal of Psychiatry* 144: 578-583 (1987).

más probabilidad dejarán al superviviente con un síndrome traumático duradero <sup>12</sup>.

La violación de la conexión humana y, consiguientemente, el riesgo de un desorden postraumático son más elevados cuando la superviviente no ha sido una mera testigo pasiva, sino también una participante activa en una muerte violenta o en una atrocidad <sup>13</sup>. El trauma de la exposición al combate se hace aún más fuerte cuando la muerte violenta ya no puede ser racionalizada en términos de un valor o un significado más elevados. En la Guerra de Vietnam los soldados llegaron a estar profundamente desmoralizados cuando la victoria en la batalla era un objetivo imposible y la medida del éxito se convirtió en el número de muertes, tal y como queda ejemplificada en el recuento de cadáveres. Bajo estas circunstancias, lo que hizo a los hombres más vulnerables al daño psicológico no fue simplemente estar expuestos a la muerte, sino su participación en actos de destrucción maliciosa y sin sentido. En un estudio sobre los veteranos de Vietnam, un 20 por 100 de los hombres admitió haber sido testigo de atrocidades durante su servicio en Vietnam, y otro 9 por 100 reconocía haber cometido personalmente dichas atrocidades. Años después de haber regresado de la guerra, los hombres con más síntomas eran aquellos que habían sido testigos o habían participado en la violencia abusiva <sup>14</sup>. Otro estudio confirmó estos hallazgos, descubriendo que cada uno de los hombres que reconocían haber participado en dichas atrocidades tenía desorden de estrés postraumático más de una década después de haber acabado la guerra <sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> B. L. Green, J. D. Lindy, M. C. Grace y otros, «Buffalo Creek Survivors in the Second Decade: Stability of Stress Symptoms», *American Journal of Orthopsychiatry* 60: 43-54 (1990).

<sup>13</sup> N. Speed, B. Engdahl, J. Schwartz y otros, «Post-Traumatic Stress Disorder as a Consequence of the POW Experience», *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 1447-1453 (1989); D. Foy, R. Sippelle, D. Rueger y otros, «Etiology of Post-Traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans: Analysis of Premilitary, Military and Combat Exposure Influences», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 79-87 (1984).

<sup>14</sup> R. S. Laufer, E. Brett y M. S. Gallops, «Symptom Patterns Associated with Post-Traumatic Stress Disorder among Vietnam Veterans Exposed to War Trauma», *American Journal of Psychiatry* 142: 1304-1311 (1985).

<sup>15</sup> N. Breslau y G. Davis, ob. cit.

La creencia en un mundo con sentido se forma en relación con los otros y comienza en los primeros años de vida. La confianza básica que se adquiere en las primeras relaciones íntimas es la base de la fe. Elaboraciones posteriores del sentido de la ley y la justicia se desarrollan durante la infancia en relación tanto con los cuidadores como con los iguales. Cuestiones más abstractas sobre el orden del mundo, el lugar del individuo dentro de la comunidad y el sitio que ocupa la raza humana dentro del orden natural son preocupaciones normales de la adolescencia y del desarrollo adulto. La resolución a estas preguntas de significado exige el compromiso del individuo con la comunidad.

Los acontecimientos traumáticos, una vez más, destrozan la sensación de conexión entre el individuo y la comunidad, creando una crisis de fe. Lifton descubrió que, después de haber experimentado desastres y la guerra, eran reacciones habituales una permanente desconfianza hacia la comunidad y una sensación «falsificada» del mundo <sup>16</sup>. Un veterano de la Guerra de Vietnam describe cómo perdió la fe: «No era capaz de racionalizar en mi mente que Dios pudiera dejar que murieran hombres buenos. Había acudido a varios... sacerdotes. Estaba ahí sentado con un sacerdote y dije: "Padre, no entiendo esto; ¿cómo deja Dios que mueran niños pequeños? ¿Qué es esto, esta guerra, esta mierda? Tengo todos estos amigos que están muertos" [...] El sacerdote me miró a los ojos y dijo: "No lo sé, hijo mío; nunca he estado en una guerra". Yo le dije: "No le he preguntado por la guerra; le he preguntado por Dios"» <sup>17</sup>.

El daño a la fe del superviviente y a la sensación de comunidad es especialmente grave cuando los propios acontecimientos traumáticos implican una traición a relaciones importantes. La imagería de estos acontecimientos cristaliza a menudo alrededor de un momento de traición, y es esta ruptura de la confianza lo que confiere su poder emo-

---

<sup>16</sup> R. J. Lifton, «Concept of the Survivor», ob. cit.; R. J. Lifton, *Home from the War: Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners*, Simon & Schuster, Nueva York, 1973.

<sup>17</sup> Cit. en M. Norman, *These Good Men: Friendships Forged War*, Crown, Nueva York, 1989, pág. 24.

cional a las imágenes intrusivas. Por ejemplo, en la psicoterapia que hizo Abram Kardiner al veterano de la Marina que había sido rescatado en el mar después de que su barco se hundiera, se mostró especialmente disgustado cuando reveló que se había sentido defraudado por los suyos: «El paciente se mostró muy agitado y empezó a sudar profusamente; su ira estaba causada por incidentes relacionados con el rescate. Habían estado en el agua alrededor de unas doce horas cuando un destructor les recogió. Evidentemente, los primeros rescatados fueron los oficiales que estaban en los botes salvavidas. Los ocho o nueve hombres que se aferraban a la balsa en la que estaba el paciente tuvieron que esperar en el agua durante seis o siete horas más hasta que llegó la ayuda»<sup>18</sup>.

Los oficiales fueron recogidos primero, aunque estaban relativamente a salvo en los botes salvavidas, mientras que los soldados rasos fueron ignorados y algunos de ellos se ahogaron mientras esperaban a ser rescatados. Aunque Kardiner aceptaba este procedimiento como parte de la jerarquía militar normal, el paciente estaba horrorizado de haberse dado cuenta de que era prescindible para su propia gente. El desprecio de los rescatadores hacia la vida de este hombre le resultaba más traumático que el ataque enemigo, el dolor físico de estar sumergido en el agua fría, el miedo a morir y la pérdida de los otros hombres que compartieron con él este sufrimiento. La indiferencia de los rescatadores destruyó su fe en la comunidad. Como consecuencia de este acontecimiento, el paciente mostraba no solo síntomas postraumáticos clásicos, sino también muestras de aflicción patológica, relaciones rotas y depresión crónica: «De hecho, tenía una reacción profunda a cualquier tipo de violencia y no podía ver cómo otros eran dañados, heridos o amenazados [...] [Sin embargo] afirmaba que de repente sentía ganas de pegar a la gente y que se había vuelto muy agresivo con su familia. Comentó: "Me gustaría estar muerto; hago sufrir a todos los que me rodean"»<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> A. Kardiner y H. Spiegel, *War, Stress and Neurotic Illness* (ed. rev. *The Traumatic Neuroses of War*), Hoeber, Nueva York, 1947, pág. 128.

<sup>19</sup> *Ibidem*, pág. 129.



La naturaleza contradictoria de las relaciones de este hombre es algo común en las personas traumatizadas. Debido a su dificultad para modular la ira intensa, las víctimas oscilan entre incontroladas expresiones de ira y la intolerancia hacia la agresión de cualquier tipo. Es decir, por una parte, este hombre sentía compasión y un afán de protección hacia los demás y no podía soportar la idea de que alguien pudiera sufrir daño, y por otra, era explosivo e irritable hacia su familia. Su propia inconsistencia era una de las causas de su tormento.

Oscilaciones parecidas tienen lugar en la regulación de la intimidad. El trauma empuja a las personas a rehuir las relaciones de intimidad y, al mismo tiempo, a buscarlas desesperadamente. La profunda ruptura de la confianza básica, los sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad, y la necesidad de evitar los recordatorios del trauma que podrían encontrar en la vida social, todos estos elementos favorecen que rehúyan las relaciones cercanas. Sin embargo, el miedo al acontecimiento traumático intensifica la necesidad de relaciones de protección. Por ello, la persona traumatizada con frecuencia fluctúa entre aislarse y aferrarse ansiosamente a los demás. La dialéctica del trauma no solo funciona en la vida interior de la superviviente, sino también en sus relaciones más íntimas. Una superviviente de violación describe cómo el trauma modificó su sentido de conexión con los demás: «No hay manera de describir lo que estaba ocurriendo en mi interior. Estaba perdiendo el control y nunca, en toda mi vida, había estado tan aterrorizada e indefensa. Sentía como si se le hubiera dado una patada a todo mi mundo y me hubieran dejado flotando, sola, en la oscuridad. Tenía horribles pesadillas en las que revivía la violación [...] Me aterrorizaba estar con gente y me aterrorizaba estar sola»<sup>20</sup>.

Las personas traumatizadas sufren daños en las estructuras básicas del yo. Pierden la confianza en sí mismas, en otras personas, y en Dios. Su autoestima se ve asaltada por experiencias de humillación, culpa e

---

<sup>20</sup> Cit. en R. Warshaw, *I Never Called It Rape*, Harper & Row, Nueva York, 1988, pág. 68.

indefensión. Su capacidad para la intimidad se ve comprometida por intensos y contradictorios sentimientos de necesidad y miedo. La identidad que habían formado antes del trauma queda irrevocablemente destruida. La víctima de violación Nancy Ziegenmayer testimonia sobre esta pérdida del yo: «La persona que yo era la mañana del 19 de noviembre de 1988 me fue arrebatada a mí y a mi familia. Nunca volveré a ser la misma durante el resto de mi vida»<sup>21</sup>.

### VULNERABILIDAD Y RESISTENCIA

El determinante más poderoso del daño psicológico es el propio carácter del acontecimiento traumático. Las características de la personalidad individual cuentan poco en circunstancias de acontecimientos dominantes y abrumadores<sup>22</sup>. Hay una relación sencilla y directa entre la gravedad del trauma y su impacto psicológico, tanto si este se mide en términos de número de personas afectadas como en la intensidad y duración del daño<sup>23</sup>. Estudios sobre la guerra y los desastres naturales han documentado una «curva dosis-respuesta», por la que cuanto mayor es la exposición a los acontecimientos traumáticos, mayor es el porcentaje de población con síntomas de desorden de estrés posttraumático»<sup>24</sup>.

En el estudio nacional realizado sobre la reinserción de los veteranos de Vietnam a la vida civil, los soldados que cumplieron servicio en el país asiático fueron comparados con los que no habían sido asigna-

<sup>21</sup> Cit. en J. Schorer, *It Couldn't Happen to me: One Woman's Story*, Des Moines (Iowa) (*Des Moines Register*, reed. en 1990), pág. 15

<sup>22</sup> B. L. Green, M. C. Grace, J. D. Lindy y otros, «Risk Factors for PTSD and Other Diagnoses in a General Sample of Vietnam Veterans», *American Journal of Psychiatry* 174: 729-733 (1990).

