

DOLER ES UN LOGRO COLECTIVO

Terapia narrativa de la dignidad para responder al
«trauma»

Ítalo Latorre-Gentoso

DOLER ES UN LOGRO COLECTIVO

Terapia narrativa de la dignidad para responder al «trauma»

Ítalo Latorre-Gentoso

© Ítalo Latorre-Gentoso, 2026

© Pranas Chile Ediciones, 2026

Todos los derechos reservados.

6. Trauma, diagnóstico y eufemismos profesionalizantes del cuidado

Lo que hoy se denomina trauma es una de las ficciones políticas más poderosas del campo de la salud mental. No porque las experiencias a las que se refiere no sean reales, sino porque la forma en que se nombran, se explican y se responden está lejos de ser neutral. El concepto de trauma organiza una manera particular de leer el dolor humano, y esa manera tiene efectos concretos en cómo las instituciones responden, en qué se financia, en qué se investiga, en quién queda señalado como dañado y en quién queda invisible como responsable del daño. Como sostiene Vikki Reynolds recogiendo formulaciones previas con Cathy Richardson, «las experiencias definidas como trauma a menudo se comprenden mejor como explotación y opresión enraizadas en las inequidades políticas de nuestras sociedades injustas» (Reynolds, 2020, p. 4; traducción propia; cf. Reynolds, 2014; Richardson y Reynolds, 2012).

La historia de este concepto, brevemente recorrida, no como genealogía exhaustiva sino para mostrar cómo en cada momento histórico el trauma ha servido a ciertos intereses y ha dejado fuera otros, muestra que lo que hoy se presenta como una categoría clínica objetiva es el resultado de disputas políticas, económicas y de género que rara vez se explicitan cuando se usa el término en la consulta o en el aula.

Breve genealogía del concepto de trauma

La noción de trauma psicológico comienza a tomar forma institucional durante la Primera Guerra Mundial, cuando los soldados que regresaban del frente presentaban lo que se llamó shell shock. Temblaban, enmudecían, no podían caminar, tenían pesadillas recurrentes, estados de terror sin causa aparente en el presente inmediato. El ejército británico tuvo que decidir si estos

hombres estaban enfermos o eran cobardes. La respuesta a esa pregunta no fue clínica, fue política y económica, porque de ella dependía si recibían pensión o castigo. Muchos fueron fusilados por desertión cuando en realidad estaban respondiendo con su cuerpo a lo invivible de la trinchera.

Después de la Segunda Guerra Mundial, y particularmente después de Vietnam, el concepto fue mutando hasta que en 1980 apareció en el DSM-III como Trastorno de Estrés Postraumático. Su inclusión fue el resultado de una presión política enorme por parte de veteranos de guerra y de sus organizaciones, que necesitaban un diagnóstico para acceder a servicios y pensiones. Esto es importante porque muestra que el TEPT no surgió de un descubrimiento científico sobre la naturaleza del sufrimiento humano, sino de una negociación política sobre quién merece ser reconocido como dañado por el Estado.

El feminismo hizo una contribución decisiva cuando Judith Herman, en *Trauma y recuperación* (2004), argumentó que las experiencias de las mujeres que habían vivido violencia sexualizada y doméstica producían efectos similares a los de los veteranos de guerra, pero que no eran reconocidas como tales. Herman propuso el concepto de trauma complejo para nombrar las consecuencias de la violencia sostenida en contextos de cautiverio relacional. En el capítulo titulado «Cautividad» lo formula con claridad: «Un único acontecimiento traumático puede ocurrir en casi cualquier lugar, sin embargo, el trauma prolongado y repetido solo pasa en circunstancias de cautividad. Si la víctima puede escapar no será abusada una segunda vez; el trauma repetido solo sucede cuando la víctima está prisionera, es incapaz de escapar y está bajo el control del perpetrador» (Herman, 2004). Su trabajo abrió una puerta enorme. Hizo visible algo que había estado sistemáticamente silenciado, y eso es un aporte que no se puede minimizar. Pero también dejó instalada una lógica que examino acá. Al usar la metáfora del trauma, incluso para experiencias de abuso de poder, se mantiene la premisa de que el problema está en lo que le ocurrió al cuerpo de la persona y no en las relaciones de poder que hicieron posible ese abuso. Se sigue hablando de herida, de daño, de secuela, y se sigue respondiendo desde la reparación del individuo.

