

# **REFLEXIONES SOBRE TRASTORNOS DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO. "Desde la práctica clínica y la historia". (1)**

**Dra. Paz Rojas Baeza**  
**Neuropsiquiatra**  
**Presidenta de la Corporación**  
**CODEPU**

## **1. Antecedentes**

Haré algunas reflexiones sobre el así denominado: Trastorno de Estrés Post-traumático en el I.C D 10 (versión castellana) y Estado de Estrés Post traumático en la traducción Francesa , la cual señala entre paréntesis la palabra trouble. Por otra parte este trastorno, se encuentra en la sección de: "Reacciones a Estrés graves y Trastornos de Adaptación “en la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

Trastorno, que como sabemos, reemplaza en nosología el término Neurosis Reacción que apunta a la noción de trastornos Reaccionales de Jaspers y Estado, que habla de un cuadro clínico ya constituido. Esta semántica ya es causa de una reflexión. Sin embargo, a pesar de esta importante discusión nuestro interés es hacer un paralelo, entre lo que ha sido la practica de atención a las personas y familias que fueron afectadas por los crímenes de la dictadura militar chilena, hace ya 30 años, relacionándola a los conceptos que existían previamente sobre este tema, así como la evolución que ellos han tenido. Todo ello unido a conceptos contemporáneos de Derechos Humanos, específicamente a los así denominados: Crímenes contra la Humanidad o de Lesa Humanidad en lengua castellana.

Es de suma importancia señalar, desde un comienzo, que la práctica de atención se ha ido realizando previa o contemporáneamente con los actuales conceptos médicos sobre este trauma humano así con como con las recientes

---

<sup>1</sup> Para l elaboración de la parte histórica he usado como textos principales dos obras: “La memoria” de la Dra. María Eugenia Serrano. “Consequences medico-psychologique de la torture” publicada en Francia y el libro de Claude Barrois “Les neuroses raumatiques “ en la edición Bordaz, Paris, 1988. Las citas textuales están puestas entre comillas. He realizado también una lectura sistemática de los libros de Freud. En los cuales he buscado principalmente sus referencias al origen exterior de los trastornos y a la agresión humana.

definiciones de violación de los Derechos Humanos, como es por ejemplo la promulgación de la Convención Contra la Tortura de las Naciones Unidas, el año 1984, es decir 11 años después que nosotros intentábamos dar una respuesta a ella; con la Declaración sobre la Detención Forzada de Personas y el comienzo por parte de un relator especial sobre el tema de la impunidad.

Al inicio en el encuentro brutal entre las personas torturadas o familiares de detenidos desaparecidos, ejecutados políticos y perseguidos, en nosotros hasta ese entonces médicos, lo que predominó fue el desconocimiento, el estupor y por sobre todo el asombro. No habíamos aprendido e ignorábamos todo acerca de esta patología. No contábamos con pautas diagnósticas ni menos terapéuticas y la bibliografía sobre este tema, especialmente en América Latina, era escasa. Lo único evidente era la etiología: una agresión humana, lúcida, consciente, planificada para destruir, demoler a otro ser humano. Frente al cuerpo de la persona torturada se nos hizo nítida la presencia-ausencia del torturador. Esta patología constituía una díada humana indisoluble e implicaba tanto el estudio de la víctima como del sistema del cual el victimario formaba parte.

Otro elemento significativo fue que frente a ella no había una respuesta única, estereotipada, sino que frente a la agresión cada persona había respondido de modo diferente de acuerdo a su historia, a su biografía, a su particular modo de ser. No había un esquema, un síntoma, un síndrome específico. Pudimos constatar a nivel individual, familiar, incluso social, toda la sintomatología descrita clásicamente por la medicina y la psiquiatría, advirtiendo que los síntomas y los síndromes que las personas presentaban no se diferenciaban esencialmente de los clásicamente descritos. Lo que daba la especificidad a estos síntomas eran los innumerables psicodinamismos patológicos desencadenados por la agresión.