<sup>23</sup> R. S. Laufer y otros, «Symptom Patterns...», ob. cit.; J. Card, *Lives After Vietnam: The Personal Impact of Military Service*, D. C. Heath, Lexington (Massachusetts), 1983.

<sup>24</sup> J. H. Shore, E. L. Tatum y W. M. Vollmer, «Psychiatric Reactions to Disaster: The Mount St. Helens Experience», *American Journal of Psychiatry* 143: 590-596 (1986).

dos al teatro de la guerra, así como con civiles. Quince años después de que terminara la guerra, más de un tercio (36 por 100) de los veteranos de Vietnam que habían estado expuestos a duros combates todavía seguían cualificándose para un diagnóstico de desorden de estrés post-traumático. En contraste, solo padecían el desorden el 9 por 100 de los veteranos que habían estado expuestos moderadamente al combate, un 4 por 100 de los veteranos que no habían sido enviados a Vietnam y un 1 por 100 de la población civil<sup>25</sup>. Aproximadamente el doble del número de veteranos que todavía tenían el síndrome en el momento en que se realizó el estudio habían tenido síntomas en algún momento desde su regreso. Habían sufrido el síndrome postraumático aproximadamente tres de cada cuatro hombres que habían estado expuestos a duros combates<sup>26</sup>.

No hay ninguna persona inmune si se ve expuesta lo suficiente al acontecimiento traumático. Leonore Terr, en su estudio de los niños que habían sido secuestrados y abandonados en una cueva, descubrió que todos tenían síntomas postraumáticos, tanto en los momentos inmediatamente posteriores al acontecimiento como cuatro años más tarde. Aunque los niños resultaron físicamente ilesos, el elemento de sorpresa, la amenaza de muerte y la deliberada e inescrutable maldad de los secuestradores contribuyeron al grave impacto del acontecimiento<sup>27</sup>. Ann Burgess y Lynda Holmstrom, que entrevistaron a las supervivientes de violación en las urgencias del hospital, encontraron que, inmediatamente después del ataque, todas las mujeres tenían síntomas de síndrome de estrés postraumático<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> R. A. Kulka, W. E. Schlenger, J. A. Fairbank y otros, *National Vietnam Veteran Readjustment Study (NVVRS): Executive Summary*, Research Triangle Institute, Research Triangle Park (Carolina del Norte), 1988.

<sup>26</sup> Cálculo de Terence Keane, director de la División de Ciencia Conductista del Centro Nacional del SSPT (VA Hospital, Boston). Todavía no se ha analizado por completo la prevalencia del SSPT en el estudio de los veteranos de guerra.

<sup>27</sup> L. Terr, *Too Scared to Cry*, HarperCollins, Nueva York, 1990.

<sup>28</sup> A. W. Burgess y L. L. Holmstrom, «Rape Trauma Syndrome», *American Journal of Psychiatry* 131: 981-986 (1974).



Estudios de seguimiento indican que, si se comparan con las víctimas de otros delitos, las supervivientes de violación tienen altos niveles de persistente síndrome de estrés postraumático<sup>29</sup>. Estos efectos malignos de la violación no resultan sorprendentes si se tiene en cuenta la profanación física, psicológica y moral de la persona. El propósito del violador es aterrorizar, dominar y humillar a su víctima, dejarla indefensa. Por lo tanto, la violación está, por naturaleza, intencionadamente diseñada para producir trauma psicológico.

Aunque la posibilidad de que una persona desarrolle un desorden de estrés postraumático depende principalmente de la naturaleza del acontecimiento traumático, la diferencia individual juega un papel importante para determinar la forma que adoptará el desorden. No hay dos personas que tengan reacciones idénticas ante un mismo acontecimiento. A pesar de sus muchos rasgos constantes, el síndrome traumático no es igual para todos. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre los veteranos de guerra con desorden de estrés postraumático, el patrón predominante de síntomas de cada hombre estaba relacionado con su historia personal de la infancia, con sus conflictos emocionales y con su estilo de adaptación. Los hombres con tendencia a tener un comportamiento asocial solían tener síntomas predominantes de irritabilidad e ira, mientras que los hombres que tenían altas expectativas morales de sí mismos y un fuerte sentimiento de compasión hacia los demás tenían más posibilidades de tener síntomas predominantes de depresión<sup>30</sup>.

Hasta cierto punto el impacto de los acontecimientos traumáticos también depende de la elasticidad de la persona afectada. Aunque los estudios sobre los veteranos de la Segunda Guerra Mundial han demostrado que cada hombre tenía su «punto de ruptura», algunos se

---

<sup>29</sup> N. Breslau, G. C. Davis, P. Andreski y otros, «Traumatic Events and Post-Traumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults», *Archives of General Psychiatry* 48: 216-222 (1991).

<sup>30</sup> H. Hendin y A. P. Haas, *Wounds of War: The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam*, Basic Books, Nueva York, 1984.

«rompían» con mayor facilidad que otros<sup>31</sup>. Solo una pequeña minoría de personas excepcionales parece ser relativamente invulnerable en situaciones extremas. Estudios realizados sobre diversas poblaciones han alcanzado conclusiones parecidas: los individuos resistentes al estrés parecen ser aquellos con alta sociabilidad, un estilo de manejar la vida reflexivo y adaptativo, y una fuerte percepción de su capacidad para controlar su destino<sup>32</sup>. Por ejemplo, cuando se hizo un seguimiento de un gran grupo de niños desde su nacimiento hasta llegar a la edad adulta, aproximadamente un niño de cada diez demostró una capacidad inusual de soportar un entorno adverso temprano. Estos niños se caracterizaban por un temperamento despierto y activo, una sociabilidad inhabitual, una gran capacidad para comunicarse con los demás y un fuerte sentido de su capacidad para determinar su propio destino, lo que los psicólogos llaman «*locus* interno de control»<sup>33</sup>. Se han encontrado capacidades parecidas en personas que muestran una especial resistencia a la enfermedad o una enorme fuerza de ánimo ante las tensiones de la vida normal<sup>34</sup>.

Durante acontecimientos estresantes, las personas muy fuertes son capaces de aprovechar cualquier oportunidad para emprender una acción decidida en conjunción con otras, mientras que la gente normal queda paralizada con mayor facilidad o aislada por el miedo. La capacidad para conservar las conexiones sociales o estrategias activas, incluso cuando uno se enfrenta a una situación extrema, parece proteger hasta cierto punto a las personas contra el desarrollo posterior de síndromes postraumáticos. Por ejemplo, entre los supervivientes de un de-

---

<sup>31</sup> R. Grinker y J. Spiegel, *Men Under Stress*, Blakeston, Filadelfia, 1945.

<sup>32</sup> M. Gibbs, «Factors in the Victim That Mediate Between Disaster and Psychopathology: A Review», *Journal of Traumatic Stress* 2: 489-514 (1989); S. S. Luther y E. Zigler, «Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood», *American Journal of Orthopsychiatry* 61: 6-22 (1991).

<sup>33</sup> E. E. Werner, «High Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years», *American Journal of Orthopsychiatry* 59: 72-81 (1989).

<sup>34</sup> R. Flannery, «From Victim to Survivor: A Stress-Management Approach in the Treatment of Learned Helplessness», en *Psychological Trauma*, ed. B. A. van der Kolk, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1987, págs. 217-232.

sastre marítimo, los hombres que consiguieron escapar cooperando con otros mostraron posteriormente pocos indicios de desorden de estrés postraumático. Aquellos que se habían «congelado y disociado» solían mostrar más síntomas después. También tenían muchos síntomas los «rambos», hombres que se habían lanzado a una acción impulsiva y aislada y no se habían unido a otros<sup>35</sup>.

Un estudio realizado con diez veteranos de Vietnam que no habían desarrollado el síndrome de estrés postraumático a pesar de haber estado continuamente expuestos al combate, demostraba una vez más la tríada característica de estrategias de adaptación activas y orientadas a un objetivo, fuerte sociabilidad y *locus* interno de control. Estos hombres extraordinarios se habían centrado conscientemente en conservar la calma, el juicio, la conexión con los demás, los valores morales y su sentido del significado incluso en las condiciones más caóticas del campo de batalla. Para ellos la guerra era «un reto peligroso al que había que enfrentarse mientras se luchaba por seguir vivo» y no una oportunidad para demostrar su hombría o una situación en la que eran víctimas indefensas<sup>36</sup>. Luchaban por construir un objetivo razonable para las acciones que llevaban a cabo y por comunicar esta idea a los demás. Mostraban un alto nivel de responsabilidad hacia la protección tanto de los demás como de sí mismos, evitando riesgos innecesarios y, en ocasiones, cuestionando órdenes que consideraban equivocadas. Aceptaban el miedo en ellos mismos y en otros, pero se esforzaban por superarlo preparándose lo mejor que podían para él. También se esforzaban por no ceder ante la ira, que consideraban peligrosa para la supervivencia. En un ejército desmoralizado que favorecía las atrocidades, ninguno de estos hombres expresaba odio o ansia de venganza hacia el enemigo, y ninguno de ellos cometió violaciones, torturó, asesinó a civiles y prisioneros, o mutiló a los muertos.

Las experiencias de las mujeres que se han encontrado con un violador sugieren que las mismas características de resistencia pueden

<sup>35</sup> A. Holen, *A Long-Term Outcome Study of Survivors from Disaster*, University of Oslo Press, Oslo (Noruega), 1990.

<sup>36</sup> H. Hending y A. P. Haas, ob. cit., pág. 214.

proteger hasta cierto punto. Las mujeres que se mantuvieron calmas, utilizaron muchas estrategias activas y lucharon al máximo de su capacidad no solo tenían más posibilidades de tener éxito frustrando la violación, sino que tenían menos posibilidades de padecer graves síntomas incluso aunque, finalmente, sus esfuerzos fracasaran. A diferencia de ellas, las mujeres que quedaron inmovilizadas por el miedo y se sometieron sin forcejear no solo tenían más posibilidades de ser violadas, sino también de ser autocríticas y estar deprimidas después del suceso. Sin embargo, la alta sociabilidad de las mujeres era a menudo una desventaja y no una ventaja durante un intento de violación. Muchas mujeres intentaron apelar a la humanidad del violador o establecer algún tipo de conexión empática con él. Estos intentos fueron, casi universalmente, inútiles<sup>37</sup>.

