



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Borda Bohigas, Juan Pablo; Carrillo, Juan O.; Garzón, Daniel F.; Ramírez, María P.;
Rodríguez, Nicolás

Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 44, núm. 1, 2015, pp. 41-49

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638014007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

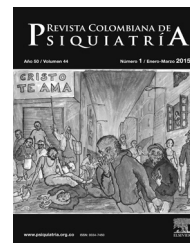
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de revisión

Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado



Juan Pablo Borda Bohigas*, Juan O. Carrillo, Daniel F. Garzón,
María P. Ramírez y Nicolás Rodríguez

Departamento de Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de julio de 2014

Aceptado el 29 de septiembre de 2014

On-line el 11 de diciembre de 2014

Palabras clave:

Trauma histórico

Conflicto armado

Violencia política

Salud mental

R E S U M E N

Introducción: El trauma histórico (TH) es un trauma colectivo infligido a un grupo de personas que comparte una identidad o afiliación, que se caracteriza por el legado transgeneracional de los eventos traumáticos experimentados, y se expresa a través de diversas respuestas psicológicas y sociales. Este constructo se propuso en contraposición al trastorno de estrés postraumático (TEPT), debido a las limitaciones identificadas para abordar desde esta categoría diagnóstica traumas colectivos en situaciones de violencia política y social. El objetivo del presente artículo es revisar la literatura sobre TH publicada hasta el momento.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos EMBASE, Ebscohost, JSTOR, ProQuest, LILACS, SciELO, Psycarticles, ISI Web of Science y PubMed con los términos “historical trauma” y “mental health” o “trauma histórico” y “salud mental”.

Resultados: Se revisan elementos del constructo de TH como su definición, las características de la experiencia traumáticas que lo caracterizan y la forma en que se da una sucesión transgeneracional. Se describen las consecuencias de los eventos traumáticos individuales, familiares y sociales en comunidades que han sufrido TH. Finalmente, se revisan las características comunes de distintos modelos de intervención terapéutica y algunas recomendaciones de los creadores para su aplicación.

Conclusiones: Existen claras limitaciones del TEPT en el abordaje de experiencias traumáticas comunitarias y acumuladas relacionadas con contextos sociales e históricos específicos, por lo que mencionamos las posibles ventajas que puede ofrecer el TH en esta tarea. Por último, se señalan vacíos actuales en el conocimiento sobre este tema y se esbozan algunas recomendaciones para investigaciones futuras.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanpablobordab@gmail.com (J.P. Borda Bohigas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Historical trauma. Systematic review of a different approach to armed conflict

A B S T R A C T

Keywords:

Historical trauma
Armed conflict
Political violence
Mental health

Introduction: Historical trauma (HT) is a collective trauma inflicted on a group of people who share an identity or affiliation, and is often characterized by the transgenerational legacy of traumatic experiences, and expressed through various psychological and social responses. This construct is proposed in contrast to post-traumatic stress disorder (PTSD) due to limitations identified with the latter diagnostic category when addressing collective trauma, especially in situations of political and social violence. The purpose of this article is to review the literature published so far on HT.

Methods: A search was performed using the terms “historical trauma” and “mental health” or “trauma histórico” and “salud mental” in the scientific databases, EMBASE, Ebscohost, JSTOR, ProQuest, LILACS, SciELO, PsycARTICLES, ISI Web of Science and PubMed.

Results: The authors reviewed HT definition, paramount characteristics of its traumatic experience, and several theories of on the transgenerational succession if these experiences occur, as well as possible consequences of traumatic events at individual, family and social level. Common characteristics of different therapeutic models are highlighted, in addition to some recommendations for their application.

