

Infancia, adolescencia y trauma psicosocial en Medellín

Álvaro E. Solano B.

Médico Psiquiatra
Área Promoción y Prevención en Salud,
Empresa Social del Estado, Metrosalud

Resumen

Las consecuencias traumáticas psicosociales y físicas en los niños y adolescentes se derivan de las estructuras: demográfica, física y medioambiental, social, cultural y económica, generadoras de riesgo; y se manifiestan en lo físico, en laceraciones, heridas y traumatismos, y en lo psíquico, en trauma psicosocial. Si a las consecuencias físicas les adicionamos otras condiciones como marginalidad, desplazamiento forzado (interno o externo), la falta de oportunidades educativas y laborales, las cifras sobre maltrato y el impacto psicológico se incrementan notoriamente. El trauma psicosocial, aún ante la evidencia de ninguna lesión orgánica, se considera, según Martín-Baró “la cristalización en los individuos de unas relaciones sociales aberrantes y deshumanizadoras. Su particular carácter dependerá de la naturaleza concreta de las condiciones en que se origina”.¹ En este ensayo, se espera que tales consecuencias sean entendidas sólo como la punta del iceberg y que podamos extendernos hasta las posibles respuestas de niños y adolescentes en las condiciones reales de la ciudad. Se pretende además, que su señalamiento contribuya a que se amplíe el compromiso de todos los sectores involucrados como padres de familia, educadores, líderes comunitarios, salubristas y trabajadores sociales en general.

Palabras clave: trauma, Medellín, maltrato infantil

Abstract

The traumatic psychosocial and physical consequences in children and adolescents are derived from demographic, physical, environmental, social, cultural and economic factors that may produce risks. They can be physically manifested in lacerations, injuries or traumas and psychologically manifested in psychic trauma. If to the physical consequences we add other conditions such as marginality, involuntary displacement (internal or external) and the lack of education or job opportunities, the numbers notoriously increase on child and adolescent abuse and psychological trauma. Psychosocial trauma, even without organic lesion, it is considered, according to Martín-Baró "the crystallization in the individual of aberrant social relationships. Its particular characteristics depend on the nature and conditions that originate them".¹

In this essay, it is expected that such consequences are only understood as the tip of the iceberg and that we can extend to the possible responses of children and adolescents in the real conditions of the City. It is also intended that its identification will contribute to enhance the commitment of all sectors involved, such as parents, educators, community leaders, public health workers, among others.

Key words: trauma, Medellín, child abuse

Concepto de trauma psicosocial e índices en Medellín

Cuando en Psiquiatría y Psicología Social hablamos de trauma nos referimos a aquellos problemas psíquicos originados por el impacto que una determinada experiencia o vivencia tiene en una persona. Ahora, si este daño no es orgánico, o por lo menos, no es sólo orgánico, puede ser simplemente funcional. Es decir, no hay órgano corporal afectado, pero la persona puede empezar a padecer trastornos en su funcionamiento normal, en su ideación, sentimientos, conducta o en capacidades específicas.

En el análisis del concepto trauma, que fue concebido inicial-

mente desde la práctica o el modelo médico, se presentan una serie de características que sesgan, y hasta limitan, nuestra comprensión del fenómeno. Para su análisis se parte de supuestos que, según el análisis crítico de Martín-Baró, son: la brusquedad, la imprevisibilidad y el carácter individual de la experiencia traumatizante. Que se den traumas imprevisibles nadie lo objeta, pero ¿eran imprevisibles? o ¿son así todos los traumas?

El concepto de trauma psicosocial de Martín-Baró surge de su experiencia en la guerra de El Salvador. Sin embargo, esas experiencias son perfectamente extrapolables a las condiciones actuales de nuestra ciudad en

relación con su población infantil, adolescente y hasta adulta. Hay situaciones sociales en las que se están sufriendo permanentemente experiencias traumatizantes perfectamente previsibles y, por desgracia, algunas previstas y hasta planificadas como consecuencia de la acción de grupos de contramarginalidad o contraviolencia, que conducen a lograr, cada vez, más polarización y conducta violenta, potenciando y perpetuando el fenómeno.

Para la ciudad de Medellín, utilizando estadísticas de Metrosalud y otros centros de atención del resto de la ciudad de 1993, se dan indicadores directos e indirectos de la severidad y magnitud del problema. Utilizando las cifras de morbilidad por urgencias y por consulta externa en todas las comunas de la ciudad, encontramos que las laceraciones, heridas y traumatismos de vasos sanguíneos son las primeras causas de morbilidad por consulta de urgencias.