Aunque las personas más resistentes tienen más posibilidades de sobrevivir ilesas, ningún atributo personal de la víctima es suficiente por sí mismo para ofrecer una protección fiable. El factor más importante citado mayoritariamente por los supervivientes es la buena suerte. Muchos son conscientes de que el acontecimiento traumático podría haber sido mucho peor y que podrían haberse «roto» si el destino no les hubiera salvado. En ocasiones, los supervivientes atribuyen su supervivencia a la imagen de una conexión que consiguieron conservar incluso viéndose enfrentados a una situación extrema, aunque también son conscientes de que esta conexión era frágil y podría haber sido destruida con facilidad. Un joven que sobrevivió a un intento de asesinato describe el papel jugado por dicha conexión:

Tuve suerte en varios aspectos. Al menos no me violaron. No creo que hubiera podido sobrevivir a eso. Después de que me apuñalaran y me dejaran por muerto, de repente tuve una imagen muy poderosa de mi padre. Me di cuenta de que no me podía morir porque le causaría demasiado sufrimiento. Tenía que reconciliarme con él. Una vez que hube decidido seguir viviendo ocurrió una cosa increíble. Visualicé el nudo alrededor de mis muñecas, aunque mis manos estaban atadas detrás de la espalda. Me desaté y me arrastré hasta el pa-

---

<sup>37</sup> P. Bart y P. O'Brien, *Stopping Rape: Successful Survival Strategies*, Pergamon, Nueva York, 1985.

sillo. Los vecinos me encontraron justo a tiempo. Unos minutos más y hubiera sido demasiado tarde. La vida me dio una segunda oportunidad<sup>38</sup>.

Aunque algunos individuos con recursos pueden ser especialmente resistentes a los malignos efectos del trauma, los individuos que están al otro extremo del espectro pueden ser muy vulnerables. Como cabe esperar, los que más peligro corren son aquellos que ya están indefensos o desconectados del resto. Por ejemplo, los soldados más jóvenes y con menor educación que fueron enviados a Vietnam tenían más posibilidades que otros de verse expuestos a experiencias extremas de guerra. También había más posibilidades de que tuvieran menor apoyo social a su regreso a casa y, por consiguiente, menos posibilidades de hablar sobre sus experiencias de guerra con amigos o familiares. No resulta sorprendente que estos hombres corrieran un gran riesgo a desarrollar un desorden de estrés postraumático. Los soldados que ya tenían un desorden psicológico antes de ser enviados a Vietnam tenían más posibilidades de desarrollar una amplia gama de problemas psiquiátricos a su vuelta, pero esta vulnerabilidad no era específica del síndrome postraumático<sup>39</sup>. De forma parecida, las mujeres que tenían desórdenes psiquiátricos antes de ser violadas padecían reacciones postraumáticas especialmente graves y complicadas<sup>40</sup>. Los acontecimientos traumáticos de la vida, como otras desgracias, son especialmente crueles con aquellos que ya tienen problemas.

Los niños y los adolescentes, relativamente indefensos si los comparamos con los adultos, también son especialmente vulnerables al daño<sup>41</sup>. Los estudios sobre niños víctimas de abusos demuestran que hay una relación inversa entre el grado de psicopatología y la edad del comienzo del abuso<sup>42</sup>. Los soldados adolescentes tienen más posibili-

<sup>38</sup> Entrevista a Clyde, 1988.

<sup>39</sup> B. L. Green y otros, «Buffalo Creek Survivors...», ob. cit.

<sup>40</sup> A. W. Burgess y L. L. Holmstrom, «Adaptive Strategies and Recovery from Rape», *American Journal of Psychiatry* 136: 1278-1282 (1979).

<sup>41</sup> M. Gibbs, ob. cit.

<sup>42</sup> A. H. Green, «Dimensions of Psychological Trauma in Abused Children», *Journal of the American Association of Child Psychiatry* 22: 231-237 (1983).



dades que sus compañeros adultos de desarrollar un síndrome de estrés postraumático en combate<sup>43</sup>, y las niñas adolescentes son especialmente vulnerables al trauma de la violación<sup>44</sup>. La experiencia de terror e indefensión durante la adolescencia pone en peligro las tres tareas adaptativas normales de esta fase de la vida: la formación de la identidad, la separación de la familia de origen y la exploración de un mundo social más amplio.

El combate y la violación, las formas pública y privada de violencia social organizada, son esencialmente experiencias de la adolescencia y de la primera vida adulta. El ejército de Estados Unidos recluta a jóvenes de diecisiete años; la media de edad de los soldados de Vietnam era de diecinueve años. En muchos otros países, los chicos son reclutados para el servicio militar cuando son adolescentes. Los últimos años de la adolescencia es el período en que hay más riesgo de ser violado. La mitad de todas las víctimas tienen veinte o menos años en el momento de la violación; tres cuartas partes tienen entre trece y veintiséis años<sup>45</sup>. En realidad se puede decir que el período de mayor vulnerabilidad psicológica es también el período de mayor exposición traumática, tanto para los hombres jóvenes como para las mujeres. Por lo tanto, la violación y el combate pueden ser considerados ritos sociales complementarios de iniciación a la violencia coercitiva que está en el corazón de la sociedad adulta. Son las formas paradigmáticas de trauma para mujeres y hombres, respectivamente.

---

<sup>43</sup> B. A. van der Kolk, «The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response», *Journal of Traumatic Stress* 1: 273-290 (1988); R. A. Kulka y otros, ob. cit.

<sup>44</sup> A. W. Burgess, «Sexual Victimization of Adolescents», en *Rape and Sexual Assault: A Research Handbook*, Ann W. Burgess (ed.), Garland, Nueva York, 1985, págs. 123-138; S. S. Age-ton, «Vulnerability to Sexual Assault», en *Rape and Sexual Assault*, vol. 2, Ann W. Burgess (ed.), Garland, Nueva York, 1988, págs. 221-244.

<sup>45</sup> D. E. H. Russell, *Sexual Exploitation*, Sage, Beverly Hills (California), 1984.

## EL EFECTO DEL APOYO SOCIAL

Como los acontecimientos traumáticos invariablemente dañan las relaciones, las personas que forman parte del mundo social del superviviente tienen el poder de influir sobre el resultado eventual del trauma<sup>46</sup>. Una respuesta comprensiva de otras personas puede mitigar el impacto del acontecimiento, mientras que una respuesta hostil o negativa puede multiplicar el daño y agravar el síndrome traumático<sup>47</sup>. Las supervivientes son muy vulnerables después de los acontecimientos traumáticos de su vida. Su sentido del yo ha quedado destrozado y solo puede ser reconstruido tal y como se construyó: en conexión con los demás.

El apoyo emocional que buscan las personas traumatizadas en su familia, amantes y amigos íntimos adquiere muchas formas y cambia durante el curso de la resolución del trauma. En el tiempo inmediatamente posterior al trauma, la principal tarea es reconstruir alguna forma mínima de confianza, y para ello son de extrema importancia la reafirmación de seguridad y la protección. La superviviente, que a menudo tiene miedo a quedarse sola, anhela la mera presencia de una persona comprensiva. Como ha experimentado ya la sensación de absoluto aislamiento, la superviviente es intensamente consciente de la fragilidad de las conexiones cuando uno se enfrenta al peligro. Necesita reafirmaciones claras y explícitas de que no volverán a dejarla sola.

En el caso de los hombres que luchan en una guerra, la sensación de seguridad la representa el pequeño grupo de combate. Los hombres dependen los unos de los otros en condiciones prolongadas de peligro, y el grupo desarrolla una fantasía compartida de que su lealtad y devoción mutuas pueden protegerles del daño. Llegan a temer la separación más que a la muerte. Los psiquiatras militares de la Segunda Guerra Mundial descubrieron que separar a los soldados de sus unidades multiplicaba enormemente el trauma de estar expuestos al combate. El psi-

---

<sup>46</sup> B. L. Green, J. P. Wilson y J. D. Lindy, «Conceptualizing Post-Traumatic Stress Disorder: A Psychosocial Framework», en C. Figley, ob. cit.

<sup>47</sup> R. B. Flannery, «Social Support and Psychological Trauma: A Methodological Review», *Journal of Traumatic Stress* 3: 593-611 (1990).

quiatra Herbert Spiegel describe esta estrategia para conservar los vínculos y recuperar la sensación de seguridad básica entre los soldados del frente: «Sabíamos que el soldado estaba perdido cuando se le separaba de su unidad. Así que si veía que alguien se estaba viniendo abajo, le daba la oportunidad de pasar la noche en la zona de cocinas porque estaba un poco alejada, pero todavía permanecía dentro de la unidad. Los cocineros estaban allí. Les decía que durmieran, incluso les daba alguna medicación para dormir, y era como mi unidad de rehabilitación. La neurosis traumática no ocurre inmediatamente; en sus fases iniciales tan solo se expresa como confusión y desesperanza. En ese período, si el entorno anima y apoya a la persona, puedes evitar lo peor»<sup>48</sup>.

Cuando el soldado regresa a casa no suelen surgir problemas de seguridad y protección. En el caso de desastres civiles y delitos normales, la familia inmediata y los amigos de la víctima normalmente se movilizan para proporcionarle refugio y seguridad. En la violencia sexual y doméstica, no obstante, la seguridad de la víctima sigue estando amenazada después del ataque. Por ejemplo, en la mayoría de casos de violación, la víctima conoce al violador: es un conocido, un compañero de trabajo, un amigo de la familia, un marido o un amante<sup>49</sup>. Además, el violador a menudo tiene un estatus superior al de la víctima dentro de su comunidad y puede que las personas más cercanas a la víctima no corran a ayudarla. Incluso puede ocurrir que la comunidad sea más comprensiva con el violador que con ella. Es posible que la víctima tenga que retraerse de alguna parte de su mundo social para huir de su violador y puede que acaben expulsándola de una escuela, un trabajo o un grupo de iguales. Una adolescente superviviente de una violación describe cómo fue rechazada: «Después de esto, todo fue cuesta abajo. A las demás niñas les prohibían que yo fuera a sus casas, y los chicos se me quedaban mirando en la calle mientras iba al colegio. Me quedó una reputación que me marcó durante el resto del instituto»<sup>50</sup>.

<sup>48</sup> Entrevista a H. Spiegel, 14-V-1990.

<sup>49</sup> D. E. H. Russell, ob. cit.

<sup>50</sup> Mitin feminista radical, Nueva York, 1971; cit. por S. Brownmiller, *Against Our Will: Men, Women, and Rape*, Simon & Schuster, Nueva York, 1975, pág. 364.

Por lo tanto, los sentimientos de miedo, desconfianza y aislamiento de la superviviente pueden verse acentuados por la incomprensión o abierta hostilidad de aquellos a los que pide ayuda. Cuando el violador es un marido o un novio, la persona traumatizada es la más vulnerable porque a quien normalmente acudiría a pedir ayuda y protección es precisamente la fuente de peligro.

En contraste, si la superviviente tiene la suerte de tener una familia que la apoya, o una pareja y amigos que la comprendan, sus cuidados y protección pueden tener una fuerte influencia curativa. Burgess y Holmstrom, en su estudio de seguimiento de las víctimas de violación, informaban de que el tiempo necesario para recuperarse dependía de la calidad de las relaciones íntimas de la persona. Las mujeres que las tenían estables con una pareja solían recuperarse más rápidamente que aquellas que no las tenían<sup>51</sup>. De forma parecida, otro estudio observaba que las supervivientes de violación que tenían menos síntomas eran las que habían tenido una mayor experiencia en las relaciones íntimas y amorosas con hombres<sup>52</sup>.