Conclusions: PTSD has clear limitations in addressing community and cumulative traumatic experiences related to specific social and historical contexts. The authors discuss the potential utility of HT in this task. Finally, several gaps in current knowledge regarding this construct are mentioned, and some recommendations for future research are indicated.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trauma histórico (TH) es un trauma colectivo infligido a un grupo de personas que comparte una identidad o afiliación (etnia, nacionalidad, religión, etc.), que se caracteriza por el legado transgeneracional de los eventos traumáticos experimentados y se expresa a través de diversas respuestas psicológicas y sociales¹. Este constructo se propuso en contraposición al trastorno de estrés postraumático (TEPT), debido a las limitaciones identificadas para abordar desde esta categoría diagnóstica traumas colectivos en situaciones de violencia política y social²⁻⁴. Las dificultades al abordar el trauma en un ámbito colectivo se explica porque el TEPT tiene un enfoque individual, no estudia las repercusiones colectivas ni generacionales e ignora el contexto histórico y cultural donde se produce el trauma¹.

Dada la posible utilidad de este constructo para aproximarse a experiencias traumáticas comunitarias y su reciente aparición, el objetivo del presente artículo es revisar la literatura sobre TH publicada hasta el momento para precisar elementos de su constructo, sus repercusiones en salud mental y las distintas intervenciones terapéuticas que se plantean a partir de sus bases teóricas.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos EMBASE, EBSCOHOST, JSTOR, ProQuest, LILACS, SciELO, PsycARTICLES, ISI Web of Science y PubMed con los términos “historical trauma” y “mental health” o “trauma histórico” y “salud

mental”, sin limitaciones de lenguaje ni fecha de publicación. Se obtuvo un total de 531 artículos, de los cuales se revisaron los títulos y resúmenes; para la revisión completa, se eligió de estos los que definieran el TH, hablaran sobre sus repercusiones en salud mental o plantearan intervenciones terapéuticas. Finalmente, se incluyeron para esta revisión 58 artículos que cumplían alguno de los criterios propuestos.

Conceptualización de trauma histórico

Desde la primera década de este siglo, se publican artículos que asocian el estrés psicológico en grupos minoritarios con desenlaces negativos en salud mental, como consumo de sustancias psicoactivas, suicidio o depresión⁵. El término TH lo describió por primera vez en 1995 la Dra. Brave Heart como una herida profunda de las comunidades de nativos americanos (NA), que se perpetúa a través de las generaciones y que es resultado del genocidio y la pérdida de tierras a las que estaban atados espiritual y emocionalmente^{2,6}. En publicaciones posteriores, se generalizó la definición de TH como un trauma colectivo infligido a un grupo de personas que comparte una identidad o afiliación (etnia, nacionalidad, religión, etc.), que se caracteriza por una transmisión transgeneracional de los eventos perturbadores experimentados y causa diversas respuestas psicológicas y sociales¹. Si bien el TH se describió por primera vez en relación con experiencias traumáticas en población de NA, también se ha descrito en otras comunidades afectadas históricamente, como afroamericanos, judíos o víctimas de la posguerra de El Salvador⁷⁻¹⁰. Las experiencias traumáticas que pueden generar TH poseen

cuatro características comunes: a) las sufre la mayoría de la comunidad; b) producen altos niveles de tensión o estrés colectivo; c) generalmente hay duelos masivos por pérdidas de individuos de la comunidad o por pérdida de tradiciones culturales, y d) son perpetuadas por personas externas a la comunidad con una intención destructiva¹. Algunos ejemplos de estas experiencias traumáticas son el racismo, las hambrunas, las masacres frecuentes y el desplazamiento de las tierras de origen, entre otras, que por producirse sistemáticamente en una población específica concuerdan con la definición universalmente aceptada de genocidio¹¹.

Las experiencias traumáticas con las características antes descritas generan una respuesta al TH que se evidencia en tres niveles distintos. En el individuo el TH se asocia con ansiedad, depresión, TEPT, duelos, culpa y consumo de psicoactivos; en la familia compromete la comunicación y da lugar a modelos parentales estresantes o inapropiados; y en la sociedad producen ruptura con las tradiciones culturales, gran prevalencia de enfermedades crónicas y ruptura de lazos sociales^{1,5,7}. De esta forma, el constructo del TH consolida estas experiencias dentro de un modelo explicativo para clarificar la cadena causal entre la opresión pasada y la disfunción actual; es decir, se destaca la opresión de generaciones previas como un factor perpetuador que favorece la actual aparición de problemas psicológicos, médicos o sociales en estas comunidades^{2,8,12}.

