

## El cuerpo en la intersubjetividad del trauma

*Laura Millas, kinesióloga  
Margarita Mondaca, terapeuta ocupacional  
CINTRAS  
Chile*

*Tanto dolor se agrupa en mi costado,  
que por doler me duele hasta el aliento.  
Un manotazo duro, un golpe helado,  
un hachazo invisible y homicida,  
un empujón brutal te ha derribado.  
No hay extensión más grande que mi herida,  
lloro mi desventura y sus conjuntos  
y siento más tu muerte que mi vida.  
Ando sobre rastrojos de difuntos,  
y sin calor de nadie y sin consuelo  
voy de mi corazón a mis asuntos.  
Quiero escarbar la tierra con los dientes,  
quiero apartar la tierra parte a parte  
a dentelladas secas y calientes.  
Quiero minar la tierra hasta encontrarte  
y besarte la noble calavera  
y desamordazarte y regresarte.  
Alegrarás la sombra de mis cejas,  
y tu sangre se irán a cada lado  
disputando tu novia y las abejas.*

*Miguel Hernández*

La experiencia de trabajo kinesiterápico en CINTRAS se ha caracterizado por una demanda asistencial creciente, íntimamente relacionada con los acontecimientos que conforman nuestra realidad nacional en el área de los derechos humanos. Después de 28 años de transcurrido el golpe militar, el Estado no ha sido capaz de resolver a plenitud las necesidades reparativas generadas por los graves atropellos producidos durante la dictadura de Pinochet. El trabajo activo de las distintas agrupaciones de familiares de víctimas ha logrado mantener el tema vigente y los discretos avances producidos en el área jurídica han sido producto de este constante esfuerzo por evitar la consolidación definitiva de la impunidad.

A fines de 1974 se constituyó la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, AFDD, cuyo propósito central fue conocer lo ocurrido con sus seres queridos, recuperarlos con vida y exigir justicia. No sabían en aquel entonces que este objetivo tomaría tanto tiempo y ocuparía muchos años de sus vidas, toda su vida. El grupo en la actualidad está constituido principalmente por mujeres, muchas de ellas madres, esposas o hermanas de los desaparecidos; ellas han asumido de manera valiente y arriesgada la búsqueda de verdad y justicia. Han logrado constituirse en un grupo sólido, con un funcionamiento organizado, lo que les ha reportado reconocimiento y validación en la sociedad, y les otorgó un importante referente de pertenencia e identidad. Sin embargo, ello no ha sido suficiente para protegerlas de las vivencias de impotencia, dolor, frustración y sufrimiento que les han significado estos años de lucha y los desoladores efectos de la impunidad.

Las acciones desarrolladas por la AFDD a lo largo de estos años sin duda han provocado cansancio y una manera muy particular de vivir las tensiones, lo que episódicamente ha llevado a sus miembros a solicitar atención médica por dolencias físicas -unas veces vagas, otras bien delimitadas- o por somatizaciones de cualquier índole. La kinesiterapia ha sido fundamental en el abordaje de esta demanda.

CINTRAS ha conceptualizado el daño producido por la represión política como un trauma biopsicosocial, es decir, recoge la multiaxialidad de los trastornos que provoca en la persona humana, desde los más biológicos hasta aquellos de carácter social, de forma tal que una correcta interpretación de los alcances globales de este trauma obliga a identificar los perjuicios que ha producido en estos tres planos. La incorporación de la kinesiterapia en nuestro enfoque terapéutico tiene, precisamente, la función de evaluar y tratar aspectos de la corporalidad dañada.

A continuación fundamentaremos nuestro propósito de realizar una intervención de grupo con miembros de la AFDD orientada a la corporalidad, utilizando los recursos técnicos que provee esta disciplina terapéutica.