Cuando se ha restaurado la sensación de seguridad básica, la superviviente necesita la ayuda de los demás para reconstruir una visión positiva de su persona. Es necesario recuperar la regulación entre intimidad y agresión que ha sido alterada por el trauma. Para ello es imprescindible que los demás demuestren cierta tolerancia a la necesidad fluctuante de la superviviente de cercanía y distancia, y muestren respeto hacia sus intentos de restablecer la autonomía y el autocontrol. No es necesario que los demás toleren explosiones incontroladas de agresión y, de hecho, dicha tolerancia es contraproducente, ya que no hace más que aumentar la carga de culpa y vergüenza de la víctima. En realidad, la restauración de la autoestima requiere el mismo tipo de respeto hacia la autonomía que impulsó el desarrollo original de la autoestima en los primeros años de vida.

<sup>51</sup> A. W. Burgess y L. L. Holmstrom, «Adaptive Strategies...», ob. cit.

<sup>52</sup> D. G. Kilpatrick, L. J. Veronen y C. L. Best, «Factors Predicting Psychological Distress Among Rape Victims», en Figley, *Trauma and Its Wake*.

Muchos soldados que regresaron de la guerra hablan de sus dificultades con la intimidad y la agresión. El veterano de combate Michael Norman da fe de estas dificultades: «Inquieto e irritable, me comportaba mal. Buscaba la soledad y luego recriminaba a mis amigos que se alejaban de mí [...] Ladraba a mi hijo que me adoraba y reñía a mi mejor aliada, mi mujer»<sup>53</sup>. Este tipo de testimonios aparece con frecuencia en los estudios. La psicóloga Josefina Card señaló que los veteranos de Vietnam expresaban con frecuencia que tenían dificultades para llevarse bien con sus mujeres y novias o para sentirse emocionalmente cerca de cualquiera. En este aspecto había una clara diferencia con sus compañeros que no habían ido a la guerra<sup>54</sup>. Otro estudio sobre la reinserción de los veteranos de Vietnam documentaba un profundo impacto del trauma de guerra. Los hombres con síndrome de estrés postraumático se casaban menos, tenían más problemas conyugales y con los hijos, y se divorciaban más que aquellos que habían escapado sin sufrir el desorden. Muchos se aislaban o recurrían a la violencia con los demás. Las mujeres veteranas que sufrían el mismo desorden demostraban problemas parecidos en sus relaciones íntimas aunque raramente recurrían a la violencia<sup>55</sup>.

En una especie de círculo vicioso los veteranos de guerra con familias poco comprensivas parecen correr un alto riesgo de padecer persistentes síntomas postraumáticos, y aquellos que tienen desorden de estrés postraumático alejan aún más a sus familias<sup>56</sup>. En un estudio sobre las estructuras sociales de apoyo a los soldados que regresaban a casa, el psicólogo Terence Keane observaba que, mientras estaban en la guerra, todos los hombres perdían algunas de las conexiones importantes de su vida civil. Los hombres sin síndrome de estrés postraumático recuperaban gradualmente sus conexiones de apoyo cuando volvían a casa. Sin embargo, los hombres que sufrían el síndrome per-

---

<sup>53</sup> M. Norman, *These Good Men...*, ob. cit., pág. 5.

<sup>54</sup> J. J. Card, *Lives After Vietnam*, ob. cit.

<sup>55</sup> R. A. Kulka y otros, *NVVRs*, ob. cit.

<sup>56</sup> J. S. Frye y R. A. Stockton, «Stress Disorder in Vietnam Veterans», *American Journal of Psychiatry* 139: 52-56 (1982).

sistente no podían reconstruir las conexiones sociales y, a medida que pasaba el tiempo, sus estructuras sociales se deterioraban aún más<sup>57</sup>.

El daño de la guerra puede, de hecho, verse incrementado por la amplia tolerancia social hacia la desconexión emocional y la agresión incontrolada de los hombres. Las personas más cercanas al veterano de guerra traumatizado pueden no saber enfrentarse y recriminar su comportamiento, permitiéndole demasiado espacio para sus explosiones de ira y su aislamiento emocional. Esto no hace más que agravar su sentimiento de inadaptación y de vergüenza, y lo aleja de sus seres queridos. Las normas sociales de agresión masculina también producen una confusión permanente en los veteranos que intentan crear relaciones familiares pacíficas y cariñosas. La trabajadora social Sarah Haley cita a un veterano con síndrome de estrés postraumático que había conseguido casarse y tener una familia y empezó a padecer una intensa recurrencia de los síntomas cuando su hijo empezó a jugar con juguetes bélicos: «Creía que podría manejarlo, pero la mañana de Navidad, un muñeco *GI Joe* y una ametralladora de juguete fueron el detonante de todo [...] Lo habíamos pasado mal con el niño, que tenía tres años, y no sabía cómo solucionarlo [...] Supongo que fui un ingenuo. Todos los niños pasan por esa fase, pero realmente me afectó porque había estado así en Vietnam. Pensé que yo le había hecho así y que yo tenía que hacer que cambiara»<sup>58</sup>.

A este hombre le preocupaban las crueldades gratuitas que había cometido cuando estaba en el ejército, y le decepcionaba el hecho de que nadie en una posición de autoridad se lo hubiera impedido. Su irritabilidad en casa le recordaba su anterior agresividad incontrolada en Vietnam. Avergonzado tanto de sus actos pasados como de su comportamiento en el presente, se «sentía como un mal padre» y se preguntaba si merecía tener una familia. Este hombre, como muchos

---

<sup>57</sup> T. M. Keane, S. W. Owen, G. A. Charoya y otros, «Social Support in Vietnam Veterans with PTSD: A Comparative Analysis», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 95-102 (1985).

<sup>58</sup> S. Haley, «The Vietnam Veteran and His Pre-School Child: Child-Rearing as a Delayed Stress in Combat Veterans», *Journal of Contemporary Psychotherapy* 41: 114-121 (1983).

otros veteranos de guerra, luchaba con los mismos temas de agresión y autocontrol a los que ya se enfrentó cuando era un niño de parvulario. El trauma de guerra había deshecho cualquiera que fuera la resolución de estos temas en sus primeros años de vida.

Las mujeres traumatizadas por su vida sexual y doméstica luchan con temas parecidos de autorregulación. Sin embargo, a diferencia de los hombres, sus dificultades pueden verse agravadas por la poca tolerancia de las personas que más cerca están de ellas. La sociedad es poco permisiva hacia la mujer tanto si se encierra en sí misma como si expresa sus sentimientos. Intentando ser protectores, la familia, la pareja o los amigos pueden ignorar que la superviviente tiene la necesidad de recuperar su sensación de autonomía. Después de un acontecimiento traumático, los miembros de la familia pueden decidir qué acciones tomar e ignorar los deseos de la superviviente quitándole, una vez más, el poder<sup>59</sup>. Pueden demostrar poca tolerancia a su ira o absorberla en su propia búsqueda de venganza. Este es el motivo de que las supervivientes duden con frecuencia abrirse a los miembros de su familia, no solo porque temen que no vayan a comprenderla, sino también porque temen que su reacción eclipse la suya. Una superviviente de violación narra cómo la reacción inicial de su marido la hizo sentirse más ansiosa y fuera de control: «Cuando se lo conté a mi marido tuvo una reacción violenta. Quería ir detrás de esos tipos. En ese momento yo estaba muy asustada y no quería que se enfrentara a esa gente. Se lo hice saber claramente. Por fortuna, me escuchó y se mostró dispuesto a respetar mis deseos»<sup>60</sup>.

Reconstruir la sensación de control es especialmente problemático en las relaciones sexuales. Después de una violación, prácticamente la mayoría de las supervivientes declaran tener alteraciones en sus anteriores patrones sexuales. La mayoría desea alejarse del sexo completa-

---

<sup>59</sup> T. S. Foley, «Family Response to Rape and Sexual Assault», en *Rape and Sexual Assault: A Research Handbook*, A. Burgess (ed.), págs. 159-188; C. Erikson, «Rape and the Family», en *Treating in Families*, C. Figley (ed.), Brunner/Mazel, Nueva York, 1990, págs. 257-289.

<sup>60</sup> Cit. en «If I can Survive this...», Boston Area Rape Crisis Center, Cambridge (Massachusetts), 1985. Cinta de vídeo.



mente durante algún tiempo. Incluso después de que se restablezcan las relaciones íntimas, los problemas en la vida sexual se curan muy lentamente<sup>61</sup>. Durante el acto sexual, las supervivientes a menudo se reencuentran no solo con estímulos específicos que producen *flash-backs*, sino también con un sentimiento más general de estar presionadas o coaccionadas. Una superviviente de violación narra cómo la reacción de su novio la hizo sentirse víctima una vez más: «Me desperté durante la noche y me encontré a mi novio encima de mí. Al principio creí que [el violador] había vuelto, y sentí pánico. Mi novio me dijo que solo estaba intentando volver a "acostumbrarme" para que no fuera frígida durante el resto de mi vida. Estaba demasiado agotada para luchar o discutir, así que le dejé hacerlo. Durante el sexo mi mente estaba completamente en blanco. No sentí nada. Al día siguiente hice mi último examen; hice las maletas y me marché. Rompí con mi novio durante ese verano»<sup>62</sup>.

Debido a las arraigadas normas de permisividad hacia los hombres, muchas mujeres están acostumbradas a complacer los deseos de sus parejas y a subordinar los suyos propios, incluso en el sexo consensuado. Sin embargo, después de una violación muchas supervivientes descubren que ya no pueden soportar esa situación. Una superviviente de violación debe establecer una sensación de autonomía y autocontrol para reclamar su propia sexualidad, y para ello necesita una pareja que coopere, que sea sensible y que no espere tener sexo cuando lo exija.

La recuperación de una percepción positiva del yo incluye no solo una sensación renovada de autonomía dentro de la conexión, sino también un renovado respeto por uno mismo. La superviviente necesita que los demás la ayuden a superar su sensación de vergüenza y a elaborar una valoración justa de su comportamiento, y las actitudes de las personas más cercanas a ella son esenciales para que lo consiga. Los

<sup>61</sup> C. C. Nadelson, M. T. Norman, H. Zackson y otros, «A Follow-Up Study of Rape Victims», *American Journal of Psychiatry* 139: 1266-1270 (1982); J. V. Becker, L. J. Skinner, G. G. Abel y otros, «Time-Limited Therapy with Sexually Dysfunctional Sexually Assaulted Women», *Journal Social Work and Human Sexuality* 3: 97-115 (1984).

<sup>62</sup> Cit. en R. Warshaw, ob. cit., pág. 76.



juicios realistas disminuyen los sentimientos de humillación y culpa, y, contrariamente, la crítica dura e ignorante, o la aceptación ciega, no hacen sino agravar la culpa y el aislamiento de la superviviente.