En la literatura revisada se reportan dos escalas para abordar las repercusiones del TH en los individuos de una comunidad¹³. La primera es la escala de pérdida histórica (*historical loss scale*), que se construyó para medir la frecuencia de los pensamientos de un individuo sobre sus pérdidas históricas¹⁴. La segunda es la escala de síntomas asociados con la pérdida histórica (*historical loss associated symptoms*), que mide la frecuencia de determinadas emociones experimentadas al pensar o recordar las pérdidas históricas¹⁴. La información sobre las propiedades psicométricas de ambas escalas se resumen en la tabla 1.

En cuanto a la sucesión transgeneracional del TH, se ha descrito que puede ocurrir por dos vías distintas, una interpersonal y otra social. La transmisión interpersonal de la experiencia traumática puede presentarse de manera directa cuando generaciones mayores narran a los menores las historias traumáticas¹⁵ o de forma indirecta por medio de maltrato intrafamiliar o pautas de crianza alteradas en los mayores, que se relacionan con dificultades afectivas secundarias a experiencias traumáticas previas^{1,7,8,16}. Desde el punto de vista social, se produce por la ruptura con los modos de vida tradicionalmente establecidos secundaria a desplazamientos, reubicaciones o genocidios^{1,7,16}. También se han descrito modelos biológicos o genéticos que plantean la existencia de un ADN psicológico que establece una personalidad particular en la generación más joven a partir de las relaciones con las generaciones anteriores¹⁷.

Se ha intentado cuantificar la propagación del trauma de una generación a otra. Por ejemplo, Whitbeck reporta tasas de pensamientos sobre "pérdida histórica" en adolescentes de 11-13 años no expuestos directamente al trauma similares a las de sus cuidadores que sí estuvieron expuestos¹⁸. Entre los factores de riesgo reconocidos que aumentan la probabilidad de una transmisión del trauma histórico entre generaciones, se encuentran: fallecimiento de niños o cónyuges mujeres,

trauma recibido directamente por ambos padres, presencia de niñas dentro del núcleo familiar, dificultades en la respuesta parental a la experiencia traumática y el silencio frente al trauma¹.

El TH ha sido visto como una elaboración y extensión de la categoría psiquiátrica establecida TEPT². Nace de la necesidad de abordar y comprender mejor las experiencias traumáticas colectivas relacionadas con contextos históricos y políticos específicos. En este sentido, el TEPT tiene varias limitaciones, ya que su enfoque individual no estudia las repercusiones colectivas y generacionales e ignora el contexto histórico y cultural donde se produce el trauma^{1,19}. El TH, a diferencia del TEPT, aborda experiencias traumáticas acumuladas, y reconoce sus repercusiones colectivas y su transmisión a través de generaciones². Por otro lado, como ya se mencionó, entre las respuestas psicológicas individuales del TH se incluyen síntomas depresivos y de ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas, suicidio y duelo, además de los síntomas típicamente relacionados con TEPT.

Repercusiones del trauma histórico

Solo en la última década se ha reconocido la violencia social como una fuente importante de estrés similar a otras experiencias traumáticas como factor de riesgo para desenlaces negativos en salud mental^{1,18}. La carga alostática, definida como la suma de tensiones a lo largo de la vida de un individuo, es un concepto que explica cómo estresores ambientales producen cambios neuroendocrinos que generan efectos deletéreos en el organismo²⁰. Estas modificaciones en procesos inflamatorios y metabólicos, en combinación con factores genéticos individuales, aumentan el riesgo individual de padecer enfermedades crónicas como artritis, diabetes mellitus y depresión y otros trastornos mentales²⁰. Este concepto puede servir como puente al conectar la biología con las experiencias sociales^{20,21}, explicando cómo las trayectorias de vida y el desarrollo del ciclo vital del individuo reciben la interferencia de eventos traumáticos^{9,18}.