## **Fundamentación**

### *Trauma psicosocial*

Nos referimos con ello al impacto producido en el psiquismo individual y colectivo por las maniobras de exterminio llevadas a cabo por agentes del Estado mediante el expediente de la detención, la tortura y la desaparición forzada de personas. Esta estrategia puso en evidencia la intención de aterrorizar, imponer el miedo y plasmar la sensación de vulnerabilidad en la población general, objetivo fundamental de la guerra psicológica impulsada por la dictadura contra la sociedad global. La intención fue desarticular todo movimiento social que pudiese promover la resistencia al gobierno militar, aplastar en su génesis la respuesta social organizada contra el nuevo modelo de sociedad en curso. Fue la represión política así generada lo que constituyó el factor precipitante de las vivencias iniciales de inseguridad, temor, indignación e impotencia que fueron emergiendo tanto individual como colectivamente en los familiares de los desaparecidos y en vastos segmentos de la población chilena.

La impunidad para los criminales, fenómeno aún vigente después de más de 12 años de transición a la democracia, se ha transformado en uno de los más significativos precursores del daño psicosocial; es responsable en buena medida del deterioro de la calidad de vida de los afectados y un obstáculo insalvable para su integración social. La prolongada exposición de los familiares al trauma de la pérdida no reparada constituye un elemento constitutivo de la traumatización recurrente que observamos a diario en nuestra experiencia clínica. La disrupción del psiquismo se expresa, entre otras cosas, en síntomas de estrés crónico con marcada manifestación en la corporalidad del sujeto, procesos psicósomáticos que están estrechamente ligados a las vivencias de agresión permanente, incertidumbre, inseguridad cotidiana, frustración, apatía, irritabilidad, etc., internalizadas tanto individual como colectivamente a partir de las heridas que sigue produciendo la ausencia de verdad y justicia. La presencia de una espiral angustiosa crónica, fenómeno altamente prevalente en este grupo humano, se va canalizando con el tiempo hacia múltiples patologías somáticas, algunas de ellas meramente funcionales y otras de tipo estructural. Respecto de estas últimas, está aún pendiente la realización de investigaciones de tipo epidemiológico que permitan aclarar la fuerte sospecha de aumento de la tasa de incidencia y prevalencia de cáncer en poblaciones de alto riesgo como la de familiares de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos.

### *Duelo y dolor*

Dentro de las consecuencias individuales descritas -y constatadas con mayor frecuencia por nuestro equipo en el quehacer clínico en este campo- podemos mencionar la tendencia a la privatización del sufrimiento físico y psíquico, la dificultad en la identificación del propio daño, la sensación de agotamiento generalizado, la presencia de múltiples enfermedades psicosomáticas y el envejecimiento precoz, lo que ha sido descrito como el Síndrome del Sobreviviente por Zdzislaw Jan Ryn [Ryn, 1991].

Por otra parte, el duelo no resuelto impide o al menos dificulta la posibilidad de disfrutar, surgen sentimientos de culpa y de lealtad con el ser querido desaparecido que bloquean la posibilidad de contactarse con emociones gratificantes ante hechos positivamente estimulantes del psiquismo; es el caso de la incapacidad de disfrute y la irrupción de reacciones depresivas con marcada anhedonia ante fechas que podrían significar alegrías familiares, como un cumpleaños, una fiesta nacional, un aniversario, etc.

Otra expresión del daño guarda relación con procesos psicológicos y psicopatológicos específicos que cursan con variadas expresiones somáticas. Existe un marcado deterioro en la autoestima e imagen corporal. La pena, el dolor, el temor, la rabia, la depresión, que tienen una presencia significativa en la vida emocional de estas personas, son autoinvalidadas como expresiones legítimas. Esto necesariamente se expresa en la aparición de distintas dificultades y malestares físicos, constituyéndose muchas veces en motivos de consulta primarios. Es la puesta en acción del lenguaje del cuerpo, que denuncia con el síntoma físico lo que la conciencia calla u oculta.