En su distribución por grupos etáreos encontramos que el grupo con más casos consultados es el de 15 a 44 años (intervalo de 30 años), con el 52.7% (18.130 casos). Luego el grupo de 5 a 14 años, con el 24.9% (8.580 casos) y el de 1 a 4 años, con el 12.86% (4.425 casos). Si sumamos los grupos de 1 a 14 años (intervalo de 13 años), encontramos que sólo para este grupo de edad representan el 37.8% de esta morbilidad por urgencias en Metrosalud y el

36.81% para toda la ciudad de Medellín. Es importante aclarar que esta patología representa el 12.2% del total de consultas por urgencias en Metrosalud y el 10.9% de todo Medellín.

Estos datos tienen la importancia dado que son tomados desde el nivel primario de atención, que se dan extendidos en toda la ciudad y son consolidados en cada una de las diez (10) Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS). Si además de los datos sobre algunas causas de consulta, tales como heridas, laceraciones y traumatismos de vasos, asociamos los traumatismos superficiales, contusiones y magulladuras, encontramos que estas últimas ocupan el 8° lugar del total de consultas por urgencias para Metrosalud y el 7° lugar para el total de Medellín (1.17% y 1.02% del total de consultas por urgencias para toda la ciudad). Dentro de esta patología y para el grupo de 1 a 4 años, éstas significan el 13.58% (Metrosalud) y el 12.57% del resto de la ciudad. Para el grupo de 5 a 14 años significan el 24.42% (Metrosalud) y el 22.68% para el resto de la ciudad.

Otro dato interesante para el análisis es el de trauma intracraneal, excepto el asociado a fractura de cráneo, en donde se aprecia que es 0.53% del total de consultas por urgencias para Metrosalud y el 4.68% para todo Medellín en el grupo de 1 a 4 años. En el grupo de 5 a 14 años,

encontramos que representan el 0.38% del total general de consultas por urgencias, mientras que para todo Medellín no aparecen dentro de las doce (12) primeras causas. Para este análisis no se tuvieron en cuenta los datos sobre signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y "otras causas", para intentar asociar la patología observada sólo con los hechos o signos claramente definidos e identificables.

Si analizamos ahora la consulta externa, encontramos que el grupo de 10 a 19 años de edad el primer motivo de demanda de asistencia médica es el control del embarazo normal. En segundo lugar están otras enfermedades de los órganos genitales, el cual representa el 15.04% del total de consultas y se ubica dentro de las diez primeras causas en todas las comunas. La tercera causa de consulta son las infecciones respiratorias agudas, las cuales representan el 14.4% del total de consultas por consulta externa y también se ubican dentro de las diez primeras causas de morbilidad. Estos datos muestran las razones principales por las cuales se consulta y son indicadores directos e indirectos de la situación de morbilidad y psicosocial que, a su vez, nos permitirán hacer señalamientos e inferencias respecto a la situación vivencial del grupo de 1 a 19 años.

Pero si ésta es la situación orgánica, por llamarla de una manera físicamente demostrable,

se podría inferir que las condiciones psicosociales que las generan y evidencian y las causas de trauma anotadas sólo como la punta del iceberg. En palabras del doctor Richard Krugman: "aunque poseemos los recursos tecnológicos para salvar la vida a un prematuro de 700 gramos o poco más, no somos al parecer capaces de alcanzar el nivel técnico necesario para proteger al niño cuando entra en los medios más violentos del mundo".²

Si bien no podemos determinar cuánto de todo lo descrito para estos niños corresponde exclusivamente al ámbito familiar, si podemos inferir la gran proporción de los mismos dentro de ellos, o como generadores de conductas violentas fuera de este entorno. Su magnitud nos pone a pensar en lo descuidados que estamos siendo (la gran forma de maltrato infanto-juvenil) con este grupo poblacional. No basta con dirigir nuestra atención a la situación post-traumática, sino que podemos y debemos de antemano orientar el análisis hacia la situación pre-traumática, e incluso al trauma como consecuencia normal del funcionamiento de un sistema social.¹

Es con todo, según Martín-Baró, "el presupuesto implícito de la individualidad de la experiencia traumática el más engañoso. Se asume que los traumas son individuales, no ya en el sentido en que lo sufran los individuos, sino de que su naturaleza es

individual, es decir, que se puede comprender lo que es el trauma psíquico de manera similar a cómo se puede comprender el trauma orgánico: examinando al individuo afectado, su herida o lesión individual"¹. En la actualidad, y como forma de contrarrestar lo parcial de esta visión, se habla de traumas sociales "para referirse a aquellas experiencias que afectan a toda una población, y no sólo en cuánto individuos, sino precisamente en su carácter social, es decir, como una totalidad, como un sistema; la que queda así traumatizada es la sociedad".¹

Dada la interpretación que se tiene del trauma como individual, casi que sin excluir al médico, y en especial del psíquico, "se hace abstracción respecto a sus realidades sociohistóricas y su insistencia en ubicar los trastornos en la particularidad, orgánica o funcional, según el caso, sin conceder suficiente consideración a la naturaleza social de las personas".¹