Hemos reiterado que con esta práctica, la mirada médica acostumbrada a dirigirse al cuerpo, a la interioridad del hombre enfermo, debió dirigirse a la exterioridad, al poder, a la sociedad y especialmente a la totalidad que constituye la unidad del ser humano frente al mundo. Se nos hizo evidente que ante este trauma humano, la psicopatología que tiene por objeto de estudio el sistema más complejo de todos: “el estudio de las enfermedades del alma, de la libertad y de las relaciones intersubjetiva”, se encontraba aquí cuestionada.

En nuestro primer libro “Tortura y Resistencia en Chile”, publicado en Francia en 1978, las reflexiones se basaron en el estudio de los primeros 300 prisioneros políticos atendidos por nosotros desde noviembre de 1973 inmediatamente después del golpe de estado, hasta 1978. En este trabajo recurrimos al concepto de reacción exógena no específica de Boenhoeffer que nos ayudó a comprender el cuadro clínico agudo desencadenado por la tortura. . El había dicho “son aquellas reacciones que aparecen frente a toda situación traumática aguda, significando un peligro vital para el individuo, ella incluye: trastornos de conciencia que pueden ir hasta el coma, o bien modificaciones como estados crepusculares o estados de hiperconciencia con autoscopia. En esta reacción exógena aguda se encuentran trastornos mnésicos, acompañados de dificultades de evocación y de fijación, trastornos perceptivos, sea en el sentido de una disminución o una hiperpercepción, estas alteraciones se acompañan de labilidad emocional, hiperexcitación psicomotriz o apatía”.

Esta magnífica descripción que señala todos los trastornos agudos que nosotros comprobamos en las personas torturadas no mencionaba sin embargo, los trastornos del lenguaje, de la afectividad, ni del curso normal del pensamiento, áreas que se encontraban profundamente alteradas en algunas personas, alteraciones que serán más tarde las que sustentan los trastornos de carácter crónico.

### **La idea del agente externo como generador de conflictos, de trastornos, de patología.**

En la nosología médica a fines del siglo XIX, varios autores europeos, comienzan a señalar la posibilidad de que un agente exterior provoque a través del miedo, de lo súbito, una sintomatología clínica. “De este modo, antes que el psicoanálisis usara el término de neurosis traumática, en 1884, Oppenheim lo utilizó para describir estados neuróticos consecutivos al miedo, experimentado en accidentes ferroviarios, en ausencia de toda lesión orgánica”.

Sin embargo, para los autores de esa época, así como para Charcot, estos traumatismos del medio, no podían dar signos patognómicos, sino que los trastornos que ellos provocaban eran variedades clínicas de la neurastenia o histeria. “A pesar de esta controversia, la neurosis traumática formó parte de la clasificación nosográfica del Tratado de Medicina Mental de los

alienados en 1892”. Lo fundamental es que se aceptó el origen puramente psíquico de ellas.

Más tarde, luego de las numerosas guerras habidas a fines del siglo XIX, especialmente, en la guerra ruso-japonesa de 1905, los médicos que habían atendido combatientes, en el Congreso de Medicina Interna de Alemania, introducen el término de neurosis de guerra.

Kraepelin en la sexta edición de su obra en 1899, consagra ocho páginas a la schreckneurosen (neurosis de miedo o de pánico). El la une a la neurosis traumática de Oppenheim y la aproxima a la histeria de Charcot. Insiste sobre signos de incapacidad y depresión y le da un gran espacio a la reminiscencias repetitivas bajo forma de representaciones torturantes, señalando que los pacientes presentan dificultades relacionales y una reducción de su campo de interés. Destaca los trastornos del sueño y señala la presencia de una patología somática. Insiste mucho sobre las lentitudes jurídicas y administrativas, lo que tiene efectos patógenos.