Ignacio Martín-Baró, el psicólogo social jesuita asesinado en El Salvador en 1989, propuso una lectura radicalmente distinta. Habló de trauma psicosocial para señalar dos cosas. Primero, que «la herida que afecta a las personas ha sido producida socialmente, es decir, que sus raíces no se encuentran en el individuo, sino en su sociedad» (Martín-Baró, 1990a, p. 77). Segundo, que su misma naturaleza «se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales» (Martín-Baró, 1990a, p. 77). De ahí su conclusión, central para lo que vengo sosteniendo: «lo cual tiene obvias e importantes consecuencias a la hora de determinar qué debe hacerse para superar estos traumas» (Martín-Baró, 1990a, p. 77). Para Martín-Baró, psicologizar el sufrimiento producido por la guerra y la opresión era una forma de despolitizarlo, de convertir un problema social en un problema individual. Su asesinato, junto con el de sus compañeros, es en sí mismo una expresión del protocolo patriarcal del silenciamiento operando en su forma más brutal.

En las últimas décadas, la neurobiologización del trauma ha llevado la discusión hacia otro territorio. La teoría polivagal y toda una corriente de terapias somáticas y de regulación del sistema nervioso han propuesto que el trauma se inscribe en el cuerpo a nivel del sistema nervioso autónomo. Esta perspectiva ha tenido un éxito enorme, tanto en el campo clínico como en la cultura popular. Pero ese éxito lo leo políticamente. Al ubicar el trauma en el sistema nervioso, se completa un movimiento de privatización que comenzó mucho antes. El sufrimiento ya no es una respuesta a relaciones de poder. Es una desregulación nerviosa. Y la respuesta ya no es justicia, sino regulación. Técnicas de respiración, ejercicios de activación vagal, mindfulness. Nada de esto es malo en sí mismo, pero cuando se presenta como la respuesta al trauma sin nombrar las condiciones políticas que lo produjeron, se vuelve una tecnología más del protocolo patriarcal del silenciamiento.

No estoy diciendo que estas contribuciones no tengan valor. Estoy diciendo que cada una de ellas, incluida la narrativa, necesita ser leída en el contexto de las relaciones de poder que la hicieron posible y de los intereses a los que sirve. Y que ninguna de ellas es neutral.

Cartografía de los discursos dominantes en el presente

Esta historia, que en cada momento ha respondido a presiones políticas, económicas y de género específicas, ha producido en el presente una serie de discursos dominantes sobre eso que se llama trauma. Los mapeo acá, no para hacer una crítica detallada de cada uno ni para negar los aportes que cada uno puede ofrecer, sino para explicitar las metáforas que los organizan y mostrar dónde se acercan entre sí, incluso donde aparentan ser distintos. Acá quiero presentarlos juntos, como cartografía, porque su parentesco es más fuerte de lo que parece a simple vista.

El primero es el discurso de la herida o del daño. Es probablemente el más extendido. La palabra trauma viene del griego herida, y esa carga semántica sigue ordenando mucho de cómo se piensa el problema. La metáfora puede tomar formas diversas. La herida que cicatriza, la lesión que se cuida, la marca que queda en la interioridad, el corte profundo del que hay que recuperarse. El supuesto compartido es que algo quedó roto y que ahora hay que tratar, reparar o cicatrizar. La persona traumatizada queda convertida en alguien herido, con una interioridad dañada que necesita atención.

El segundo es el discurso neurobiológico, del que ya hablé brevemente en la genealogía. Traduce el sufrimiento a cerebro, sistema nervioso, circuitos, desregulación, hiperactivación. No siempre se habla de herida, pero sí de un funcionamiento alterado. Permite alivio a muchas personas, porque les ofrece una explicación que sienten objetiva. Pero también desliza con facilidad lo que era una respuesta a relaciones de violencia, hacia el orden de la fisiología, dejando intactas las condiciones políticas que produjeron el sufrimiento.