Martí y Murcia expresan "que la salud y la enfermedad son dos estados diferentes de adaptación al medio. Según sea el entorno ambiental, así variará el concepto de bienestar físico y mental, que se ve profundamente alterado por los abusivos cambios que el hombre hace en su hábitat concreto de residencia. Estas transformaciones, aún siendo externas son interiorizadas y pueden suponer el origen de un factor psicosocial nocivo que puede alterar hasta las

funciones biológicas". Debemos apoyarnos en la epidemiología y hacer una descripción histórico-epidemiológica-social de las zonas de riesgo, pero también debemos conocer que "si hoy definimos al individuo como uno o más de los que forman su grupo social de actuación, es necesario conocer cómo el grupo afecta al sujeto y de qué manera el trastorno generado se puede volver contra el entorno que lo favoreció, ya que la salud mental depende de las características sociales del medio y su éxito o fracaso puede suponer alteraciones en el intercambio comunicativo".³

Georges Devereux, en su intento de darle explicación cultural a la esquizofrenia, mostró, por lo menos, diferencias significativas en el devenir existencial del individuo como integrante del grupo social de referencia. Así, interpretó que en nuestra cultura y grupo urbano industrializado la puerilidad es mantenida y alargada, obstaculizando la entrada del joven en la vida social productiva, lo cual sería causa de trastorno en los jóvenes y produciría alteraciones en su realidad, en sus relaciones y favorecería el aislamiento.

La OMS hace propuestas en el sentido de efectuar estudios destinados a descubrir indicadores válidos de los procesos socio-culturales, ya que el ambiente social y las precisiones de las tensiones que genera, es el más correcto medio definidor del marco

donde debe actuar la epidemiología.⁴

Martí Tusquets y Murcia Grau, hacen especial énfasis en cómo influyen en la evolución de las enfermedades, en las características patoplásticas y en el desencadenamiento o predisposición del trastorno, los factores culturales y psicosociales de cada grupo social. Lo refieren específicamente a medios urbanos y tecnificados (o con tendencia a ella), exponiendo las "situaciones y vicisitudes" en la vida de los individuos desde la niñez hasta la ancianidad, y anotan: "pues para entender correctamente la evolución de la conducta anormal o inadecuada debemos conocer las tensiones sociales que pueden provocar cambios a nivel individual, familiar o grupal. Ya que conocer es empezar a preveer".³

Anastasi, opina que " la capacidad y constitución psicológica del niño viene dada por la cultura en que se está desarrollando, junto con tradiciones y capacidades personales. El fenómeno de la socialización requiere la internalización de las normas sociales aceptadas por el grupo" y acepta que " el núcleo familiar es la célula base para transmitir el código social, pues el niño aceptará las normas de convivencia ante la disyuntiva de la aprobación o reprobación paterna. En su proceso de adaptación y aceptación debe asumir una serie de características que son condición

indispensable para adquirir su identidad".⁵

Los autores se refieren a la cultura o conjunto de conocimientos, leyes, normas morales, pudiendo afirmar, según Miller, que "la vida mental se halla determinada por la tradición cultural y por la participación en el proceso social". Para estos intercambios se comunicará por medio del lenguaje que es el elemento básico de una buena relación. Y añade: "Este medio es sinónimo de motivación y gracias a él podemos expresar ideas y conceptos abstractos que enriquecerán nuestra unión por encima de la mera vivencia concreta que nos aísla en nuestro medio de relación.

La motivación es imprescindible para desarrollar una correcta comunicación con nuestro exterior ya que se vehiculiza a través del símbolo (pleno de significación social) y favorece el intercambio de vivencias culturales".⁶ Terminan opinando que "el lenguaje favorecerá la cohesión social si los interlocutores son de grupos afines, mientras que las diferencias tenderán a provocar conflictos". El cambio de espacios o migración también es un factor que debe considerarse, ya que la sola movilización los desconecta de su origen cultural y social, en el intento de acoplarse a grupos donde las relaciones son muy diferentes a las de su grupo de partida. Este acoplamiento es más

exigente y más riesgoso a mayor urbanismo.

Las Naciones Unidas han advertido "del peligro que supone transplantar la pobreza rural a las zonas urbanas. Se han producido casos curiosos en las barriadas y suburbios que más que sectores urbanos son remedos culturales y sociales de los puntos geográficos emisores de emigrantes".³ La dificultad de integración al grupo receptor; las malas condiciones de la vivienda; la falta de oportunidades académicas y sociales, en fin, los procesos de "selección social" alteran las vías de relación interpersonal y social, favoreciendo una alienación respecto al hábitat, en donde debe vivir generando respuestas que refuerzan los grupos cerrados y los sentimientos de frustración.