#### *Dolor y cuerpo*

El dolor crónico persistente es una condición psicofísica anormal que consiste en que la sensación dolorosa se mantiene incluso cuando ya no existe un estímulo nocivo obvio. Este dolor puede estar asociado a un proceso de lesión tisular continua -como en la artritis o el cáncer-, puede representar un mecanismo psíquico de defensa o bien tratarse de un dolor neurogénico.

Existe una alta incidencia de síntomas psíquicos y físicos en personas expuestas a un trauma prolongado, como el de nuestros consultantes, incluso muchos años después de ocurrida la vivencia traumática. Normalmente están asociados a alteraciones músculo esqueléticas y a afecciones de órganos vitales [Amris, 2000]. Existen algunos síntomas comunes que se presentan con mayor frecuencia: dolor difuso o localizado en el sistema músculo esquelético (normalmente asociado a alteraciones del ciclo sueño-vigilia), cansancio, parestesias, cefalea, síntomas de irritabilidad en el sistema digestivo y urinario [Aaron et al, 2000].

Con frecuencia la constelación sintomatológica de los familiares de detenidos desaparecidos configura lo que algunos han descrito como el Síndrome de Fibromialgia, que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado y múltiples puntos de tensión, cuya base neurobiológica parece ser la alteración de la modulación central del dolor.

#### *Cuerpo y terapia*

Existe una amplia gama de alteraciones del psiquismo provocadas por el estrés crónico. En el plano de las relaciones interpersonales se presentan algunos fenómenos significativos como la rigidización de la comunicación. Hay en la base un temor velado a evidenciar vulnerabilidad, a involucrarse afectivamente y exponerse a vivir nuevas pérdidas. El componente físico y emocional de este problema se manifiesta en la carencia de cercanía corporal y dificultades en la expresión de sentimientos de afecto. La resultante, en el nivel comunicacional, es la pérdida de la espontaneidad, el congelamiento fisiognómico de los componentes emocionales intrapsíquicos y el distanciamiento del otro como referente de intercambio afectivo.

Es aquí donde cobra vigencia e importancia lo relativo a la díada mente-cuerpo como unidad dialéctica, capaz de influirse en forma recíproca y, por lo tanto, susceptible de ser abordada desde ambos planos. Nada que ocurra en el ámbito psíquico es indiferente para el cuerpo y viceversa. Esta comprensión facilita el abordaje del daño al interior de la relación terapéutica de una manera menos invasiva o atemorizante, al hacer consciente esta interdependencia biopsíquica en los marcos de un compartir colectivo de las experiencias y los síntomas.

Por otra parte, el cuerpo graba el dolor como una vivencia actualizable frente a estímulos retraumatizantes, lo que induce en el sujeto determinadas actitudes corporales en correspondencia con las vivencias cotidianas de sufrimiento. La retraumatización se explica sólidamente por la caracterización de la desaparición forzada como una experiencia de tortura permanente mientras no se haga luz sobre la veracidad de los hechos, el hallazgo del cuerpo de la víctima o la reparación en justicia del daño. En la valoración y reconocimiento moral y jurídico de este mecanismo de activación periódica del trauma a nivel de la comunidad internacional ha jugado un rol destacado la argumentación hecha por el Juez Garzón a propósito del juicio a Pinochet en Inglaterra. En tanto la impunidad contextual siga su curso, el cuerpo seguirá haciendo sus representaciones simbólicas del trauma intrapsíquico.