Los juicios realistas incluyen el reconocimiento de las terribles circunstancias del acontecimiento traumático y la gama normal de las reacciones de la víctima. Incluyen además el reconocimiento de los dilemas morales de la persona que se enfrenta a algo con un poder de elección limitado, así como el reconocimiento del daño psicológico y la aceptación de un largo proceso de recuperación. A diferencia de estos, los juicios críticos negativos a menudo imponen una visión preconcebida tanto de la naturaleza del acontecimiento traumático como de la gama de respuestas apropiadas. Y aceptar ingenuamente dichas opiniones implica descartar las cuestiones de juicio moral, alegando que dichas preocupaciones no tienen importancia alguna en circunstancias de limitada libertad de elección. No obstante, las emociones morales de vergüenza y culpa no desaparecen ni siquiera en estas situaciones.

La cuestión del juicio es fundamental para recuperar la sensación de conexión entre el veterano de guerra y las personas cercanas a él. El veterano está aislado no solo por las imágenes del horror del que ha sido testigo y del que ha formado parte, sino también por su estatus especial como iniciado en el culto a la guerra. El veterano piensa que ningún civil, y desde luego ninguna mujer o niño, puede comprender que ha estado cara a cara con el mal y la muerte. Contempla al civil con una mezcla de idealización y de desprecio: es, al mismo tiempo, inocente e ignorante. Él ha violado el tabú del asesinato. Lleva la marca de Caín. Un veterano de Vietnam describe cómo se sentía contaminado:

La ciudad no podía hablar y no quería escuchar. «¿Te gustaría que te hablara de la guerra?», podría haber preguntado, pero el lugar solo hubiera pestañeado y se hubiera encogido de hombros. No tenía memoria y, por lo tanto, no tenía culpa. Se pagaban los impuestos y se contaban los votos, y las instituciones del gobierno hacían su trabajo con eficacia y educación. Era una ciudad eficaz y educada. No sabía una mierda de la mierda, y no le interesaba saberlo. [El veterano] aprendió y se preguntó qué podría haber dicho sobre el tema. Él conocía la mierda. Era su especialidad. En especial el olor, pero también las

variedades de textura y sabor. Algún día daría una conferencia sobre el tema. Se pondría un traje y corbata, se levantaría delante del club Kirwanis y hablaría a esos gilipollas de toda la mierda que conocía. Quizá también repartiría algunas muestras<sup>63</sup>.

Esa idea del veterano apartado de los demás es compartida con demasiada frecuencia por los civiles que se contentan con idealizar o despreciar el servicio que prestó en el ejército, evitando conocer con detalle en qué consistía ese servicio. Si existe algún apoyo social hacia el hecho de que se hagan públicas las historias de guerra, normalmente esta narración queda restringida a los propios veteranos de guerra. Las historias de guerra se conservan entre los hombres de una misma época, que están desconectados de la sociedad en general, que incluye dos sexos y muchas generaciones. Por lo tanto, la fijación en el trauma —la sensación de un momento congelado en el tiempo— puede verse perpetuada por unas costumbres sociales que favorecen la segregación de los guerreros del resto de la sociedad<sup>64</sup>.

Las supervivientes de violación encuentran también dificultades parecidas con el juicio social, pero por motivos distintos. También ellas pueden verse estereotipadas. Las actitudes rígidas y críticas son algo generalizado, y las personas más cercanas a la superviviente no son inmunes a ellas. Maridos, novios, amigos y familia, todos ellos tienen ideas preconcebidas de qué es una violación y cómo deben reaccionar las víctimas. Existe un inmenso abismo entre la experiencia real de las supervivientes y los conceptos preestablecidos sobre la violación, y eso crea en ellas una gran sensación de duda. Los veteranos que regresan a casa pueden sentirse frustrados por la visión ingenua y poco realista que sus familias tienen de la guerra, pero por lo menos disfrutan de cierto reconocimiento por haber estado en combate. Esto no ocurre en el caso de las víctimas de una violación. Muchos de los actos que las

<sup>63</sup> T. O'Brien, *The Things They Carried*, ob. cit., pág. 163.

<sup>64</sup> R. Grinker y J. Spiegel, *Men Under Stress*, ob. cit.; A. Schuetz, «The Homecomer», *American Journal of Sociology* 50: 369-376 (1944-45); R. J. Lifton, *Home from the War*, ob. cit.; C. Figley y S. Levantman (eds.), *Strangers at Home: Vietnam Veterans Since the War*, Praeger, Nueva York, 1980.

mujeres viven como una terrible violación pueden no ser considerados como tales, incluso por personas cercanas a ellas. De esta manera, las supervivientes se ven en la encrucijada de tener que elegir entre expresar su punto de vista o seguir conectadas con los demás. En estas circunstancias, muchas mujeres tienen dificultades incluso para poner nombre a su experiencia<sup>65</sup>. Si queremos crear una conciencia, la primera y más fundamental tarea es, sencillamente, llamar a la violación por su nombre<sup>66</sup>.

Las actitudes sociales convencionales no solo no reconocen la mayoría de violaciones como tales, sino que además las interpretan como relaciones de sexo consentido, y consideran que la víctima es la responsable. De esta manera las mujeres descubren una terrible dislocación entre su experiencia y la construcción social de la realidad<sup>67</sup>. Las mujeres aprenden que, con la violación, no solo han sido violadas, sino también deshonradas. Se las trata con más desprecio que a los soldados derrotados, ya que no existe el reconocimiento de que han perdido una batalla injusta. Se las culpa de traicionar sus propios estándares morales y de haberse dejado derrotar. Una superviviente describe cómo la criticaron y culparon: «Era tan terrible que [mi madre] no creía que me habían violado. Estaba segura de que me lo había buscado [...] [Mis padres] me lavaron el cerebro de tal manera de que no me habían violado que incluso empecé a dudarlo. O realmente quería dudarlo. La gente decía que a una mujer no la violan si ella no quiere»<sup>68</sup>. Las respuestas comprensivas de las personas más cercanas a

---

<sup>65</sup> M. P. Koss, «Hidden Rape: Sexual Aggression and Victimization in a National Sample of Students of Higher Education», en *Rape and Sexual Assault*, vol. 2, A. W. Burgess (ed.), Garland, Nueva York, 1987, págs. 3-26. De las mujeres de este estudio que denunciaron un incidente de sexo forzoso que encajaba con la definición legal de violación, tan solo un 27 por 100 describió su experiencia como «definitivamente una violación».

<sup>66</sup> Esta lucha básica con la definición queda reflejada en los títulos de muchos textos recientes sobre la violación, por ejemplo, S. Estrich, *Real Rape*, Harvard University Press, Cambridge, 1987; M. P. Koss, *Hidden Rape...*, ob. cit., y R. Warshaw, ob. cit.

<sup>67</sup> S. Estrich, ob. cit.; C. MacKinnon, «Feminism, Marxism, Method and the State: Toward Feminist Jurisprudence», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 8: 635-658 (1983).

<sup>68</sup> Mitin feminista radical, Nueva York, 1971; cit. por N. Connell y C. Wilson, *Rape: The First Sourcebook for Women*, ob. cit., pág. 51.

la superviviente pueden desintoxicarla de su sensación de culpa, estigma y desprecio. Otra superviviente de violación mucho más afortunada describe cómo la consoló un amigo. «Le dije: "Tengo catorce años y ya no soy virgen". Él dijo: "Esto no tiene nada que ver con ser virgen. Algún día te enamorarás y harás el amor, y eso será perder la virginidad. No lo que ocurrió. —No dijo *violación*—. Eso no tiene nada que ver con ello"»<sup>69</sup>.

Además de la sensación de vergüenza y de la duda, las personas traumatizadas luchan por llegar a una valoración justa y razonable de su conducta, por encontrar un equilibrio entre la culpabilidad no realista y la negación de toda responsabilidad moral. Para que pueda asumir los temas de culpa, la superviviente necesita la ayuda de otros que estén dispuestos a reconocer que ha ocurrido un acontecimiento traumático, a olvidar sus juicios preconcebidos, y simplemente escuchar lo que ella tiene que contar. Cuando los demás son capaces de escuchar sin repartir las culpas, la superviviente puede aceptar que ha fracasado al no haber estado a la altura de los estándares ideales en una situación extrema. Puede además llegar a tener un juicio realista de su conducta y a repartir de forma justa las responsabilidades.

En su estudio sobre veteranos de guerra con síndrome de estrés postraumático, Herbert Hendin y Ann Haas descubrieron que resolver la culpa exigía una profunda comprensión de los motivos específicos que tenía cada hombre para culparse a sí mismo, en lugar de una mera absolución generalizada. Por ejemplo, un joven oficial que sobrevivió cuando el *jeep* en que viajaba pasó por encima de una mina que explotó y mató a varios hombres se culpaba a sí mismo por haber sobrevivido mientras que los otros habían muerto. Sentía que él debería haber conducido el *jeep*. Su autocrítica parecía completamente infundada. Sin embargo, tras una cuidadosa exploración de las circunstancias que produjeron el desastre, se desveló que este oficial tenía la costumbre de evitar la responsabilidad y no había hecho todo lo posible por proteger a sus hombres. Cuando un comandante sin experiencia le ordenó

---

<sup>69</sup> Boston Area Rape Crisis Center, «If I can survive this...». Cinta de vídeo, 1985.

que se hiciera el viaje en el *jeep*, él no se negó, a pesar de que sabía que la orden era insensata. Por consiguiente, por un acto de omisión, se había puesto en peligro él y sus hombres. En este sentido metafórico se culpaba de no haber estado «en el asiento del conductor»<sup>70</sup>.

En el tratamiento de las supervivientes de una violación surgen a menudo temas parecidos. Con frecuencia, estas mujeres se castigan a sí mismas amargamente por haberse puesto en peligro o por no haber conseguido resistir al ataque. Estos son precisamente los argumentos que utilizan los violadores para culpar a sus víctimas o para justificar la violación. La superviviente no puede llegar a una valoración justa de su propia conducta si no comprende con claridad que ningún acto suyo absuelve al violador de su responsabilidad en el crimen.

En realidad, la mayoría de la gente se arriesga sin necesidad. Con frecuencia las mujeres corren riesgos ingenuamente, ignorando el peligro, siendo rebeldes y desafiando al peligro. La mayoría de las mujeres no reconocen el grado de hostilidad masculina hacia ellas, y prefieren pensar que la relación entre sexos es algo más inofensivo de lo que realmente es. A las mujeres también les gusta pensar que tienen más libertad y un estatus más alto de lo que en realidad tienen. Una mujer es especialmente vulnerable a la violación cuando actúa como si fuera libre, es decir, cuando no respeta las restricciones convencionales sobre el vestido, movilidad física e iniciativa social. Las mujeres que se comportan como si fueran libres a menudo son descritas como «sueltas», que se refiere no solo a que «no están atadas», sino también a que son provocativas sexualmente.