Las sensaciones de fracaso ante las escasas o ninguna expectativas de futuro, favorecen la aparición de trastornos de conducta y la instauración de mecanismos o acciones defensivas. Los mecanismos más corrientes son el abuso del alcohol, consumo de drogas y el inicio o mantenimiento de la delincuencia que los llevará cada vez más a mayor discriminación y marginación. Casi siempre comienzan con actos delictivos menores. Todo este cuadro es un fiel reflejo del concepto de Durkheim referente a la carencia de lazos estructurales o anomia. Es evidente, entonces, la gran influencia que tiene como factor etiológico el aislamiento y la

migración en los grandes núcleos urbanos.

Alonso Fernández describe seis (6) características propias de estos individuos emigrantes (al menos durante el primer año y hasta que logre su "integración" a estos ambientes) que son:

1. Decadencia de la comunicación y de los vínculos de amistad.
2. Aumento de las situaciones de aislamiento social y desarraigo.
3. Debilitación de la estructura familiar en cuanto vivencia social.
4. Autorrepresión de un amplio sector de disponibilidades existenciales.
5. Control y manipulación del individuo en manos de instituciones burocráticas y socio-políticas;.
6. Elaboración de unas relaciones intersubjetivas saturadas en valencias de rivalidades y competición.

Whitaker, opina que "la conducta de un individuo no obedece solamente a la influencia que ejerce sobre él la sociedad (o el grupo al que pertenece), sino que otros subgrupos pueden modificar su estructura social interiorizada". Aquí, las normas sociales interiorizadas del niño son puestas en duda y empiezan a crearse otras nuevas creadas ya desde el nuevo ambiente. Y añade

“Como la línea de actuación perseguida es la integración a la vida adulta, las acciones emprendidas tienden a demostrar su capacidad, aunque en muchas ocasiones se puede caer en lo predelictivo. Podemos generalizar diciendo que si los jóvenes se agrupan es para afrontar la hostilidad que ellos sienten que les ataca desde el exterior, y para organizar un sistema de defensa común”.³ Por lo tanto, se cambian las expectativas de organización y futuro por prioridades más inmediatas como la “defensa” tanto de lo individual como del entorno.

Si a todo esto agregamos, también por razones del mismo origen, según el mismo autor “un hogar bastante conflictivo en donde se da una fuerte desunión, el niño y el adolescente pueden ver acrecentada la inadaptación (hasta cierto punto normal para su época), convirtiéndose las vivencias en acontecimientos disparadores de fugas, abandono escolar y actividades delictivas en grupos (creación de bandas). A mayor adaptación al ambiente callejero, mayor conflicto con las normas sociales imperantes y aprendidas”. Martí Tusquets plantea: “frente a la disyuntiva que se presenta ante un tipo de vida fácil e inmediata y un esfuerzo prolongado a la realización de un fin, la primera posición es la que adquiere mayor aceptación”. Inmediatez en las gratificaciones sin calcular otras posibilidades.³

El status exigido para cada grupo social también es determinante. “Conforme el hombre y los grupos sociales fueron evolucionando, sus necesidades fueron decayendo en las escalas de valores (morales y sociales) para fijar su atención en la lucha por el estatus, favoreciendo la segmentación de los grupos en clases sociales. El hombre conoció la angustia cuando su grupo social pasó de personal a impersonal, a medida que sus relaciones perdidas en la multitud se hacían más impersonales se incrementó la deshumanización. En la sociedad primitiva existía la cooperación; cuánto más se tecnifica el grupo menos cooperación tiene lugar, y aparece la competitividad”³

Ander, dice que “esto comporta una sensación de pérdida de libertad, que se vive como una coacción externa que deviene en conformismo social por culpa de las normas sociales internalizadas, provocando un empobrecimiento de la vida afectiva y de las relaciones interpersonales, tanto más grave cuánto mayor sea el grupo social. Ese vivir en comportamientos sociales estanco favorece la desestructuración de la personalidad del sujeto pues vive en una continua lucha por elevar su estatus y con una conciencia ajena al suyo propio”⁷.

Cuanto más competitivo sea el grupo social, mayor tendencia habrá al fracaso. Aquí, son deter-

minantes las etapas de aprendizaje del niño y el adolescente, respecto a las vivencias de tolerancia a la frustración y a la satisfacción de necesidades, incluidas las básicas. Se dan fenómenos de proyección, culpando a otros de nuestra situación, lo que no implica estar fuera de la realidad, con potenciales agresivos a través de la represión y la regresión. En grupos mejor estructurados socialmente es posible cerrar esta válvula de escape, con lo que se llega también a la represión, que se manifiesta en trastornos psicossomáticos o abuso de alcohol, ya que los trastornos de conducta se dan, ante la utilización de estos mecanismos, en todos los grupos sociales independiente del estatus. En el caso de respuestas regresivas encontramos conductas negativistas, pero son más frecuentes la apatía, el retraimiento o la inacción.