El tercero es el discurso sintomático y diagnóstico. Acá lo central no es tanto qué pasó en el mundo sino cómo queda clasificada la persona. Aparecen las categorías diagnósticas, los trastornos, los cuadros, las comorbilidades, los criterios, las escalas. El trauma se vuelve verificable por expertos a través de listas de síntomas. Lo que duele empieza a traducirse a perfiles clínicos, y el sentido político de ese doler queda subyugado al aparato diagnóstico que lo nombra.

El cuarto es el discurso de la recuperación o reparación. Domina la idea de sanar, integrar, recuperarse, volver a funcionar, reconstruirse. Puede ser un lenguaje más amable que el diagnóstico, y muchas veces lo es. Pero suele organizarse desde la misma premisa. Hubo una lesión individual y ahora el objetivo es restaurar a la persona a un estado previo. El mundo que produjo el daño queda, una vez más, intacto.

El quinto es el discurso de la autorregulación y el manejo de sí. Acá el foco está en herramientas, recursos, hábitos, respiración, regulación nerviosa, autocuidado, prácticas somáticas, estrategias de afrontamiento. Algunas de estas prácticas pueden ser valiosas para personas concretas. El problema es cuando se convierten en mandato de auto-administración del sufrimiento, en una pedagogía de la autosuficiencia emocional. Muchas personas no están fallando en regularse a sí mismas. Están respondiendo a contextos profundamente injustos, y se les pide que aprendan a regularse mejor en lugar de exigir que esos contextos cambien. Vuelvo sobre esto en el apartado sobre las tecnologías del protocolo patriarcal del silenciamiento. Como dice Vikki Reynolds, «el problema no está en nuestras mentes, en nuestros cerebros ni en nuestras neuronas, sino en el mundo donde las personas privilegiadas abusan del poder y destruyen vidas, a la Madre Tierra y a las comunidades por avaricia» (Reynolds, 2013b, p. 276; traducción propia).

El sexto, y el que más me interesa nombrar, es el discurso de la privatización del problema. Esta no es exactamente una categoría más, sino una operación que atraviesa a todas las anteriores. Da lo mismo si se habla de herida, daño, cerebro, sistema nervioso, síntomas o recuperación. En todos los casos el

sufrimiento termina volviéndose propiedad privada de una persona. Algo que está en su cuerpo, en su mente, en su sistema, en su historia individual. Y entonces el mundo, las relaciones de poder, la cultura, las instituciones, los abusos, el colonialismo, el patriarcado, el neoliberalismo, quedan como decorado y no como problema central. La privatización es lo que estos discursos comparten, más allá de las metáforas con las que cada uno se nombra. Es el efecto más persistente del campo, y también el más difícil de desarmar, porque opera incluso cuando los discursos parecen políticos o críticos.

Maneras particulares de hablar y patologización

Esta privatización se sostiene también en el modo en que la patologización se inscribe en el lenguaje cotidiano de la clínica y de los espacios formativos. En un diálogo con Steve de Shazer en torno a la patologización, Michael White afirma que «cuando hablamos de patología hablamos de una práctica consagrada por el tiempo, que está en el núcleo de nuestras supuestas disciplinas. Tiene que ver con estructurar un contexto en el que existe un conocimiento experto que posee un profesional, y que somete a ese conocimiento a la persona que lo consulta, de modo que las interpretaciones del experto quedan privilegiadas por encima de cualquier interpretación que la persona que busca ayuda pudiera tener acerca de su propia vida y de su propia conducta» (White y de Shazer, 1991; traducción propia).

White añade en esa misma conversación que este patologizar «ocurre en el contexto de maneras particulares de hablar. La persona que participa en patologizar a otra habla de modos que montan esta ilusión de que quien habla tiene un conocimiento objetivo y, en ese proceso, la persona que recibe eso queda marginada y experimenta el ser otra. Cuando hablamos de prácticas de patologización, no estamos hablando solo de etiquetas, estamos hablando de las prácticas concretas que están asociadas a esa patologización» (White y de Shazer, 1991; traducción propia).