Una vez que están en una situación de peligro, la mayoría de las mujeres tiene poca experiencia para movilizar una defensa adecuada. La socialización tradicional garantiza que ellas están poco preparadas para el peligro, se vean sorprendidas por el ataque y están mal equipadas para protegerse<sup>71</sup>. Al revisar después las condiciones de la violación, muchas mujeres dicen haber ignorado su primera percepción de

---

<sup>70</sup> P. Hendin y P. Haas, ob. cit., págs. 44-45.

<sup>71</sup> P. Bart y P. O'Brien, ob. cit.; J. V. Becker y otros, «Time-Limited Therapy», ob. cit.

peligro, perdiendo, por consiguiente, la oportunidad de escapar<sup>72</sup>. El miedo a plantear un conflicto o a la vergüenza social puede impedir a las víctimas el tomar medidas a tiempo. Posteriormente, las que ignoraron su propia «voz interior» pueden volverse furiosamente críticas hacia su propia «estupidez» o «ingenuidad». Ser capaces de transformar este sentimiento de culpa en un juicio realista puede ayudar a la recuperación. Entre las pocas consecuencias positivas que reconocen las supervivientes de violación está su firme determinación de depender más de sí mismas, a tener mayor respeto hacia sus percepciones y sentimientos y a estar más preparadas para manejar el conflicto y el peligro<sup>73</sup>.

La vergüenza y la culpa de la superviviente pueden verse exacerbadas por el juicio de los demás, pero no quedan totalmente mitigadas con simples pronunciamientos que la absuelvan de la responsabilidad. Esto se debe a que esos simples pronunciamientos, incluso los favorables, significan una negación a involucrarse con la víctima en las dolorosas complejidades morales de la situación extrema. La superviviente no busca absolución, sino justicia, compasión, y que se le permita compartir con los demás lo que le ocurre a las personas cuando están en situaciones extremas.

Finalmente, la superviviente necesita la ayuda de los demás para llorar sus pérdidas. Todos los escritos clásicos reconocen la necesidad de guardar luto y de reconstruir su vida para llegar a la resolución de los acontecimientos traumáticos sufridos. No conseguir completar el proceso normal de duelo perpetúa la reacción traumática. Lifton observa que «un luto irresuelto o incompleto tiene como consecuencia el estancamiento del proceso traumático»<sup>74</sup>. Chaim Shatan, que estudió a los veteranos de guerra, habla de su «dolor impactado»<sup>75</sup>. Tras las pér-

---

<sup>72</sup> P. Bart y P. O'Brien, ob. cit.; R. Warshaw, ob. cit.; A. Medea y K. Thompson, *Against Rape: A Survival Manual for Women*, Farra, Strauss & Giroux, Nueva York, 1974.

<sup>73</sup> C. C. Nadelson y otros, ob. cit.

<sup>74</sup> R. J. Lifton, «Concept of the Survivor», ob. cit., pág. 124.

<sup>75</sup> C. Shatan, «The Grief of Soldiers: Vietnam Combat Veterans, Self-Help Movement», *American Journal of Orthopsychiatry* 43: 640-653 (1973).

didadas normales de la vida existen numerosos rituales que ayudan a la persona durante su período de luto, pero curiosamente no hay ninguna costumbre o ritual que respete el luto que sigue a los acontecimientos traumáticos de la vida. En ausencia de dicho apoyo, el potencial de un dolor patológico y de una depresión grave y duradera es extremadamente alto.

### EL PAPEL DE LA COMUNIDAD

Compartir la experiencia traumática con otros es una condición indispensable para restituir la sensación de la existencia de un mundo con sentido. En este proceso la superviviente necesita ayuda no solo de aquellos que están más cerca de ella, sino también de la comunidad en general. La respuesta de esta tiene una poderosa influencia sobre la resolución definitiva del trauma. Restaurar la grieta que se ha creado entre la persona traumatizada y la comunidad depende, en primer lugar, del reconocimiento público del acontecimiento traumático y, en segundo, de algún tipo de acción comunitaria. Una vez que ha sido públicamente reconocido que una persona ha sufrido un daño, la comunidad debe tomar medidas para asignar la responsabilidad por ese daño y para curar la herida. Estas dos respuestas —reconocimiento y restitución— son necesarias para reconstruir el sentido del orden y de la justicia de la superviviente.

Los soldados siempre han sido extremadamente sensibles al grado de apoyo que reciben cuando regresan a casa. Buscan pruebas tangibles de reconocimiento público. Los soldados han expresado después de cada guerra su resentimiento ante la falta general de conciencia pública, de interés y de atención: temen que su sacrificio se olvide rápidamente<sup>76</sup>. Después de la Primera Guerra Mundial, los veteranos se referían amargamente a la guerra como la «Gran Innombrable»<sup>77</sup>. Cuando

---

<sup>76</sup> R. Grinker y J. Spiegel, *Men Under Stress*, ob. cit.; C. Figley y S. Leventman, *Strangers At Home...*, ob. cit.

<sup>77</sup> D. Lessing, «My Father», en *A Small Personal Voice*, Random House, Nueva York, 1975.



los grupos de veteranos se organizan, sus primeros esfuerzos se centran en asegurarse que sus sufrimientos no desaparezcan de la memoria pública. De ahí la insistencia en las medallas, los monumentos, los desfiles, las celebraciones y las ceremonias públicas de homenaje, así como la compensación individual por los daños sufridos. No obstante, ni siquiera las ceremonias públicas satisfacen el ansia de reconocimiento que tiene el veterano debido a la distorsión sentimental de la verdad de la guerra. Un veterano de Vietnam habla de esta tendencia universal a negar los horrores de la guerra: «Si después de escuchar una historia de guerra sientes que tu espíritu se ha elevado o notas que se ha salvado un poco de rectitud de ese desperdicio tan grande, es que has sido víctima de una mentira muy antigua y terrible»<sup>78</sup>.

En la actitud de la sociedad civil los soldados no solo buscan un reconocimiento, sino también el significado de su encuentro con la muerte. Necesitan saber si sus acciones se consideran heroicas o deshonrosas, valientes o cobardes, necesarias y con propósito o sin sentido. Un clima de aceptación realista en la opinión pública favorece la reintegración de los soldados a la vida civil; un clima de rechazo agrava su aislamiento.

La Guerra de Vietnam es un clásico ejemplo de cómo la sociedad rechaza una guerra no declarada y que se ha librado sin la ratificación formal según los procesos establecidos de toma de decisiones democráticas. A pesar de haber sido incapaz de conseguir un consenso para la guerra o de definir un objetivo militar realista, el Gobierno de Estados Unidos reclutó a millones de jóvenes para que cumplieran con el servicio militar. A medida que crecía el número de bajas, también crecía la oposición pública a la guerra. Los intentos de contener el sentimiento de oposición a la guerra tuvieron como consecuencia decisiones políticas que aislaron a los soldados tanto de los civiles como entre ellos mismos. Los soldados eran enviados a Vietnam y regresaban a sus casas como individuos, sin que se les diera la oportunidad de organizar despedidas, de crear vínculos entre sus unidades, o de celebrar ceremonias públicas de bienvenida. Atrapados en un conflicto político que

---

<sup>78</sup> T. O'Brien, *The Things They Carried*, ob. cit., pág. 76.



debería haberse resuelto antes de que se arriesgaran sus vidas, al regresar a casa los soldados se sentían traumatizados por segunda vez al encontrarse con la crítica y el rechazo de la población hacia la guerra que habían librado y perdido<sup>79</sup>.

Quizá la contribución pública más significativa a la curación de estos veteranos fue la construcción del Memorial a la Guerra de Vietnam en Washington, D.C. Este monumento, que registra sencillamente por el nombre y la fecha de la muerte la cifra de bajas, se convierte en un lugar de duelo. El «dolor impactado» de los soldados es más fácil de resolver cuando la comunidad reconoce el dolor de su pérdida. Este monumento, a diferencia de otros que honran el heroísmo de la guerra, se ha convertido en un lugar sagrado, en un lugar de peregrinaje. La gente va a ver los nombres, a tocar la pared. Traen ofrendas y dejan notas a los muertos, notas de disculpa y de gratitud. El veterano de Vietnam Ken Smith, que ahora organiza servicios para otros veteranos, describe su primera visita al monumento: «Recordaba a ciertos tipos, recordaba ciertos olores, recordaba ciertos momentos, recordaba la lluvia, recordaba la Nochebuena, recordaba cuando me marché. Había estado metido en un par de cosas desagradables allí; las recordaba. Recordaba los rostros [...] Recordaba [...] Para algunas personas es como un cementerio, pero para mí es más como una catedral. Es más como una experiencia religiosa. Es una especie de catarsis. Es algo difícil de explicar a los demás; yo soy parte de eso y siempre lo seré. Y como fui capaz de hacer las paces con eso, fui capaz de sacar fuerzas para hacer lo que hago»<sup>80</sup>.

Los mismos temas de reconocimiento y justicia públicos son la preocupación fundamental de los supervivientes en los traumas de la vida civil. En estos casos el sistema de justicia criminal es el territorio en el que se pueden encontrar tanto el reconocimiento como la restitución, y desgraciadamente es una institución en la que las víctimas de la violencia sexual y doméstica están proscritas. En un nivel básico de reconocimiento, las mujeres normalmente se encuentran aisladas y son

<sup>79</sup> R. J. Lifton, *Home from the War*, ob. cit.; C. Figley y S. Leventman, ob. cit.

<sup>80</sup> Entrevista a K. Smith, 1991.

invisibles ante la ley. Las contradicciones entre la realidad de las mujeres y las definiciones legales de la misma realidad son con frecuencia tan extremas que prohíben a las mujeres la participación en las estructuras formales de la justicia.

Las mujeres pronto aprenden que la violación es un crimen solo en teoría; en la práctica el estándar que determina qué es una violación no se fija al nivel de la experiencia de las mujeres, sino justo por encima del nivel de coacción aceptable para los hombres. Y ese nivel resulta estar situado demasiado alto. En palabras de la catedrática de Derecho Catherine MacKinnon, «la violación, desde el punto de vista de las mujeres, no está prohibida: está regulada»<sup>81</sup>. Los estándares legales tradicionales reconocen un delito de violación solo si el violador usa una fuerza extrema que supere en mucho la violencia necesaria para aterrorizar a una mujer, o si ataca a una mujer que pertenece a una categoría de acceso social restringido. El caso más destacado de esto es un hombre negro que ataca a una mujer blanca. Cuanto mayor es el grado de relación social, más amplios son los márgenes de la coacción permitida, de tal manera que un acto de sexo forzado cometido por un extraño puede ser reconocido como violación, mientras que no lo es si el acto es cometido por un conocido. Como la mayoría de violaciones las cometen conocidos o personas cercanas a la víctima, la mayor parte de violaciones no son reconocidas por la ley. Muchos Estados conceden una prerrogativa permanente y absoluta para el acceso al sexo dentro del matrimonio, y se permite legalmente cualquier grado de fuerza empleada<sup>82</sup>.