La kinesiología constituye un auxilio terapéutico excepcional ante este tipo de traumas, ya que aporta a esta mirada totalizadora del daño el estudio del movimiento corporal e impulsa el restablecimiento del equilibrio entre la movilidad, la interacción de los sistemas generadores de energía de las personas y el medio ambiente. Incorpora, además, diversos recursos, como las técnicas de relajación, la masoterapia, la fisioterapia y las dinámicas grupales dirigidas a trabajar la corporalidad; ellas agregan al desafío del tratamiento y la rehabilitación un amplio abanico de herramientas que incentivan la prevención del dolor crónico y fomentan ciclos virtuosos de auto cuidado. Favorecen significativamente la recuperación de padecimientos físicos causados por el trauma psicosocial, pues operan incorporando al cuerpo en el proceso terapéutico en tanto receptor y generador de tensiones. Se establece así el abordaje del daño por una vía distinta a la psicoterapia, lo que contribuye también a la toma de conciencia de la necesidad de autoprotección.

### **El grupo como alternativa**

La modalidad grupal facilita la interacción y la posibilidad de ayuda mutua, genera un espacio de confianza en los otros y posibilita el despliegue de aspectos lúdicos. Permite reflejar en forma colectiva el riesgo de perpetuar los ciclos viciosos de estrés y, por lo tanto, despierta la necesidad de adoptar medidas preventivas. Indudablemente, la concepción del cuerpo como vehículo de las emociones y sentimientos facilita el contacto emocional y la posibilidad de trabajar sobre aspectos vinculados al dolor por la pérdida.

Los objetivos planteados para esta intervención se resumen en la creación de una instancia de trabajo kinésico de grupo con familiares de detenidos desaparecidos para identificar disfuncionalidades y/o síntomas somáticos, producir sus correcciones y favorecer la sensación de bienestar físico y psíquico mediante el desarrollo de actividades físicas programadas. Más específicamente, las metas se centraron en lograr que las participantes manejen técnicas de relajación, estimular el uso de técnicas de auto cuidado, potenciar la cohesión grupal, generar espacios de despliegue lúdico y creativo, lograr que las participantes identifiquen sensaciones displacenteras y modos de manejo y, finalmente, canalizar la expresión de emociones.

### **La intervención**

Se realizó un total de doce sesiones, con una asistencia promedio de 17 personas, en su mayoría madres de detenidos desaparecidos, miembros activos y regulares de la AFDD. No participó en la

terapia ningún miembro de su directiva. La edad promedio de las participantes fue de 67 años; hubo sólo tres mujeres menores de 50 años, quienes se incorporaron a las actividades acompañando a sus madres.

El taller tuvo una duración de tres meses, dividido en tres fases: la evaluación inicial, el desarrollo de la actividad kinesiterápica y la evaluación final. Se realizó un estudio de las características del grupo tanto al inicio como al final de la intervención. El módulo completo fue realizado por una kinesióloga y una terapeuta ocupacional, quienes se distribuyeron sesión a sesión la ejecución de las actividades. Se hizo una evaluación del estado de la corporalidad del grupo al inicio y fin de la terapia mediante la aplicación del Mapa de examinación subjetiva del dolor, parestesias y tensión.

Los hallazgos más relevantes de la evaluación inicial guardan relación con la negación espontánea del padecimiento de algún dolor o malestar físico. Nos llamó la atención el hecho que en la primera sesión sólo una persona trajo debidamente llenado su instrumento de auto evaluación, lo que interpretamos como una señal de falta de conciencia y de escasa asignación de importancia a la evaluación de sus malestares y del cuidado por sí mismas. Esta conducta evitativa se hizo muy clara cuando en el trabajo personalizado con los participantes fueron surgiendo importantes dolores y disfuncionalidades físicas de las que no se tenía una percepción clara.

Pesquisamos en la gran mayoría de las personas los siguientes síntomas: tensión cervical posterior, dolor y tensión de hombros, dolor de rodillas y cefalea. Con una frecuencia menor pesquisamos: dolor de espalda, edema en tobillos, dolor en las manos, cintura y territorio del nervio ciático. Un grupo más pequeño notificó la existencia de sensación de malestar en la región torácica, que identificaron como angustia.

En la observación global destacó la dificultad de coordinación motriz gruesa, falta de educación respiratoria, errores y vicios posturales, distancia corporal y falta de hábito de ejercicio físico.