Finalmente consagra la neurosis traumática como un trastorno sin daño orgánico y reafirma su idea contra Charcot, de que ellas no son asimilables a las histerias traumáticas.

Es en esta época, en que nace la psicopatología contemporánea, ella se fundamenta en la controversia entre Charcot y Bernheim. “Con Freud atento y ansioso de los avances en este campo, apreciando la oposición de P. Janet, quien daba a diferencia de Charcot una especificidad sindromática a las neurosis traumáticas”.

### **Aportes desde el Psicoanálisis**

Sin entrar en las profundidades del psicoanálisis, especialidad que no poseemos en su práctica, pero sí en su historia y evolución conceptual, nos parece de interés señalar algunos de los hitos del pensamiento freudiano atinentes al tema que tratamos.

Sin duda, fue el concepto de traumatismo ligado al de histeria el que llevó a Freud a una primera concepción energética del funcionamiento psíquico. El concepto de neurosis traumática o neurosis de miedo lo induce a recurrir a la idea del inconsciente, dando origen a la noción de funcionamiento dinámico del cerebro. Pero durante muchos años Freud, al igual que Charcot

liga la neurosis traumática a la histeria y es sólo en 1918 que él se une a la concepción Kraepeliana. Es en base a la neurosis traumática que él va a construir su modelo de las neurosis. Sin embargo, en esos años aún afirma: “todo traumatismo es sexual”.

La primera guerra mundial espanta al mundo, incluido el mundo de Freud. “Durante este período la preocupación por su hijo que está en el frente, la destrucción de la sociedad, del imperio austro-húngaro, la muerte de su hija, lo llevan a afirmar en 1915 en su artículo “Consideraciones de la actualidad sobre la Guerra y el mundo”: “las guerras no podrán terminar en tanto que la valoración de la vida difiera tanto entre unos y otros, y en tanto los odios que los separen representen fuerzas instintivas, anímicas, tan poderosas”<sup>(2)</sup>. En ese mismo artículo señala su alarma ante la violencia y escribe: “dos cosas han despertado nuestro asombro decepcionante en esta guerra: la escasa moralidad exterior del estado y la brutalidad en la conducta de los individuos”.

Más tarde se pregunta a sí mismo ¿los instintos primitivos persisten? Y responde : “En verdad no hay un exterminio del mal, ellos sólo han sido amagados en el curso de la evolución por la educación”. Y agrega “el psicoanálisis demuestra que los impulsos persisten como el egoísmo y la crueldad” y termina diciendo “si los hombres se decidieran a vivir con la verdad psicológica se darán cuenta, que lo anímico primitivo es absolutamente imperecedero”, concepto que reitera hasta los últimos años de su vida.

Por otra parte en su obra “El malestar en la cultura” escrita en 1930, sentencia: “en la vida psíquica, nada de lo que fue formado puede desaparecer jamás; todo se conserva de alguna manera y puede volver a surgir en circunstancias favorables o desfavorables”. Sentencia que hemos utilizado en nuestras reflexiones sobre impunidad y olvido. Años más tarde plantea “que la maldad es inherente al hombre”.

Estas y muchas otras observaciones de la realidad, lo hacen progresivamente dirigir su mirada desde la interioridad del complejo de Edipo al afuera y de este modo, especialmente en sus obras Tótem y Tabú, 1912 – 1913 “Psicología Colectiva y análisis del yo” afirmar: “lo que importa es que en el sujeto existe una relación intersubjetiva en función del

---

<sup>2</sup> . Histoire de la psychopathologie HervéBeauchesne. Presses Universitaires deFrance.

otro”, con esta perspectiva mas relacional y social, Freud progresivamente modifica la representación del aparato psíquico.