El consumismo genera multiplicidad de patologías como parte de la exigencia del estatus y pueden trabajarse algunos de sus aspectos a nivel preventivo, ya que "conocidas algunas causas podríamos convertir la asistencia no sólo en actuación terapéutica sino también en investigación social".⁸

Como hemos visto, la influencia de factores psicossociales es innegable al momento de disfuncionar o enfermar. Tienen especial relevancia aquellos aspectos de la relación individuo-sociedad (o grupo social) de familia, clase social, empleo, nivel cultu-

ral, pertenencia a un determinado grupo con fines concretos, vivencias y condiciones urbanísticas, la migración o los aspectos personales determinados por la biología.

¿Cómo hablar de trauma psicossocial con estos elementos?

Nuevamente nos apoyaremos en los conceptos de Martín-Baró intentando ajustarlos a nuestra realidad. Según él:

1. Todo trauma tiene un carácter dialéctico, esto significa que no sólo es producido por la sociedad, aunque el afectado principal sea el individuo, sino que la naturaleza del trauma hay que ubicarla en la particular relación social, donde el individuo es sólo una parte.

No puede predecirse sin más que un tipo de situación social vaya a generar mecánicamente un trauma a cualquier persona, o que un determinado tipo de persona nunca sufrirá un trauma. Incluso, es posible esperar que así como, en un momento determinado una situación social puede conducir al deterioro o lesión, otra puede conducir también al crecimiento o la superación de las personas, también como parte de lo dialéctico, reafirmando su carácter histórico.

2. Al hablar de trauma psicossocial se insiste en que el trauma es producido socialmente y, por tanto, que su comprensión y solución no sólo requieren la

atención del individuo, sino a las raíces sociales, es decir, a las estructuras o condiciones traumatogénas.

3. Las relaciones sociales de los individuos no son sólo las causantes de los traumas, sino que su mantenimiento inadecuado es el que alimenta y multiplica los casos de individuos traumatizados.

El trauma psicosocial constituye así, según Martín-Baró "la cristalización en los individuos de unas relaciones sociales aberrantes y deshumanizadoras. El particular carácter del trauma variará según la naturaleza concreta de las relaciones que en él se materialicen". Estas reflexiones nos llevan a concluir que: 1) el trauma psicosocial puede constituirse en una situación casi que normal de un sistema social basado en inadecuadas, aberrantes y deshumanizadoras relaciones sociales y 2) esta "normal anormalidad social" afecta muy particularmente a los niños, que deben construir su identidad y desarrollar su vida en esa red de relaciones.

Pensemos en lo que significa para un niño enfrentar las tareas de la infancia en un entorno urbano en estas circunstancias. ¿Cuáles serían las respuestas de los niños? Fraser considera que la reacción más característica es la de miedo, en otros es la ansiedad. Se reportan dos grandes tipos de experiencias traumatizantes para los niños: 1) la experiencia

de hechos de violencia y destrucción, empapados con frecuencia por la crueldad y el horror y 2) la experiencia de las separaciones físicas y personales.

Si bien la reacción inmediata de los niños frente a los hechos de carácter traumatizante suele ser fuertemente emocional (gritos, llantos, terror), es característico que posteriormente desarrollen un patrón relativamente estable de insensibilidad emocional, es decir, que el excesivo costo emocional de las experiencias vividas los lleve a una desensibilización defensiva que los hace aparecer como fríos, insensibles, y aún carentes de emociones en la vida cotidiana.

La prolongación de las experiencias traumatogénas lleva con frecuencia a los niños a buscar la "fuga psíquica hacia la fantasía", según Lindquist, y, en algunos casos, síndromes francamente esquizoides que permiten a estos niños huir de una realidad que no pueden manejar. Para Fraser y Ressler "los miembros más cercanos de la familia también filtran para los niños el impacto de las experiencias traumáticas".¹ Se supone que el daño o carácter traumatizante depende en gran medida de la reacción que, frente a ellos, tengan los familiares mayores o adultos acompañantes. Si reaccionan con agitación o pánico se potencia la respuesta del niño, o se atenúa su impacto si reaccionan con calma y serenidad.

Sin embargo, Margareta Holmber, en su estudio sobre las familias libanesas, describe que se presentan “demasiadas separaciones” y “demasiadas cercanías”. Allí explica que cuando los niños pueden contar con la presencia de adultos, aún no familiares, es difícil que éstos mantengan el comportamiento equilibrado que los niños necesitan ante la expectativa o evidencia de peligro, y esto obliga a los niños a encerramientos defensivos, aumentando la cercanía y el hacinamiento; o son espectadores de las expresiones de venganza o retaliación. Es decir, las víctimas de hoy son los agresores del mañana perpetuando el fenómeno.