## **Resultados**

Nos ha resultado llamativa la falta de programas sistemáticos de auto cuidado en una agrupación de larga existencia y con un trabajo constante de alto desgaste físico y emocional. Se trata, además, de un grupo en proceso de envejecimiento progresivo, que ha ido evidenciando un acelerado deterioro de su condición de salud física. Hubiese sido esperable una socialización de estos procesos al interior de la organización y su transformación en una necesidad colectiva de rehabilitación. La conducta inicial del grupo, consistente en la negación y la minimalización tanto individual como colectiva de los síntomas, da cuenta de que la jerarquización de necesidades ha pasado durante todos estos años primero por las reivindicaciones reparativas de carácter social, jurídico y moral, y sólo secundariamente por las que se relacionan con su salud. Reflejo claro de una postura de ingenuidad, desconocimiento o negación frente al propio cuerpo, una señal más de tantos años de postergación personal causada por la incesante búsqueda del familiar desaparecido.

Es destacable el nivel de integración y pertenencia que logró, sin embargo, el grupo en torno a una actividad de auto cuidado como ha sido este taller, evento que puso a las participantes a significativa distancia de su histórico trabajo de denuncia y lucha. El eje de las acciones estuvo puesto en torno de las vivencias de placer - displacer de su propio cuerpo, postura egocentrista que forzó el desplazamiento momentáneo del desaparecido a un segundo plano, al mismo tiempo que indujo a la toma de conciencia de las sensaciones, percepciones, representaciones y fantasías que ese cuerpo estaba generando.

Muy sintomático fue en los inicios el hallazgo en la gran mayoría de las mujeres de ausencia de integración consciente de las zonas dolorosas al funcionamiento diario, produciéndose el fenómeno de una convivencia oculta con las sensaciones displacenteras en el día a día, al punto de pasar a constituir para ellas una manera estable y «normal» de estar en el mundo.

Nos llamó la atención la participación de cuatro parejas de madres e hijas, dadas en las que percibimos una clara parentalización de las hijas en el sentido de asumir celosa y cariñosamente un rol de cuidadoras (en una forma proteccionista) de sus madres. Pero, al mismo tiempo, esta fusión estaba reflejando la identificación de las hijas con las tareas y anhelos de sus progenitoras, proceso que enhebra, pensamos, los procesos de duelo que cursan en ambas.

Avanzando en el proceso terapéutico, fue quedando muy rápidamente en evidencia en las participantes la necesidad de un abordaje específico y directo de las repercusiones físicas y psíquicas que ha tenido en sus cuerpos el sufrimiento acumulado en la búsqueda, necesidad que ahora sí encontraba el escenario adecuado para su verbalización y socialización. Expresiones que se han repetido hasta el cansancio en todos estos años y repetidas en este taller, como la necesidad de *«tener fuerzas para seguir adelante»* o *«nunca voy a descansar hasta encontrarlo»*, ambas declaraciones auto afirmativas y heroicas, han transformado la situación que se vive cotidianamente en una experiencia extenuante: la meta no lograda, las lealtades con los seres queridos, la lucha contra los obstáculos contextuales, etc. las atrapa en un escenario pesadoso de exigencias personales y colectivas a las que no se puede renunciar si no es con un altísimo costo emocional.

Invariablemente el dolor producido por la pérdida de un familiar querido -en la mayoría de los casos se trata de los hijos- tiene en cada una de las mujeres participantes un correlato de daño en aspectos físicos, el cual se vive, como hemos señalado, como costos «normales»: *«la búsqueda siempre nos hace sentir tensas»*, *«la realidad, las noticias nos golpean fuertemente, porque la justicia como que se acerca y se aleja y como que luchamos por poderla alcanzar y no lo logramos»*, *«mi corazón me sangra día y noche, por eso participo activamente en la agrupación»* son expresiones que se recogieron en esta experiencia y que expresan dramáticamente la necesidad de mantenerse en actividad para hacer llevadero el dolor. Sin embargo, esta actividad pocas veces está dirigida al fortalecimiento personal o a la búsqueda de fuentes creadoras de mayor energía. Por el contrario, normalmente se trata de eventos que provocan un gran desgaste y una gran inversión de recursos físicos y emocionales.

