

## La construcción del enemigo

**R**ichard Dawkins, un profesor de etología en Oxford escribió un libro que tuvo un notable impacto divulgativo en el mundo anglosajón. En su momento (1) fue oportunamente traducido. Dawkins, especialista en las relaciones entre la evolución y la conducta social, nos dejaba literalmente sorprendidos ya en el prefacio con una afirmación categórica y ciertamente impactante: “Somos máquinas de supervivencia, vehículos autómatas programadores a ciegas con el fin de preservar las egoistas moléculas conocidas con el nombre de genes”. Él mismo decía que “... nunca me podré acostumbrar totalmente a la idea”. Nosotros tampoco. Más tarde, Dawkins –al tratar el tema de la agresión– declara que existen reglas precisas que regulan la agresividad entre animales rivales, lo cual no debe conllevar al error de condenar al homo sapiens como la única especie que mata a sus propios congéneres, heredero directo de la maldición cainita. Introduce el término de “belicosidad declarada” con costes y beneficios, éstos últimos no siempre conseguidos con la violencia irracional y sin límites.

Los profesionales de la salud mental debemos enfrentarnos ahora más que nunca a esta dialéctica de la belicosidad y a sus consecuencias con vectores muy diversos que inciden sobre las víctimas que deberemos –cada vez en mayor número– evaluar y tratar, aunque si bien es cierto que, sobre todo, en el caso de la violencia de género, existen cada vez más centros y profesionales especializados.

Las agresiones sexuales –con el dramático preámbulo de los abusos en la infancia–, la violencia política –con su perversión terrorista y el caso extremo de la guerra– y la violencia familiar, foco de virulencia destacado que se ceba fundamentalmente en mujeres, niños y ancianos y que reviste todas las formas posibles: maltrato físico, psicológico y sexual, son en su conjunto el paradigma de estas brutalidades. Las numerosas instituciones y grupos que se ocupan del tema enfatizan en la prevención como elemento esencial, tal como recordaba hace ya tiempo un excelente artículo de Maldonado y Escalera publicado en “Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace” (2). Prevención de la que se han hecho cargo asociaciones, ONG, centros especializados y los propios agentes policiales y judiciales (los primeros reciben cursos de formación sobre su grado de intervención psicosocial en las víctimas que denuncian). Se celebran “Días internacionales” y se han incrementado las campañas de sensibilización y los teléfonos de consulta que permiten no solamente información, sino la sugerencia de estrategias de afrontamiento amén de facilitación de consultas de todo tipo. De hecho, en el maltrato doméstico se sigue un programa clásico que puede consultarse en la excelente monografía de Echeburúa (3) sobre el tema: Servicios sociales, Juzgado, pisos de acogida, servicios de atención jurídica y de atención psicológica, para los que debemos estar preparados, como mínimo en la evaluación de las consecuencias clínicas. No debe obviarse nunca el estudio y posible tratamiento de las características de personalidad como una baja autoestima, asertividad deficiente y dependencia.

Las conductas y síntomas de ansiedad extrema (medida por STAI-E) o de depresión (objetivados con el BDI) inciden en el 72,5% y el 38,7% respectivamente y preceden al Estrés post-traumático (EPT) que presentan del 50-55% de las víctimas. La evaluación es prolija pero –dejando aparte la que concreta síndromes– podemos acudir a una entrevista semiestructurada y a una escala de E.P.T. (3). Los programas de tratamiento individual que siguen el modelo cognitivo-conductual pretenden mejorar la expresión emocional, reestructurar los rasgos cognitivos, pero también emocionales (autoestima) y entrenar a la víctima en habilidades específicas y de afrontamiento. Se puede potenciar –o asociar– con sesiones de grupo. Son interesantes los formatos de programa que se propugnan para los maltratadores cuyas alteraciones psicopatológicas –si es que existen– son muy diversas y no siempre fácilmente tratables; en este sentido, invita al optimismo el protocolo propuesto por Echeburúa en el cual se sintetizan diversas técnicas terapéuticas para tratar algunos aspectos como la ira descontrolada, los celos patológicos o diversos déficits comportamentales.