El crecimiento en un contexto como el de la ciudad, hace que el niño aprenda erróneamente que la violencia es la respuesta más importante y adaptativa, casi que “técnicamente indispensable” para resolver los problemas del existir y que su actitud tienda a oscilar entre el empleo de la violencia o la impotencia según la capacidad que atribuya a aquellos con quienes se relaciona. Mentalmente, el desarrollarse en estos contextos nos lleva a aceptar como legítima la violencia y, en ocasiones, a “la militarización de la propia mente”. Según las clases sociales se dan respuestas que van desde “bandas delictuales”; “defensores del barrio”; “milicianismo”, etc., para clases bajas, o a “policía cívica”; “autodefensas”; grupos anónimos

de “limpieza social”, en niveles sociales más altos. No escapan las clases sociales a la “militarización de la mente”. Toda posición extrema, incluidas las marginalidades sociales, genera la otra, acusándose mutuamente o, como diría Regis Debray “todo poder excesivo genera un contrapoder y toda marea engendra un dique”.⁹

Estas circunstancias llevan a los niños a desarrollar diversos tipos de resistencias frente a las experiencias traumáticas. Estas dependen de la edad y la presencia y reacciones de familiares cercanos. La “huída hacia la fantasía es un cuadro con características paranoides, aunque algunos autores piensan que cierto aislamiento es terapéuticamente beneficioso”.¹

Punamäki, opina que “otras formas de resistencia psíquica más positiva son el desarrollo de un mayor control interno y el compromiso político con una causa (para una guerra formal). Además, para que algunas personas saquen lo mejor de sí con comportamientos altruistas hacia los demás o que desarrollen virtudes solidarias, tan poco estimuladas por los valores del sistema imperante en tiempos de paz”.¹

La perpetuación de la violencia entrafia, además de los daños a la población infantil, graves consecuencias para el ordenamiento social de la ciudad y el país. Algunas de ellas son: el mantenimiento de la corrupción

institucional; la creciente destrucción de las fuerzas productivas; pérdida o descrédito de la soberanía local, regional y nacional; la militarización creciente tanto de las instituciones estatales como de la población civil y “la aceptación de la violencia como parte del funcionamiento normal de la vida nacional (Mc Whirter) y la consiguiente interiorización en la mente de los individuos sobre su inevitabilidad y legitimidad”.¹ El reconocimiento de la prolongación de la violencia, con estos conceptos, vuelve cada vez más difícil no sólo su finalización, sino la resolución o atenuación de las causas que la originan y la mantienen.

Continuando con las descripciones de Martín-Baró. Éste señala tres grandes dilemas que debe enfrentar el niño ante “las situaciones de guerra”, que dadas las circunstancias y los motivos ideológicos, son menos graves que la guerra no declarada formalmente en la ciudad. Estos dilemas existenciales o vivenciales que debe enfrentar el niño como tareas en su desarrollo y en estas circunstancias son: acción-huída; identidad-alienación y polarización-desgarramiento. Intentaremos describir estos tres (3) dilemas ante las situaciones propias de la ciudad:

Acción-Huída

Partiendo de la magnitud de los datos de lesiones orgánicas

e infiriendo las psíquicas, comencemos por el niño-víctima que es quien sufre las experiencias de violencia y escasez de posibilidades, enfrentamientos, muerte, lesión o discapacidad de familiares y amigos cercanos; acoso por otros grupos y las manifestaciones ambivalentes: excesivamente protectoras o francamente hostiles, que la única salida puede ser la huída lo más lejos posible de los lugares de confrontación, con la probabilidad de tener que enfrentarse con otros grupos organizados cuando el desplazamiento es interno.

Aduce el autor: “Para él no hay heroísmo posible, (más tarde como adolescente, con todas esas vivencias sí es posible la acción) sólo impotencia y privaciones; la violencia aquí no es muestra de poder sino de destrucción”;¹ lo militar o el milicianismo es visto como amenaza o como posibilidad vindicatoria o retaliatoria, pero en ambas con la posibilidad real de la muerte o la agresión. Este morir con sus fantasías vindicatorias o “corto pero a lo bien”, para utilizar sus términos, pueden ser el significado de la posible y casi que esperada cortedad de su existencia “ante futuros inciertos”. El niño-víctima es la encarnación del desastre humano y social que implica la violencia. Todo esto no puede ser, en la gran mayoría de los casos, psicológicamente constructivo.

Identidad-Alienación

Ante este dilema, el niño y el adolescente tienen que enfrentar los procesos de socialización primaria, en un contexto que Martín-Baró llama de "normal anormalidad". Tiene que construir su identidad en un contexto de violencia generalizada, donde la alternativa es asumir agresivamente una identidad socialmente estigmatizada o aceptar el cierre de opciones y someterse a una identidad impuesta, preñada de elementos deshumanizantes, ya sea desde la vertiente sentida como opresora o más comúnmente desde la vertiente sentida como oprimida.