En 1920, en su libro “Más allá del principio del placer”, plantea la existencia de una pulsión de muerte opuesta a la pulsión de vida, si bien es cierto que estas ideas estaban esbozadas en la “Introducción al Narcisismo” de 1914, ellas se reafirman luego de haber vivido la experiencia de la primera guerra mundial. En esa época se pregunta ¿de dónde nace la fuerza de la represión, la compulsión a la repetición que se opone a la cura? Y en su libro “Resumen de Psicoanálisis” de 1938, escrito antes de su muerte señala “el fin de Tanatos es romper todas las relaciones, luego destruir todas las cosas. De cualquier modo el hombre aparece partido, dividido entre dos exigencias contradictorias: Eros dirigido a la unión, a la fusión, a la comunidad y Tanatos aportando la violencia, la agresividad, la muerte”.

En 1926, en “Inhibición, Síntoma y angustia” ya se había visualizado que el centro de su teoría pasa del análisis de las fuerzas instintivas del yo al análisis de las represiones y de la realidad exterior.

En su libro “Malestar en la cultura” había advertido “los peligros y sufrimientos nos amenazan por tres lados: 1) desde el propio cuerpo, los instintos; 2) de las relaciones con otros seres humanos, la conciencia moral y 3) desde la realidad exterior, capaz de enraizarse en nosotros con fuerzas destructoras, omnipotentes e implacables.

Freud desde 1920 no negó más la existencia de las neurosis traumáticas en las cuales según él “el principio de la realidad estaba profundamente alterado”, de este modo su hipótesis de la existencia de un yo guerrero que despertaba ante el nuevo trauma de los combates fue progresivamente aplacándose, y a pesar de su diferencia con Ferenzy, médico psicoanalista húngaro (1873-1933), quién en el Congreso de 1918 en Budapest había insistido sobre la importancia del traumatismo real como causa principal en la etiopatogenia de los trastornos psíquicos llega finalmente a decir: “es exagerado hablar en las neurosis traumáticas de una disposición infantil (fantasma) como causa esencial de los trastornos, bien que esta disposición contribuya a determinar el contenido y forma de psicosis”.

Finalmente en su artículo: “El aparato psíquico y el mundo exterior” del libro “Esquemas de Psicoanálisis” escribe: “ el yo afanoso de subsistir en un medio lleno de fuerzas abrumadoras, es amenazado por peligros que vienen

principalmente de la realidad exterior, pero no es sólo de allí, el ello es una fuente de peligro, así todos los instintos excesivamente fuertes pueden perjudicar al yo, de manera análoga a los estímulos **exorbitantes del mundo exterior**".

Quisiera por último señalar, sin entrar en mayores detalles, el reconocimiento que hace Freud sobre el sueño de estos trastornos. En ellos, el sueño no cumple más su función reparadora, sino por el contrario. Las pesadillas de estos pacientes son destructoras, declarando "la función del sueño ha fracasado en las neurosis traumáticas" y califica a esta patología como **casos extremos**.

#### **4. Los sistemas nosotáxicos actuales**

Es interesante señalar que después de la primera guerra mundial son muy pocos los textos de psiquiatría que se refieren a las neurosis traumáticas y en este aspecto, sólo se profundiza sobre el concepto de neurosis de guerra, en cambio después de la segunda guerra mundial la neurosis traumática fue reconocida en el Congreso de Neurólogos y Alienistas franceses en 1954.

Por otra parte, en el primer manual "Diagnóstico y Estadísticos de los trastornos mentales" publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952 se habla de estrés mayor, para referirse a los trastornos evocados en la neurosis traumática y tampoco utiliza el nombre de trastornos por Estrés Post Traumático (PTSD). Define al Estrés Mayor "como una situación en la cual el individuo ha estado confrontado a severas pruebas psíquicas o a un estrés emocional extremo y comprendidas las situaciones de combate. En esta primera mención se aprecia ya la confusión entre agente estresante y estrés como consecuencia.