Yo sumaría a esto que esa forma particular de hablar, basada en la ilusión de objetividad, requiere atribuirse el derecho de nombrar las experiencias de las personas en términos que permitan justificar conclusiones patologizantes. Me refiero a las descripciones que se decide utilizar de lo que la gente siente, piensa, hace y duele. Descripciones que se acerquen lo más posible a lo que se podría reconocer como la sintomatología de una enfermedad. Entonces, por ejemplo, a alguien que piensa mucho en relación con la vida y cuyo pensamiento es secuestrado por ideas fatalistas se le describe como alguien con pensamiento rumiante, o con ideación suicida, o con pensamiento compulsivo. Estas descripciones permiten iniciar una clasificación de las experiencias de quienes consultan para derivar en la imposición de un diagnóstico clínico, que no es más que una ficción política. Una historia que ofrece un marco de inteligibilidad, dicha por personas investidas de institucionalidad y con influencia científica y jurídica, y por lo tanto, con la atribución de ser sostenedoras de una verdad objetiva.

Apego como eufemismo academicista de la ética del cuidado

Mi terapeuta me quiere, mi psiquiatra me quiere. Se nota. El cuidado, la ética, las formas, la mirada, la actitud. Todo eso ha sido lo más importante. No es «la evidencia científica» lo que a mí más me preocupa. Las técnicas y los modelos sin cariño, sin cuidado, no solo no sirven, también son peligrosos.
(ÍLG)

Una familia de eufemismos circula con enorme fuerza en el campo profesional y en la cultura popular. Apego, empatía, resiliencia. Tres palabras que han venido a ocupar un lugar central en la psicología contemporánea, en la divulgación, en la formación de profesionales, en el discurso público sobre el sufrimiento humano. Tres palabras que parecen describir cosas distintas pero que comparten una operación común. Convertir lo que en realidad es acción,

movimiento, agencia, en estado interno. Convertir lo que las personas hacen entre relaciones en una propiedad que poseen o que les falta dentro del cuerpo o del psiquismo. Esa operación es exactamente la que vengo intentando desarrollar.

Cuando se habla de apego seguro, se está hablando, en realidad, de relaciones donde hubo cuidado, ternura, presencia, pertenencia. Pero al nombrarlo como apego, se traduce esa relación a una característica que la persona desarrolló o no desarrolló, y que ahora carga consigo como algo propio. Cuando se habla de apego inseguro o de apego evitativo, se está hablando, en realidad, de relaciones donde hubo negligencia, maltrato, abandono institucional, violencia, condiciones materiales precarias. Pero al traducirlo al lenguaje del apego, esos fenómenos relacionales y políticos quedan convertidos en estilos personales. La persona ya no es alguien que vivió maltrato. Es alguien con apego inseguro. Esa traducción importa, porque organiza completamente cómo se entiende el problema y cómo se responde a él.

Lo mismo ocurre con la empatía, presentada muchas veces como una capacidad que algunas personas tienen y otras no, una habilidad que se entrena, una marca de identidad, cuando en realidad lo que está en juego son relaciones cargadas de cuidado, atención, presencia, escucha. Y lo mismo con la resiliencia, esa palabra que pretende explicar por qué algunas personas sobreviven a los abusos y otras no, atribuyéndolo a un rasgo individual o a una fortaleza interna, cuando lo que en realidad ocurrió es que ciertas personas tuvieron acceso a relaciones, comunidades, recursos materiales, redes que sostuvieron sus respuestas, y otras no, pero de esto hablaré más adelante.

Voy a centrarme en el apego, porque es probablemente el caso más estudiado, más sofisticado y más extendido. Pero la crítica vale para los otros también.

David Marsten, David Epston y Laurie Markham, en *Narrative Therapy in Wonderland* (2016), hacen una crítica radical a la psicología del desarrollo, al diagnóstico infantil y a la captura profesional de la vida familiar. Su crítica no se limita al apego, atraviesa todo el campo donde el apego opera. Muestran que

el lenguaje no solo representa lo que ocurre, también organiza lo que puede ser visto, sentido y sabido. Y que algunas palabras, cuando son autorizadas por la ciencia, dejan de ser solo palabras. Entran en las conversaciones con prestigio, con fuerza institucional, con apariencia de verdad.