El equipo chileno de psicoterapeutas integrado al Instituto Latino Americano de Salud Mental y Derechos Humanos hace planteamientos básicos de estas situaciones centradas fundamentalmente en el clima de miedo, cuando no de terror, ante el crecimiento frente a grupos institucionales o "informales" que los hace potencialmente víctimas o amenazas potenciales o, cuando menos, reconocerlos como "simpatizantes" de uno u otro bando, lo cual no minimiza la situación de riesgo. El miedo cierra la posibilidad de desarrollar una personalidad de acuerdo a las opciones sociales y ser personas libremente asumidas por cada cual. Jahoda (1962) describe el proceso gradual de ampliación de los horizontes sociales y geográficos

de los niños. En él se identifican tres fases que parten de un concepto muy rudimentario del suelo natal para remontarse hacia el dominio de conceptos históricos y geográficos.

En estudios posteriores (1966) el mismo autor muestra "como la identidad de grupo precede a la correcta comprensión de las relaciones geográficas" y sugiere que en este proceso hay primacía de lo afectivo sobre lo cognoscitivo. Campbell, en sus estudios sobre "lo que hace que un grupo sea un grupo" y partiendo del estudio de la percepción, lanza la idea de que el determinante más importante del sentimiento de pertenencia a una entidad es el **destino común** y que la similitud y la proximidad tienen un rol menos determinante. Trasponiendo esto al nivel social, da gran peso a la historia común como determinante del sentimiento de pertenencia a una entidad social.

Algunas grandes conclusiones pueden sacarse de su trabajo:

1. La importancia de la semejanza como determinante de la distancia social o de afecto positivo,
2. La dificultad para definir los límites de los grupos,
3. La importancia que debe darse a la historia común, y

4. La ratificación de la independencia relativa de los aspectos afectivos y cognoscitivos, o más exactamente, entre atracción y valoración.

Esto nos lleva a entender el problema de la categorización social, que es un fenómeno que se da en contra de lo que idealmente quisiéramos. Tajfel (1981) habla de "la elaboración de categorizaciones o etiquetas en la cristalización de los prejuicios propios de un grupo"¹⁰ dando origen a la Teoría CIC (Categorización-Identidad-Comparación). Piensa que para poder hablar de un grupo es necesario poseer ciertos criterios de categorización social, o sea, una etiqueta reconocible tanto fuera como dentro del grupo. Dice que una es la **identificación**, entendida como el **grado de inversión emocional en el grupo**. Sin embargo, explica que una auto-representación negativa no excluye la posibilidad de una inversión emocional positiva en el grupo, tanto como la requiera su fase de identificación o de identidad social.

Todos estos trabajos de sociopsicología señalan: 1) la importancia de conocer y estudiar estos procesos, entendiendo la "categorización o el etiquetamiento" como elementos dinámicos de un proceso en aras de su conocimiento y posibilidades de intervención; 2) que se da la coexistencia funcional de identidades distintas; 3) la flexibilidad

relativa que adoptan estas etiquetas según los grados de semejanza percibidos; y 4) la distinción entre lo afectivo y lo cognoscitivo, con primacía evolutiva de lo primero sobre lo segundo. Esta distinción proporciona varias fuentes de adhesión a una nación-estado y permite una vinculación afectiva positiva, independiente de toda comparación cognoscitiva negativa.

Estas teorías nos sirven de base para pensar que en el proceso de desarrollo de la personalidad de nuestros niños y jóvenes en Medellín se da la coexistencia funcional de identidades distintas, que permite una identidad basada en el área o sector geográfico, y con primacía de lo afectivo sobre lo cognoscitivo en la relación con el otro, que es más comprometida que la identidad que se da cuando se trata de la ciudad o la región. O sea, que la representación negativa con respecto al otro no excluye la posibilidad de una inversión emocional positiva en su concepto de ciudad o región. A la inversa, parece más determinante la identidad regional que la relacional.

Es lo mismo que decir que tenemos una relación más positiva con el espacio geográfico que con las personas que habitamos, o que topográficamente nuestros afectos tienen direcciones y cargas emocionales según la teoría de la coexistencia funcional de identidades. ¿Es más importante o determinante el concepto de ciudad que

la relación con el otro? ¿Cómo nace y se da esa disociación que la hace tan disfuncional?

Describen, además, entre otras consecuencias nacidas del mismo orden de pensamiento: una apatía política colectiva, que explican como deseable pero socialmente estigmatizada, que ocasiona una inautenticidad frente a sí, restándoles compromisos participativos. Pero de asumir una identidad participativa, ésta puede ser culposa frente a la familia, a quienes hace sufrir con su participación, o se va hacia una "autenticidad clandestina".

En casos de guerra formales o por razones de Estado, según Punamäki, y estudiando niños palestinos, se ha encontrado que la claridad ideológica y el compromiso político eran de gran ayuda para que el niño enfrentara positivamente las circunstancias traumatógenas en que tiene que vivir y desarrollarse. El dilema, entonces, no es entre las alternativas de autenticidad deseable y alienación indeseable, ya que la identidad en contra del sistema social acarrea costos objetivos y subjetivos, lo cual no es ideal, sino que la alternativa existencial en estas circunstancias genera una dinámica que tiende a producir daños, trastornos psíquicos, es decir, traumas psicosociales.