Esta entidad descrita en el manual de 1952 desaparece en DCM 2 de 1968 para reaparecer en 1980 en el DCM 3 bajo el nombre de Trastorno de Estrés Post Traumático. Es posible que la supresión del término neurosis haya desaparecido de los textos de la psiquiatría americana porque él desde Freud como lo acabamos de ver permanece ligado a interpretaciones exclusivamente psicodinámicas y psicoanalíticas y en este manual se prescindió de este término para rehuir su connotación etiológica centrando así la cuestión en los aspectos puramente clínicos y descriptivos.

Es interesante señalar que en los dos sistemas nosotáxicos existentes actualmente, el americano y el de la Organización Mundial de la Salud (IC10) se dice “se trata de un trastorno que surge como una respuesta a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazantes o catastróficas...por ejemplo catástrofes naturales como terremotos, aluviones, etc. o producidas por el hombre: combates, accidentes graves.....o el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen.

Es de suma importancia que ambos tratados circunscriban los trastornos descritos a una etiología exterior, sin embargo, señalamos de ante mano que los psicodinamismos patológicos desarrollados en las causas naturales o en los producidos por el hombre son para nosotros radicalmente diferentes. Lo que le da la especificidad a la patología que nosotros tratamos es, la existencia de un crimen, en este caso, crímenes de lesa humanidad, en el cual se conjugan indisolublemente la víctima y el victimario, el torturado con el torturador. Lo que da la especificidad a estos trastornos es su etiología.

Estamos de acuerdo en suprimir el término neurosis pues los trastornos que hemos encontrado sobrepasan ampliamente este campo. Ellos no tienen como su centros principalmente la ansiedad, como es, en el caso de los neuróticos, sino que ellos tienen su origen en e drama, en el dolor, en el sufrimiento, en la incomprensible destrucción del sí mismo y especialmente de la imagen del otro, y del vínculo de violencia y agresión que se establece entre torturado y torturador. Lo alterado por tanto, es la subjetividad , la intersubjetividad y muy especialmente la ruptura con el afuera, la realidad.

Por otro lado, este trastorno, este estado, esta reacción, es provocado de acuerdo a su nombre por un trauma. “La palabra trauma proviene del griego y significa herida, ruptura”. Ella fue tomada por la medicina de la cirugía, de la patología quirúrgica. ¿Qué ha provocado este trauma?. En los casos vistos por nosotros el terror, la emoción violenta, la desestructuración que ha desencadenado un traumatismo psíquico. En ese sentido es importante señalar otro concepto fundamental que encontramos al inicio de nuestra práctica, descrito por Bettelheim prisionero en los campos de concentración nazi, quien describió la situación límite, situación que “que tiene un carácter inevitable e incomprensible, una duración incierta, un peligro permanente y la impotencia total de la persona frente a ella”.



Pero si el DCM 3 así como el ICD 10 fueron los primeros “en señalar la autonomía de estos trastornos, identificándolos de manera precisa, ambos contribuyen a hacer perdurar la ambigüedad” (Barrois). En el plano terminológico los adjetivos traumáticos o post traumáticos están unidos a los sustantivos de trastorno, estado, reacciones, definidos aquí como un estrés, donde el prefijo post evoca que él ha sido provocado por una herida, el trauma.

Ahora bien, todo este nombre nos conduce a una condición patogénica, pues el trauma, ha creado un estrés. “La psiquiatría anglo americana ha creído encontrar en la noción de estrés un modelo para explicar el trauma psíquico Han recurrido al campo de la fisiología de la neurobiología, para integrar lo desconocido en el discurso científico” (Barrois).....

## **5. Una nueva psicopatología**

Al enfrentar las consecuencias que los crímenes de lesa humanidad habían producido en las personas, en las familias y en la sociedad percibimos que es necesario desde la multiplicidad construir una nueva psicopatología. Sobre todo si ella es, como ha sido definida, clásicamente “el estudio de las dolencias del alma”, definición que interpela, tanto el campo de la medicina por el concepto de enfermedad, como el de la filosofía y la existencia por el concepto de alma.