Esperar que se haga justicia o que se resarza a la víctima a menudo significa que se agrave el trauma, ya que el sistema legal es con frecuencia abiertamente hostil a las víctimas de violación. De hecho, un sistema legal adverso es por definición un entorno hostil; está organizado como un campo de batalla en el que las estrategias de argumento agresivo y ataque psicológico sustituyen a la fuerza física. En general, las mujeres no están mejor preparadas para esta forma de lucha que

---

<sup>81</sup> C. MacKinnon, ob. cit., pág. 651.

<sup>82</sup> S. Estrich, ob. cit.; C. MacKinnon, ob. cit.

para el combate físico. Incluso las que sí están preparadas se encuentran en una situación de desventaja por la sistemática parcialidad legal y por la discriminación institucional contra las mujeres. El sistema legal ha sido diseñado para proteger a los hombres del poder superior del Estado pero no para proteger a las mujeres y a los niños del poder superior de los hombres. Por consiguiente, proporciona muchas garantías para los derechos de los acusados, pero ninguna para los de la víctima. Si pretendiéramos inventar un sistema que provocara síntomas postraumáticos intrusivos no conseguiríamos superar a un tribunal de justicia. Las mujeres que han pretendido encontrar justicia en el sistema legal suelen comparar esta experiencia con ser violadas una segunda vez<sup>83</sup>.

No resulta sorprendente que, como resultado, la mayoría de las víctimas de violación consideren que los mecanismos sociales formales de justicia les están vetados, y que decidan no hacer una denuncia o queja oficial. Se denuncia a la policía menos de una violación entre diez. Solo un 1 por 100 de las violaciones se resuelven finalmente con la detención y la condena del violador<sup>84</sup>. Por eso, el trauma más común entre las mujeres sigue limitado a la esfera de la vida privada, sin que exista un reconocimiento formal o una restitución por parte de la comunidad. No hay ningún monumento público dedicado a las supervivientes de una violación.

En su recuperación, cada superviviente debe encontrar su propio camino para restaurar su sentido de conexión con la comunidad en general. No sabemos cuántas lo conseguirán, pero sí que las que mejor se recuperan son las mujeres que descubren algún significado en su experiencia que trascienda los límites de la tragedia personal. Lo más frecuente es que las mujeres encuentren este significado uniéndose a

---

<sup>83</sup> C. MacKinnon, ob. cit.; S. Estrich, ob. cit.; S. Brownmiller, ob. cit.; P. Bart y P. O'Brien, ob. cit.; Connell y Wilson (eds.), *Rape: The First Sourcebook for Women*, New American Library, Nueva York, 1974.

<sup>84</sup> D. E. H. Russell, ob. cit. Los datos de Koss (1987) confirman estos descubrimientos. En su estudio a gran escala de la victimización de universitarias, un 8 por 100 de las violaciones fueron denunciadas a la policía.

otras en una acción social. En su estudio del seguimiento de las supervivientes de violación, Burgess y Holmstrom descubrieron que las mujeres que mejor se habían recuperado eran las que se habían involucrado activamente en un movimiento antiviolación. Se convirtieron en consejeras en centros de crisis para mujeres violadas, en abogadas o en defensoras de reformas legislativas. Una mujer viajó a otro país para hablar sobre la violación y organizar un centro de crisis para violadas<sup>85</sup>. Negándose a esconderse o ser silenciadas, insistiendo en que la violación es un asunto público y exigiendo un cambio social, las supervivientes crean su propio monumento vivo. Susan Estrich, superviviente de violación y profesora de Derecho, da su testimonio:

Al escribir sobre la violación lo estoy haciendo sobre mi propia vida. No creo que conozca a una sola mujer que no viva con miedo a ser violada. Unas pocas de nosotras —en realidad, más que unas pocas— vivimos con nuestras propias historias [...] De vez en cuando —digamos a las dos de la mañana, cuando alguien que afirma ser uno de mis alumnos me llama y me amenaza con violarme— pienso que hablo demasiado. Pero no es tan malo la mayor parte del tiempo. Cuando violan a mis alumnas (y las han violado) saben que pueden hablar conmigo. Cuando violan a mis amigas saben que yo sobreviví<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> A. W. Burgess y L. L. Holmstrom, «Adaptive Strategies...», ob. cit.

<sup>86</sup> S. Estrich, ob. cit., pág. 3.

## 4

### CAUTIVIDAD

Un único acontecimiento traumático puede ocurrir en casi cualquier lugar; sin embargo, el trauma prolongado y repetido solo pasa en circunstancias de cautividad. Si la víctima puede escapar no será abusada una segunda vez; el trauma repetido solo sucede cuando la víctima está prisionera, es incapaz de escapar y está bajo el control del perpetrador. Evidentemente, dichas condiciones existen en las cárceles, los campos de concentración y los campos de trabajo. Estas condiciones también pueden existir en cultos religiosos, burdeles y otros entornos de explotación sexual organizada, así como en la familia.

Es algo normal reconocer que existe la cautividad política, mientras que la cautividad doméstica de las mujeres y los niños suele pasar inadvertida. El hogar de un hombre es su castillo, y rara vez se entiende que este pueda ser una prisión para las mujeres y los niños. En la cautividad doméstica son infrecuentes las barreras físicas de las que se debe escapar. En la mayoría de los hogares, incluso en los más opresivos, no hay barrotes en las ventanas ni cercas de alambre de púas. Normalmente no se encadena a las mujeres y a los niños, aunque esto ocurre con más frecuencia de lo que podemos imaginar. En general, las barreras son invisibles, pero, no obstante, son muy poderosas. Los niños son hechos cautivos gracias a su condición de dependencia. Las mujeres, por su subordinación económica, social, psicológica y legal, así como por la fuerza física.

La cautividad, que hace que la víctima esté en continuo contacto con el perpetrador, crea un tipo especial de relación, una relación de control coercitivo. Esto se aplica tanto a las víctimas que son tomadas cautivas completamente a la fuerza, como en el caso de prisioneros o rehenes, como a las víctimas hechas prisioneras mediante una combinación de fuerza, intimidación y seducción, como en el caso de los miembros de sectas religiosas, mujeres maltratadas y niños abusados. El impacto psicológico de la subordinación al control coercitivo puede tener muchos rasgos en común tanto si dicha subordinación ocurre dentro de la esfera pública de la política como si se enmarca dentro de la esfera privada de las relaciones sexuales y domésticas.

En situaciones de cautividad, el perpetrador se convierte en la persona más poderosa en la vida de la víctima, y la psicología de esta se ve moldeada por las acciones y creencias del perpetrador. Se sabe poco sobre la mente de este. Como desprecia a aquellos que pretenden entenderle, no se presta voluntario a ser estudiado, y como no reconoce que haya algo malo en él, no pide ayuda, a menos que tenga problemas con la ley. Su rasgo más destacable, según el testimonio de las víctimas y la observación de los psicólogos, es su aparente normalidad. Los conceptos normales de la psicopatología no consiguen ni definirle ni comprenderle<sup>1</sup>.

Esta idea resulta perturbadora para la mayoría de la gente. Sería mucho más reconfortante que el perpetrador fuera fácilmente reconocible, y resultara evidente que está perturbado. Pero no lo está. La académica de Derecho Hannah Arendt provocó un escándalo cuando divulgó que Adolf Eichmann, un hombre que había cometido terribles crímenes contra la humanidad, había sido definido como una persona normal por media docena de psiquiatras. «El problema con Eichmann

---

<sup>1</sup> G. L. Borovsky y D. J. Brand, «Personality Organization and Psychological Functioning of the Nuremberg War Criminals», en *Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust*, J. E. Dimsdale (ed.), Hemisphere, Nueva York, 1980, págs. 359-403; J. Steiner, «The SS Yesterday and Today: A Sociopsychological View», en Dimsdale, *Survivors, Victims, and Perpetrators*, págs. 405-456; J. L. Herman, «Considering Sex Offenders: A Model of Addiction», *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 13: 695-724 (1988).

era precisamente que había muchas personas como él, y que esos muchos no eran ni perversos ni sádicos y eran, y siguen siendo, terrible y terroríficamente normales. Desde el punto de vista de nuestras instituciones legales y de nuestros estándares morales, esta normalidad era mucho más terrorífica que todas las atrocidades que había cometido juntas»<sup>2</sup>.

El perpetrador puede ser autoritario, reservado y en ocasiones soberbio e incluso paranoico, pero también es exquisitamente sensible a las realidades del poder y de las normas sociales. Rara vez se mete en líos con la ley; más bien busca situaciones en las que su comportamiento tiránico sea tolerado, perdonado o incluso admirado. Su forma de vida le sirve de excelente camuflaje, ya que hay pocas personas que crean que hombres con un aspecto tan convencional puedan cometer crímenes horrendos.

El primer objetivo del perpetrador parece ser la sumisión de su víctima, y consigue este objetivo ejerciendo un despótico control sobre su vida. Sin embargo, rara vez se siente satisfecho con el mero cumplimiento de su objetivo. Parece tener la necesidad psicológica de justificar sus crímenes, y para ello necesita la reafirmación de su víctima y exige repetidamente que esta le demuestre respeto, gratitud o incluso amor. Su verdadero objetivo parece ser la creación de una víctima complaciente. Rehenes, prisioneros políticos, mujeres maltratadas y esclavos, todos ellos han destacado la curiosa dependencia que tiene el apresador hacia sus víctimas. George Orwell da voz a la mente totalitaria en la novela *1984*: «No nos contentamos con la obediencia negativa, ni siquiera con la más servil sumisión. Cuando finalmente te rindas ante nosotros, debes hacerlo por propia voluntad. No destruimos al hereje porque se oponga a nosotros; mientras se resista, nunca le destruiremos. Le convertimos, capturamos su mente interior, le volvemos a dar forma. Quemamos todo el mal y todo el engaño que hay en él; le llevamos a nuestro lado, pero no en apariencia, sino genuinamente, de corazón y de alma»<sup>3</sup>. El deseo de tener el control absoluto sobre otra

---

<sup>2</sup> H. Arendt, *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*, 2.<sup>a</sup> ed., Penguin Books, Nueva York, 1964, pág. 276.

<sup>3</sup> G. Orwell, *1984*, New American, Signet Classic Edition, Nueva York, 1949, pág. 210.

persona es el denominador común en todas las formas de tiranía. Los gobiernos totalitarios exigen la conversión política de sus víctimas; los traficantes de esclavos, la gratitud de sus esclavos; las sectas religiosas, sacrificios rituales como símbolo de sumisión a la voluntad divina de su líder; los delincuentes sexuales, que sus víctimas encuentren la satisfacción sexual en la sumisión. El control absoluto sobre otra persona es la dinámica de poder que sustenta la pornografía. El atractivo sexual que tiene esta fantasía sobre millones de hombres terroríficamente normales es la base de una industria que abusa de mujeres y niños, y no en la fantasía, sino en la realidad<sup>4</sup>.