Las nociones del apego operan así. Ansioso, evitativo, desorganizado, base segura, apego inseguro, regulación, sintonía, disponibilidad emocional. Cada una funciona como pequeña tecnología de autoridad clínica. Y cuando se instalan, hacen algo concreto. Convierten la vida de una niña, de un niño, de una persona adulta, en archivo probatorio de una hipótesis. La protesta de un niño cuando lo dejan en el jardín se vuelve ansiedad de separación. La distancia de una niña ante alguien que no le da seguridad se vuelve apego evitativo. La desorientación de una persona adulta frente a relaciones violentas se vuelve apego desorganizado. Las experiencias y las expresiones dejan de ser un territorio de relatos en disputa y pasan a ser evidencia de una clasificación.

Marsten, Epston y Markham (2016, pp. 175-198) dedican un capítulo entero, titulado «It's All Mom's Fault! A Figment of the Imagination», a mostrar cómo todo este aparato ha venido produciendo una vigilancia sistemática sobre las madres. La psicoterapia, desde sus inicios, ha tratado a las madres con sospecha. Paula Caplan e Ian Hall-McCorquodale, en una investigación que estos autores citan, encontraron que en los 125 artículos profesionales que revisaron «se les atribuyeron a las madres un total de 72 tipos diferentes de psicopatología» (Caplan y Hall-McCorquodale, 1985, citado en Marsten, Epston y Markham, 2016, p. 180; traducción propia). Más todavía, «en ningún artículo la relación de la madre con el niño fue descrita como simplemente saludable, ni fue ella nunca descrita solamente en términos positivos» (Caplan y Hall-McCorquodale, 1985, citado en Marsten, Epston y Markham, 2016, p. 181; traducción propia). Esto es importante para leer críticamente al apego, porque aunque sus versiones contemporáneas digan hablar de cuidadores o vínculos en general, en la práctica histórica y cultural las exigencias recaen casi siempre sobre las madres. La pregunta por la sensibilidad materna, la

disponibilidad emocional, la sintonía afectiva, la regulación, se convierte en una auditoría interminable sobre la maternidad.

Y la neurociencia contemporánea no ha venido a dismantelar este sesgo. En muchos casos lo ha sofisticado. David Denborough, en su artículo *Travelling down the neuro-pathway* (2019), llama neuro-conceal o neuro-ocultación a esta operación. Él lo plantea así: «al focalizarnos en cambios en el cerebro, una de las primeras cosas que pueden quedar ocultas son las consideraciones políticas (sea que ello refiera a género, raza, clase, pobreza, sexualidad u otras relaciones de poder)» (Denborough, 2019, p. 20; traducción propia). La operación se focaliza en el cerebro, la amígdala, la integración hemisférica, la plasticidad, los circuitos, mientras se oscurecen las relaciones de poder, la pobreza, el racismo, el género, la violencia, la colonialidad y las condiciones materiales de existencia. Cuando una madre que vive en condiciones de precariedad extrema, sosteniendo cuatro hijos sola, trabajando turnos imposibles, expuesta a la violencia patriarcal, es evaluada en términos de su capacidad de regular afectivamente a sus hijos o de sintonizar emocionalmente con ellos, lo que está ocurriendo es que las condiciones que producen su situación quedan invisibilizadas y la responsabilidad recae sobre su sistema nervioso. Se la mide con un metro neurocientífico que parece objetivo pero que esconde una vigilancia política antigua. Marsten, Epston y Markham preguntan, con una esperanzadora ironía, «si no hemos entrado en una nueva frontera, yendo más allá de las meras teorías sobre las madres como agentes causales de daño y entrando en un campo evidencial (una especie de corte suprema científica) en la que cada madre es una posible perpetradora, susceptible de ser acusada de obstrucción genética, daño cerebral e incluso de asesinato neuronal» (Marsten, Epston y Markham, 2016, p. 197; traducción propia).

La crítica más profunda a todo esto es ontológica. Y conecta directamente con una de las convicciones centrales de la terapia narrativa.