El encontrarse realizando una actividad física generadora de sensaciones placenteras despertó el inicio de un desarrollo más consciente del auto cuidado. Expresiones como: *«nos hace falta relajarnos para nuestro trabajo diario»*, *«ojalá esto lo hubiéramos hecho siempre»*, *«nunca es tarde para aprender a querernos a nosotras mismas»* nos muestran que la oferta de ayuda explícita externa para estas necesidades subjetivas son plenamente acogidas por los familiares e invitan a programar en forma sistemática estrategias de cuidado personal.

Al cierre del taller pudimos identificar claramente en todas las consultantes una mayor soltura corporal y una mejor disposición para disfrutar de un espacio para sí mismas. También se transitó con facilidad desde una rigidez inicial, tanto física como en lo relacional, hacia una mayor flexibilidad psicomotora, una mejoría en la capacidad de expresión y en la vinculación inter pares; esto trajo como consecuencia la cohesión grupal y la consolidación de la motivación por las experiencias de auto cuidado.

## **Desafíos**

Creemos importante realizar una segunda fase de la intervención para afianzar los objetivos logrados y, sobre todo, profundizar aspectos ligados a la expresión emocional de vivencias más profundas y complejas, a través de un espacio terapéutico que genere una mayor intimidad. Se trata de un grupo humano que está viviendo experiencias de traumatización extrema, por lo que requiere de una atención constante y, además, de un aprendizaje respecto de cómo incorporar el auto cuidado en la vida cotidiana, sin negar el dolor, pero nutriéndose de estrategias y técnicas que lo alivien. El fortalecimiento corporal parece ser un excelente medio que contribuya al fortalecimiento integral de estas personas, si es desarrollado en un contexto comprensivo de las particularidades del grupo.

## **Bibliografía**

- AARON, LA; BURKE, MM.; BUCHWALD, D. 2000. *Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromialgia and temporomandibular disorder*. En: Archives of Internal Medicine 2000;160(2)221-227.
- AMRIS, K.; PRIP, K. 2000. *Physiotherapy for torture victims I*. Torture, 10(3):73-76.
- CARDEMIL, P. 1989. *El estrés en la sociedad actual. Un enfoque kinesiológico*. En: Revista Reflexión 103:4-5.
- CARDEMIL, P. 1990. *Kinesiología y salud mental: Aportes a la búsqueda de un enfoque integral*. En: Revista Reflexión 108:10-12.
- CARDEMIL, P. 1990. *Kinesiterapia y daño psicológico: Una experiencia clínica*. En: Revista Reflexión 110:23-24.
- CASANLA, E.; Covarrubias, E.; Eltit, D. 1989. *Duelo y creatividad*. Seminario: Literatura, Sicoanálisis, Enfoque Sistémico. Santiago de Chile: Editorial Cuarto Propio.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. 2001. *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Ginebra, Naciones Unidas.
- PENZO, W. 1989. *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- PRIP, K.; TIVED, L.; HOLTEN, N., (Ed.). 1995. *Physiotherapie for torture survivors. A Basic Introduction*. Copenhagen, IRCT.
- RUSH, M. 1995. *Descifra los mensajes del cuerpo. Las raíces psicológicas de los trastornos físicos*. Madrid: EDAF.
- RYN, Z. 1991. *El síndrome del superviviente*. En: Dolentium Hominum, 6(16):165-9.

Publicado en *Libro Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos en el Cono Sur*, Buenos Aires, Argentina, noviembre de 2002. Págs. 273:281