### DOMINACIÓN PSICOLÓGICA

Los métodos que permiten a un ser humano dominar a otro son sorprendentemente uniformes. Los testimonios de rehenes, prisioneros políticos y supervivientes de campos de concentración de todos los rincones del planeta son escalofriantemente parecidos. En 1973, basándose en testimonios de prisioneros políticos de culturas muy diferentes, Amnistía Internacional publicó un «gráfico de coerción» describiendo estos métodos en detalle<sup>5</sup>. En los sistemas políticos tiránicos a veces es posible rastrear la transmisión de métodos coercitivos de una fuerza policial clandestina a otra, o de un grupo terrorista a otro.

Estas mismas técnicas se utilizan para someter a las mujeres en la prostitución, en la pornografía y en el hogar. En el crimen organizado, los proxenetas y pornógrafos en ocasiones se instruyen los unos a los otros en el uso de métodos de coacción. El uso sistemático de técnicas

<sup>4</sup> A. Dworkin, *Pornography: Men Possessing Women*, Perigee, Nueva York, 1981; C. MacKinnon, *Feminism Unmodified*, cap. 3: *Pornography*, Harvard University Press, Cambridge, 1987.

<sup>5</sup> Amnistía Internacional, *Report on Torture*, Farrar, Strauss & Giroux, Nueva York, 1973. Este informe cita en particular el trabajo de Alfred Biderman, quien estudió los efectos de lavado de cerebro en los prisioneros de guerra americanos. Véanse A. D. Biderman, «Communist Attempts to Elicit False Confessions from Air Force Prisoners of War», *Bulletin of New York Academy of Medicine* 33: 616-625 (1957); I. E. Farber, H. F. Harlow y L. J. West, «Brainwashing, Conditioning, and DDD (Debility, Dependency, and Dread)», *Sociometry* 23: 120-147 (1957).



de coacción para obligar a las mujeres a ejercer la prostitución se conoce como «aclimatación»<sup>6</sup>. Incluso en situaciones domésticas en las que el maltratador no forma parte de una organización y no tiene instrucción formal en estas técnicas, el perpetrador parece reinventarlas una y otra vez. En su estudio sobre mujeres maltratadas la psicóloga Lenore Walker observaba que las técnicas coercitivas de los maltratadores «aunque son únicas en cada individuo siguen siendo sorprendentemente parecidas»<sup>7</sup>.

Los métodos para obtener control sobre otra persona se basan en infligir el trauma psicológico de forma sistemática y repetitiva. Son técnicas organizadas de debilitamiento y desconexión. Los métodos de control psicológico están pensados para causar terror e indefensión y para destruir el sentido del yo de la víctima en relación con los demás.

Aunque la violencia es un método de terror universal, puede que el perpetrador utilice raramente y tan solo como último recurso la violencia. No es necesario utilizar la violencia de manera frecuente para que la víctima viva en un constante estado de miedo. La amenaza de muerte o de sufrir un daño grave se utiliza con más frecuencia que la propia violencia. Las amenazas contra otros pueden ser tan efectivas como las amenazas directas a la víctima. Por ejemplo, las mujeres maltratadas a menudo dicen que su abusador amenazó con matar a sus hijos, a sus padres o a cualquier amigo que las protegiera si ellas intentaban escapar.

El miedo también puede verse multiplicado por explosiones inexplicables e impredecibles de violencia y por la aplicación caprichosa de reglas mezquinas. El efecto de estas técnicas es convencer a la víctima de que el perpetrador es omnipotente, que resistirse es inútil y que su vida depende de que se gane su indulgencia a través de la sumisión más absoluta. El objetivo del perpetrador es crear en su víctima no solo miedo a la muerte, sino también gratitud porque se le permite

---

<sup>6</sup> K. Barry, «Did I Ever Really Have a Chance: Patriarchal Judgment of Patricia Hearts», *Chrysalis* 1: 7-17 (1977); K. Barry, C. Bunch y S. Castley (eds.), *Networking Against Female Sexual Slavery*, Naciones Unidas, International Women's Tribune Centre, Nueva York, 1984.

<sup>7</sup> L. Walker, *The Battered Women*, Harper & Row, Nueva York, 1979, pág. 76.

seguir viva. Los supervivientes de la cautividad doméstica y política a menudo describen ocasiones en las que estaban convencidas de que iban a morir para que las salvaran solo en el último momento. Después de varios ciclos de verse amenazada por una muerte segura y luego salvarse de ella, la víctima puede llegar a pensar que, paradójicamente, su captor es su salvador.

Además de aterrorizar, el perpetrador busca destruir el sentido de autonomía de la víctima. Esto se consigue observando minuciosamente y controlando el cuerpo de la víctima y sus funciones corporales. El perpetrador supervisa qué come la víctima, cuándo duerme, cuándo va al baño, qué ropa viste. Cuando a la víctima se la priva de comida, sueño o ejercicio, el resultado de este control es el debilitamiento físico. Pero incluso cuando se cubren adecuadamente las necesidades físicas básicas de la víctima este ataque a la autonomía física la avergüenza y desmoraliza. Irina Ratushinskaya, prisionera política, describe los métodos de sus captores:

Todas esas normas de comportamiento humano que le inculcan a uno desde la cuna son sometidas a una destrucción deliberada y sistemática. ¿Es normal querer estar limpio? Tener sarna y hongos, vivir en la suciedad, respirar el hedor del cubo de heces [...] ¿entonces te arrepentirás de tu mal comportamiento! ¿Las mujeres suelen sentir pudor? Más motivo aún para dejarlas completamente desnudas durante los registros [...] ¿A una persona normal le repelen la rudeza y las mentiras? Te encontrarás con tal cantidad de ambas cosas que tendrás que acudir a tus últimos recursos interiores para recordar que hay [...] otra realidad. Tan solo utilizando al máximo tu fuerza de voluntad podrás conservar tu anterior y normal escala de valores<sup>8</sup>.

En las sectas religiosas los miembros pueden estar sujetos a estrictas regulaciones en su dieta y su forma de vestir, y someterse a exhaustivos interrogatorios si se desvían de estas reglas. De forma parecida, las prisioneras sexuales y domésticas a menudo describen largos períodos en los que se vieron privadas de sueño durante sesiones de celos

---

<sup>8</sup> I. Ratushinskaya, *Grey is Color of Hope*, Vintage, Nueva York, 1989, pág. 260.

interrogatorios, así como tener que pasar por un meticuloso escrutinio de su forma de vestir, aspecto, peso y dieta. Y en el caso de las mujeres prisioneras, tanto en la vida política como en la doméstica, casi siempre se incluyen amenazas sexuales y violaciones. Una mujer maltratada describe su experiencia con la violación marital: «Era un hombre muy brutal. Era muy patriarcal. Pensaba que era mi dueño y el de los niños... que éramos de su propiedad. En las primeras tres semanas de matrimonio me dijo que debía pensar que él era Dios y que sus palabras eran el Evangelio. Si no quería tener sexo, mis deseos no importaban. En una ocasión... no quise hacerlo, así que nos peleamos de verdad. Estaba furioso porque le había rechazado. Yo protestaba y suplicaba y él estaba enfadado porque decía que yo era su mujer y que no tenía derecho a rechazarle. Estábamos en la cama y consiguió imponerse físicamente. Él es más fuerte que yo y simplemente me sujetó y me violó»<sup>9</sup>.

Una vez que el perpetrador ha conseguido establecer un control diario del cuerpo de la víctima se convierte en la fuente no solo del miedo y de la humillación, sino también del alivio. La esperanza de una comida, un baño, una palabra amable o algún tipo de consuelo puede resultarle muy atractiva a una persona que lleva tiempo privada de todo ello. El perpetrador puede debilitar aún más a la víctima ofreciéndole drogas adictivas o alcohol. Conceder caprichosamente pequeñas indulgencias debilita la resistencia psicológica de la víctima con más efectividad que la privación y el miedo. Patricia Hearst, que fue rehén de un grupo terrorista, describe cómo su complacencia era recompensada con pequeñas mejoras de sus condiciones de vida. «Si me mostraba de acuerdo con ellos, me sacaban más y más del armario. En ocasiones me dejaban comer con ellos y, ocasionalmente, me sentaba con los ojos vendados hasta la madrugada mientras tenían una de sus reuniones o grupos de estudio. Me permitían quitarme la venda cuando me encerraban en el armario durante la noche, y eso era una bendición»<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> D. E. H. Russell, *Rape in Marriage*, Macmillan, Nueva York, 1982, pág. 123.

<sup>10</sup> P. C. Hearst y A. Moscow, *Every Secret Thing*, Doubleday, Nueva York, 1982, pág. 85.

Los prisioneros políticos que son conscientes de los métodos de control coercitivo dedican especial atención a conservar su sentido de la autonomía. Una forma de resistencia es negarse a cumplir exigencias sin sentido o a aceptar recompensas. La huelga de hambre es la expresión final de esta resistencia porque el prisionero se somete voluntariamente a una mayor privación de la que le impone su captor. De esta manera reafirma su sentido de la integridad y del autocontrol. El psicólogo Joel Dimsdale describe a una prisionera de un campo de concentración nazi que ayunó durante el Yom Kippur para demostrar que sus captores no la habían derrotado <sup>11</sup>. El prisionero político Natan Sharansky describe el efecto psicológico de la resistencia activa: «En cuanto anuncié mi huelga de hambre me libré del sentimiento de desesperación e indefensión, y de la humillación de verme obligado a tolerar la tiranía de la KGB [...] La amargura y determinación que había ido acumulando durante los nueve meses anteriores cedió ahora ante una especie de extraño alivio; al final me estaba defendiendo a mí mismo y mis palabras de *ellos*» <sup>12</sup>.

El uso de recompensas intermitentes para atar a la víctima a su captor alcanza su forma más elaborada en los maltratos domésticos. Como no hay ninguna barrera física que impida su fuga, la víctima puede intentar huir después de una explosión de violencia. A menudo se la persuade de que regrese, no utilizando más amenazas, sino con disculpas, expresiones de amor, promesas de cambio, así como apelando a su lealtad y compasión. Durante un instante, mientras el maltratador hace todo lo que está en su mano para ganarse a su víctima, se invierte la balanza de poder en la relación. La intensidad de su atención posesiva no cambia, pero su calidad se transforma de manera dramática. Insiste en que su comportamiento dominante sencillamente demuestra su necesidad desesperada y su amor por ella. Puede que él mismo lo crea. Aún más, suplica y afirma que su destino está en las

<sup>11</sup> J. E. Dimsdale, «The Coping Behavior of Nazi Concentration Camp Survivors», en Dimsdale, *Survivor, Victims, Perpetrators*, págs. 163-174.

<sup>12</sup> N. Sharansky, *Fear No Evil*, trad. S. Hoffman, Random House, Nueva York, 1988, pág. 339.