Michael White, siguiendo a Jerome Bruner, hablaba de estados intencionales para referirse a los propósitos, valores, esperanzas, compromisos y actos de significado que las personas usan para dar sentido a sus vidas y orientar sus

acciones. Lo que no había desarrollado hasta acá es que ese concepto se entiende mejor por contraste con su opuesto, los estados internos. Los estados internos son rasgos, características, esencias, déficits, capacidades, mecanismos que se asumen dentro de la persona y que explican lo que hace. La persona tiene apego inseguro, tiene baja autoestima, tiene una herida, tiene un déficit de regulación. Los estados intencionales son otra cosa. La persona está respondiendo a algo. Está cuidando algo. Está protestando contra algo. Está protegiendo a alguien. Está negándose a algo.

La diferencia entre estos dos lenguajes es política. Cuando se trabaja desde estados internos, la persona queda capturada como portadora de propiedades. Cuando se trabaja desde estados intencionales, la persona es agente. Y todo lo que parece estado interno, cuando se mira con cuidado, se revela como acción, como movimiento, como respuesta. El apego, leído así, deja de ser una propiedad que la persona desarrolló o no, y se vuelve una historia de relaciones donde la persona estuvo respondiendo todo el tiempo. Cuidando lo que podía cuidar. Protegiéndose como podía protegerse. Buscando lo que podía buscar.

Esto cambia completamente lo que se ve. Una persona que se aleja de las relaciones que parecen seguras se puede pensar como si tuviese apego evitativo o, por otro lado, que quizá está viendo señales de peligro que no le dan garantías de seguridad y decide cuidarse de volver a ser traicionada. Una persona que busca proximidad de manera intensa puede ser totalizada como que tiene apego ansioso, pero quizás podría estar reclamando certezas de amor en un mundo que la ha dejado sola muchas veces. A una persona que se muestra desorientada frente a las relaciones violentas podría asignársele un apego desorganizado, pero quizás podríamos interpretar que podría estar respondiendo a un contexto donde el cuidado fue arrebatado y reemplazado por amenaza, y continúa, pese a las dificultades, intentando organizar respuestas en condiciones imposibles.

Estas no son reformulaciones poéticas. Son distinciones precisas que cambian lo que se hace en la conversación terapéutica. Y que rescatan algo central que la teoría del apego, en sus versiones más institucionalizadas, ha ido

perdiendo. La idea de que las personas siempre estamos respondiendo. Siempre estamos haciendo algo con lo que nos pasa. Siempre estamos en agencia, aun en los peores escenarios. Aun cuando las respuestas no son visibles para los marcos dominantes.

Cuando se habla de apego, empatía o resiliencia como estados internos, se introducen mecanismos que parecen operar sobre nosotros. Como si tuviéramos dentro un esquema, un dispositivo, un mapa que nos arrastra, que nos determina, que nos limita. La persona ya no es alguien que decide, que valora, que responde, sino alguien movida por un mecanismo que la antecede. Esto es exactamente lo que el proyecto de la terapia narrativa, desde sus inicios, ha intentado interferir. Y esto es lo que ocurre cuando la práctica narrativa misma se ve secuestrada por proyectos teóricos que la deforman, dejando a profesionales formados narrativamente hablando de esencias en lugar de intenciones, de mecanismos en lugar de actos de significado, de estados en lugar de movimientos.

La invitación que sostengo es la inversa. No buscar dentro de la persona los mecanismos que explican lo que hace. Buscar en sus actos, en sus elecciones, en sus intenciones, los testimonios de lo que valora, de lo que cuida, de lo que protege. Y desde ahí, abrir conversaciones donde la persona pueda reconocerse como agente y no como portadora.

El vuelco que produce el apego es político. Cuando una niña que vive maltrato se nombra como con apego inseguro, el problema queda dentro de ella o de su madre, no en el maltrato ni en quienes lo ejercen ni en las condiciones que lo permiten. Cuando una persona adulta sobreviviente de abuso se nombra como con apego desorganizado, la responsabilidad de hacer algo recae sobre ella, sobre su tarea de trabajar su apego, sanarlo, reorganizarlo. Quien transgredió queda fuera de la conversación. Las estructuras que permiten el abuso quedan fuera de la conversación. La rendición de cuentas, una vez más, queda fuera.