Y si abundan la literatura y los programas sociales y terapéuticos para la violencia de género o la familiar, no podemos decir lo mismo de textos relacionados con la violencia terrorista que desgraciadamente golpea a personas, mentes y conciencias. Baca y Cabanas lo han hecho, invitando a una serie de autores (4) con un capítulo inicial de Baca sobre el proceso de construcción del enemigo, como maniobra de despojamiento de toda característica humana del posible agredido, que pueda despertar sentimientos positivos, acudiendo –si es necesario– al maniqueísmo para identificar al enemigo como el mal absoluto. Baca no entra en consideraciones sobre ciertas personalidades alteradas que nutrirían (no se sabe en que porcentaje) las filas del terrorismo y que probablemente no precisarían de ninguna construcción específica del adverso para apretar el gatillo con indiferencia o sentido rígido de la conducta agresiva. Libros pioneros como lo fue el “Hombre radical” (5) o más actuales como el dedicado a “Personalidades violentas” (6) inciden sobre aspectos muy diversos que explican comportamientos radicales, aunque el segundo se centra más en el Trastorno Antisocial, bien presente en todos los espacios de la violencia.

Pero lo que es oportuno del libro de Baca es la publicación de los impactantes datos del Proyecto Fénix, nacido para estudiar las víctimas del terrorismo y que dirigen el propio autor y col., bajo los auspicios de la “Asociación de Víctimas del Terrorismo”. Y, naturalmente, su relación con el posible padecimiento de EPT, así como los factores de riesgo de personalidad de los afectados (alto nivel de neuroticismo y locus de control externo). La muestra estudiada es amplísima (por desgracia): 2.998 personas entre víctimas supervivientes (n=533), familiares y mixtos con análisis de “apoyo percibido”, “repercusiones del atentado” y “actitud ante el fenómeno terrorista”. Una media de 39,6% de los casos presentaban afectación de la salud mental, siendo depresión y ansiedad los trastornos más frecuentes; en cualquier caso, el doble de porcentaje de la población general, y en el caso de víctimas directas, el cuádruple (52%). Elizabeth Hebrée, de la Universidad de Pennsylvania, nos demuestra la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el EPT, cuyo riesgo medio de padecerlo es alto (33%), según sobretudo la naturaleza del estresor. En este sentido, nos mostramos muy de acuerdo con Baca de que la avalancha de títulos sobre el EPT quizá no nos haya dejado ver el bosque de las variedades psicopatológicas de las víctimas de la violencia.

Tenemos, pues, más argumentos hoy día para evaluar y tratar los efectos de la violencia. Pero debemos ir más allá de los límites del E.P.T. o de la psicopatología disocial para alentar un mayor refinamiento de los estudios de futuro que quizá consigan una mejor sistematización preventiva y terapéutica. Mientras, gozamos de suficiente bagaje para enfrentarnos a estas situaciones de forma no solamente sensible e interesada sino también con un cierto nivel de éxito.

J.M<sup>a</sup>. FARRÉ (Editor)

(1) Dawkins R.: El gen egoísta. Salvat Ed. Barcelona, 1985.

(2) Maldonado MD, Escalera MM.: Discusión y casuística de las mujeres víctimas de violencia doméstica.. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 67-77, nº 58-59, 2001.

(3) Echeburúa, E, del Corral P.: Manual de violencia familiar. S. XXI. Ed. Madrid, 1998.

(4) Baca E, Cabanas ML.: (Ed.) Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos. Triacastela Ed., Madrid, 2003.

(5) Hampden-Turner CH: El Hombre Radical. Fondo de Cultura Económica, México, 1978.

(6) Echeburúa E.: (Ed.) Personalidades violentas. Pirámide, Ed., Madrid, 1994.