El objeto de la psicopatología se elabora desde la observación psiquiátrica, para luego ir a la teoría del conocimiento del trastorno observado. Ella es la fundamentación científica de los trastornos mentales.

La psicopatología separa una unidad cual es el ser humano total, va descomponiendo a ese ser humano en funciones psíquicas que han sido alteradas: percepción, memoria, conciencia, a fin de analizar como se han trastornado cada una de ellas, y como a su vez, esta alteración compromete la totalidad del ser humano. En nuestro caso el hecho psíquico alterado compromete a un amplio campo de variables: biológicas, psicológicas, sociales, jurídicas, éticas. Y si en este campos más que en ningún otro, la dificultad para aprender su objeto se realiza a través de dos vías principales de conocimiento, la observación y la introspección. Ellas están sujetas en nuestros pacientes a múltiples variables de orden individual, familiar y social. Además por el origen mismo del crimen hay que profundizar el conocimiento de los actos significados de la agresión en el contenido de

ellas, y en el significado del agresor, el responsable, el torturador. Además en nuestro campo, la otra complicación de la psiquiatría, cual es que el individuo que observa y busca, es a su vez sujeto y objeto, que interviene en la comprensión del hecho psicopatológico adquiere en este terreno, una dimensión ideológica y filosófica ineludible.

Para acercarnos a la psicopatología de estos trastornos nos parece fundamental, la sistematización que en 1938 hace Fenichel de las neurosis traumáticas, tanto nivel de su sintomatología como de su etiopatología. En su libro “Teoría Psicoanalítica de las neurosis” describe un cuadro caracterizado por: **bloqueos de las funciones del yo, crisis emotivas, trastornos del sueño** y por último **los síntomas de repetición**.

De acuerdo a nuestra práctica, sin lugar a duda, es el bloqueo de las funciones del yo, lo que caracteriza tanto la respuesta aguda a la situación límite vivida, como al trauma psíquico producido por el encuentro “dramático entre una agresión externa de violencia externa y la interioridad de una persona, como los trastornos que se van a producir en los meses y años que siguen a la experiencia traumática”.

En el análisis de los dinamismos alterados de las personas atendida se entrelazan nuevamente el concepto fundamental de los derechos humanos, cual es el respeto de la dignidad humana, con las consecuencias de los crímenes contra la humanidad. El sino de cada uno de ellos es la destrucción de la esencia misma que constituye a cada individuo en persona. Si bien el concepto de dignidad humana tiene varias lecturas, ella constituye para nosotros, el núcleo de nuestra psicopatología. El estudio de las enfermedades del alma equivale a decir, en la realidad que hemos enfrentado, el estudio del hombre en su totalidad y complejidad, en relación con la alteración y distorsión de la exterioridad.

Esta experiencia se basa en el estudio de lo único, más de cada uno, en la expresión y en las consecuencias sufridas en sus funciones mentales que le su esencia y su propia individualidad. Cada persona sufrió, se comportó y vivenció esta experiencia de acuerdo a su propia interioridad. El trauma del crimen ha trastocado la realidad, ella se ha transformado en un drama, en lo impensable, en el horror, en lo nunca antes experimentado, ni siquiera tal vez elaborado en el campo de la imaginación.

La inteligencia, el pensamiento, la conciencia, la afectividad son en cada persona, interdependientes y cada una con el soporte de la memoria y del lenguaje supone y comporta a las demás. Todas ellas se ha formado en el proceso del experimentar, conocer y saber en el curso del proceso social-cultural. En el trauma psíquico producido por el crimen todas estas funciones están profundamente alteradas.

El trauma psíquico ha representado la extrema crueldad que sobre la víctima, su familia, sus hijos ejercen otros seres humanos. Esta experiencia deja sin palabras para comunicar lo vivido. No existe lenguaje, lo que predomina es el estupor o el silencio. Es en estos crímenes de lesa humanidad donde se concretiza “la extrañeza infinita de la condición humana” (Virginia Woolf).