Polarización-Desgarramiento

Las opciones polarizadas se vuelven una exigencia excesi-

va, sometiendo el desarrollo a los vaivenes extremistas de las confrontaciones. El niño tiene que desarrollarse en este clima, con el peligro de estructuraciones dicotómicas, poco propicias para la resolución creativa de conflictos y que fácilmente lo orientan hacia comportamientos violentos. La capacidad de manejar estos dilemas no dejan de ser un ambiente y tránsito desfavorables psicológicamente para un desarrollo "saludable" de la personalidad y para el funcionamiento psicosocial cotidiano.

Conclusiones

Se puede afirmar que nuestros niños y jóvenes están en una situación de "normal anormalidad", que al tener que enfrentarla cotidianamente se corre el riesgo de generar un trauma psicosocial. Sobre este último, el autor aduce: "Este se origina no por enfrentar dilemas cuyos términos y extremos son siempre insatisfactorios, o que construya una identidad agresiva-estigmatizada o agresiva-enajenada u opte por uno u otro extremo, sino que en todos los casos enfrenta la posibilidad de un daño o trauma psíquico con repercusiones también físicas y/o sociales. No basta entonces con atender las situaciones post-traumáticas y el trauma, sino las pre-traumáticas y esto es particularmente urgente para con los niños y adolescentes. El problema no está, según algunos investigadores, en el individuo

sino en las situaciones traumatógenas".¹

El doctor Richard Krugman, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado escribe: "todo este cuadro de niños maltratados, abandonados y descuidados en mayor o menor grado no sería tan patético ni tan desesperante sino supiéramos que, en realidad, hoy es posible evitar que se trate mal a los niños y adolescentes. En los últimos 20 años se ha visto que enviando enfermeras diplomadas o asistentes sociales a visitar las casas donde existe algún riesgo de que se use la violencia contra los niños se pueden impedir los malos tratos".¹¹

En Estados Unidos, el Consejo Asesor sobre Niños Maltratados y Abandonados señaló en 1991 que, "sin ser la panacea, la visita a domicilio era la medida mas eficaz que una colectividad podía adoptar para poner coto a abandonos y malos tratos". Si prestamos más atención a la magnitud, severidad, perpetuación y consecuencias futuras del problema, podremos lograr progresos apreciables en materia de prevención. Y añaden: "Los malos tratos y el abandono (así como la falta de acciones pertinentes) no sólo dañan y desequilibran afectivamente a los niños y adolescentes que los sufren sino también a los adultos. También es cierto que ningún análisis socioeconómico de las causas de

morbilidad puede reemplazar el derecho de toda familia a una información científica práctica (empírico-racional) y concertada con ellos que sea aplicable a costos asequibles".¹¹

Además, ante acosos de todo tipo a la estructura y dinámica familiar, un agente capacitado y supervisado puede ayudar a encontrar los recursos y soluciones apropiadas redescubriendo resultantes para la salud, el bienestar o el desarrollo. Otra posible sugerencia es de la doctora Han Suyin, quien en su libro "Los ojos del Mañana" escribe que "una adecuada familia extensa puede resolver radicalmente todos los problemas de desigualdad de talentos y de fortuna, que despiertan un sentimiento tan devastador como es el egoísmo humano. La función de la familia consiste en allanar esas desigualdades". Todos estos conceptos esperan lograr la motivación suficiente que se traduzca en acciones políticas y operativas para el futuro de niños y jóvenes de Medellín.

Referencias

- Martín-Baró I. Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño. *Psicología social latinoamericana: una visión crítica y plural*. Anthropos 1994;(160):39.
- Krugman R. Niños maltratados y abandonados. *Salud Mundial* 1993; 16(1):22.

3. Martí-Tusquets JL, Murcia MJ. Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. *Anthropos* 1988:134.
4. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales. Ginebra: 1960. (Informe Técnico 185) Citado por Martí-Tusquets JL, Murcia MJ. Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. *Anthropos* 1988:107.
5. Anastasi A. *Differential psychology*. México: Aguilar, 1970.
6. Miller G. *Psicología de la comunicación*. Madrid: Paidós, 1969.
7. Ander E. Formas de alienación en la sociedad burguesa. Citado por Martí-Tusquets JL, Murcia MJ. Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. *Anthropos* 1988:118.
8. Quesada E. Salud y desarrollo económico. Citado por Martí-Tusquets JL, Murcia MJ. Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. *Anthropos* 1988:120.
9. Debray R. *Lecturas Dominicales. El Tiempo*.
10. Tajfel. Citado por Salazar, JM. Sobre la viabilidad psicológica del latinoamericanismo. *Anthropos* 1994; (156): 56.
11. Krugman R. Niños maltratados y abandonados. *Salud Mundial* 1993; 46(1): 23.