Y esto produce un efecto subjetivo. Las personas que llegan a la terapia o que se acercan a estos lenguajes terminan entendiéndose a sí mismas como un

tipo de persona herida, con un daño interior, con un apego que les falla. Y desde ahí, la responsabilidad de hacer algo se vuelve enteramente suya. Tienen que sanar, tienen que aprender a poner límites, tienen que aprender a decir que no, tienen que reorganizar sus vínculos. Todo el peso vuelve a caer sobre ellas. Es esta operación que veremos más adelante en la trampa del límite, ahora vestida con la ropa más sofisticada de la psicología del desarrollo.

Esto es lo que más me importa de mi crítica. No el rechazo a hablar de relaciones tempranas, ni la negación de que el cuidado importa, ni el desconocimiento de que el abandono y el maltrato dejan efectos. Esos efectos existen. Lo que cuestiono es que esos efectos se traduzcan a un lenguaje psicologizante que los privatiza, que los individualiza, que los convierte en propiedad de la persona afectada y de su madre, mientras quienes están en posición de ventaja, los transgresores, las instituciones, las estructuras de poder, salen de la conversación.

La pregunta que propongo no es cómo curar tu apego. Es cómo respondemos desde el poder. Cómo respondemos desde el privilegio. Cómo respondemos a las acciones, a las protestas, a los cuidados, a las búsquedas, a los actos de significado de las personas que están viviendo o han vivido contextos de maltrato o negligencia. Y cómo construimos relaciones que honren todo eso en lugar de traducirlo a perfiles diagnósticos. La expresión que llamamos apego, vista desde acá, es de hecho agencia. Es de hecho movimiento. Y lo que hace falta para reestructurar incluso lo que se llama biología, para reestructurar el significado de las experiencias tempranas, no es el esfuerzo individual de las personas que ya están luchando todas sus vidas. Es ponernos a conversar desde el poder y desde el privilegio acerca de cómo respondemos.

La gramática del apego, como la del trauma, como la de la resiliencia, como la de la empatía, deja todas estas preguntas en segundo plano. Por eso, también ella, opera como eufemismo. Oculta primero lo que las personas estuvieron haciendo en sus relaciones, los actos de cuidado, de protección, de búsqueda, de respuesta. Oculta después los contextos, la ternura, la presencia, la pertenencia que hubo en algunos casos, y la negligencia, el maltrato, la violencia, el

abandono institucional, el despojo que hubo en otros. Y oculta, por último, el silencio social que recibe esas respuestas y esos contextos y los traduce a perfil clínico, en vez de tomarlos como exigencias éticas dirigidas a quienes podemos responder. Cada palabra escondía lo que merecía ser nombrado de otra manera. Además, secuestra el lenguaje local del cuidado y lo reemplaza por la gramática experta de la ciencia, le arrebató a las personas y a las culturas nombrar sus formas de cuidado universalizando una forma lejana que se impone como el lenguaje oficial, aunque no signifique mucho.

7. Resistencia al sinsentido versus «trauma»

¿Y qué sería el sinsentido?

Sinsentido sería cualquier historia que intentara confirmar la no valía y la indignidad de la persona o de la comunidad, y que se opusiera por lo tanto a las formas de justicia local que honren esa valía y esa dignidad.

Si pensamos en personas y comunidades que frente a la construcción del sinsentido que produce el abuso no son cuerpos dóciles ni inadecuados ni trastornados, sino que resisten y responden, entonces estamos presenciando personas y comunidades que pese a los más horribles abusos de poder en sus vidas, buscan y se involucran en procesos de construcción de sentido de continuidad, de significados que les ayuden a crear marcos de inteligibilidad del abuso y de su dignidad, que se resisten a renunciar al hecho del cuidado, la legitimidad y la pertenencia.

Parte del protocolo patriarcal del silenciamiento está encargado de invisibilizar este hecho y de construir subjetividades asociadas al daño interno. Personas que frente a los más horribles hechos, violaciones, secuestros, guerras, amenaza continua, inseguridad, marginación, explotación, se trastornan,