Aquí el lenguaje tiene una múltiple dificultad: en la comprensión por la persona de lo incomprensible, en la explicación de lo sucedido, en la dificultad de comunicar algo que no se logra verbalizar, que no se puede expresar, ni mucho menos elaborar en términos psicopatológicos. Lo que predomina es el silencio.

Pero si no hay palabras por parte de la víctima para relatar el drama vivido, tampoco el terapeuta tiene palabras para expresar, comprender, conceptualizar y describir lo que ellas han experimentado. No hay tampoco un código que denomine la conducta del victimario: destrucción, torturas brutales, muertes, asesinatos, desaparecidos, entierros clandestinos, violación, perversión e impunidad. En suma, disolución, escisión en el curso de la comprensión del por qué, del cómo y del quién.

En el proceso terapéutico iniciado hace 30 años atrás percibimos que frente al silencio de la víctima, nosotros, frente a la violencia interhumana, a pesar de su existencia ancestral, tampoco teníamos palabras, códigos o categorías que la nombraran, que describiera sus síntomas, sus consecuencias en la totalidad de la persona.

Como lo inconcebible es indescriptible, cuando está ligado al horror, el lenguaje resulta débil, insuficiente, no existen palabras para expresar lo vivido, para nombrar el dolor, los sufrimientos, las penas, las rabias, la impotencia, las culpas. La mayoría de las personas y las familias que hemos atendido, en alguna medida han perdido lo propio de lo humano: la comunicabilidad.

Con el crimen y la impunidad, el afuera permanece profundamente alterado, la prueba de la realidad no existe en el sistema del conocimiento. De este modo, el campo de la percepción está cargado de agresión y de terror. La muerte es una realidad cierta, todos los estímulos tienen una connotación destructiva.

La psicopatología clásica, ha descrito los trastornos de la percepción: ilusiones, alucinaciones, alucinosis, como trastornos provocados en el funcionamiento mismo del cerebro. Las personas que han vivido la violencia-agresión de la detención, tortura, muerte o desaparecimiento, las escenas vividas, los comportamientos de los torturadores han sido descritos como “irreales”, “alucinantes”, “como vivir un delirio”. Estos casos es en el afuera donde se produce el caos brutal, la desestructuración, la anormalidad de la percepción.

De este modo, la percepción registro de lo que acontece en el exterior está disociada y es incomprensible, desde el inicio y en todo el proceso del trauma, transformado en continuo a casa de la impunidad. Toda la información que viene del exterior es tan pronto verídica, pero incomprensible, comprensible pero irreal, no hay registros cognitivos previos. En la mayoría de las personas que hemos atendido, la representación psíquica de lo experimentado está pervertida, fragmentada, a menudo irreal en su inexorable realidad.

Por su parte, la memoria, presenta trastornos muy particulares. En la mayoría de las personas hemos comprobado que los mecanismos de retención de la memoria parecen haber predominado sobre el olvido, posiblemente por la enorme carga afectiva con que se vivió el trauma psíquico. En algunos pacientes este fenómeno alcanzó tal extremo que lo describimos como una hipermnésis encapsulada, comprobando que junto a ella, la memoria posterior para muchos hechos, se había deteriorado.

La conciencia pierde sus índices de referencia y hemos comprobado que en la etapa aguda, todas las personas presentaron trastornos cuantitativos y cualitativos de ella, que iban desde una disminución extrema, como estados estuporosos a una hiperconciencia o desde una falsa interpretación de la realidad hasta el delirio. Siempre hubo en un determinado momento, sobretudo al inicio, una disociación de ella.

Con el trauma vivido y la impunidad la afectividad que confiere siempre una sensación subjetiva a cada vivencia ha quedado fijada en el polo negativo de las emociones: el dolor, la tristeza, lo desagradable, la repulsión, la fobia, lo perverso, penetran en los pliegues de la interioridad y aparecen inconteniblemente ante situaciones que reviven el trauma.