La respuesta al TH no solo repercute en el individuo, sino también en la familia y la comunidad. Esto parte de haberse observado que los efectos a largo plazo de la violencia comunitaria y la guerra se aprecian en las experiencias individuales de enfermedad y también en las personas que se relacionan con los individuos afectados^{1,7,16}. Por ejemplo, en poblaciones históricamente violentadas, afectan a las competencias de los padres para criar a sus hijos^{16,22}. En comunidades traumatizadas como las de NA, los judíos y los negros, se han observado alteraciones en el patrón de apego de los niños y cómo estos adquieren una visión negativa del mundo y de sí mismos, lo que favorece patrones desadaptativos de comportamiento y desenlaces negativos en salud mental en la adultez^{1,7,9,16,22-25}. Esta transmisión transgeneracional del trauma podría explicar por qué los desenlaces negativos en salud mental en las comunidades vulneradas persisten décadas después de haber cesado los periodos de violencia^{1,25}.

También se ha descrito que en comunidades afectadas por TH se perpetúan hasta la actualidad desigualdades socioeconómicas, discriminación y desventajas educativas^{3,18,26,27}, lo que aumenta la carga alostática en estas poblaciones²⁰. Es así

Tabla 1 – Escalas

Escala de pérdidas históricas	Escala de síntomas asociados a pérdida histórica
<p><i>Historical loss scale</i> (Clark et al., 2012)</p> <p>Posee 12 puntos</p> <p>No hay información test-retest</p> <p>Consistencia interevaluador alta (alfa Cronbach, 0,94 y 0,92)</p> <p>Buena validez de constructo</p> <p>Las pérdidas percibidas cuentan por el 58% de la varianza en todos los 12 ítems, con una carga de 0,62 a 0,86</p> <p>Tiene buena validez de convergencia</p> <p>Correlación significativa con ansiedad/depresión y rabia/evitación de la escala HLASS</p>	<p><i>Historical loss associated symptoms scale</i> (Clark et al., 2012)</p> <p>Posee 17 puntos</p> <p>Incluye tristeza/depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, pérdida de concentración, sentirse aislado o distanciado de los otros, trastornos del sueño, sentirse incómodo con tener blancos alrededor, miedo o desconfianza en las intenciones de los blancos</p> <p>No hay información de test-retest</p> <p>Buena consistencia interna</p> <p>Alfa de Cronbach, 0,9 y 0,91</p> <p>Buena validez de constructo (Clark et al., 2012)</p> <p>En análisis factorial aparecen dos grupos de respuesta emocional: ansiedad/depresión y rabia/evitación, que dan el 56% de la variabilidad</p> <p>Tiene validez de convergencia con una correlación estadísticamente significativa entre escala HLS y ansiedad/depresión y rabia/evitación</p>

como, por ejemplo, el racismo y la discriminación étnica se han relacionado con estrés psicológico y condiciones médicas crónicas como obesidad, diabetes mellitus, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas^{1,14,22,28,29}.

Trauma histórico y salud mental

Como ya se ha descrito, en la respuesta individual al TH se incluye el consumo de psicoactivos, las ideas o los gestos suicidas, la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, la violencia interpersonal y el embotamiento afectivo. En la tabla 2 se enumeran los datos encontrados en la bibliografía revisada sobre desenlaces negativos en salud mental en comunidades con TH.

Además se ha relatado una alta tasa de pensamientos sobre pérdida histórica en poblaciones de NA. Casi una quinta parte (18,2%) de los padres indígenas/cuidadores de niños de 10-12 años piensan una o varias veces al día en la pérdida de la tierra; más de un tercio (36,3%) reflexiona una o varias veces al día sobre la pérdida de su lengua tradicional y un tercio (33,4%) piensa todos los días o varias veces al día sobre la pérdida de sus tradiciones espirituales¹⁸. Por otro lado, se reconoce una relación directa entre la frecuencia de este tipo de pensamientos y la presencia de síntomas depresivos¹⁸, consumo de alcohol¹⁸, síntomas ansiosos^{18,27} y suicidio²⁷. Lo mencionado muestra una asociación clara entre TH, pensamientos de pérdida histórica y desenlaces negativos en salud mental.

Como se mencionó, a las vulnerabilidades históricas se suman hechos actuales como la situación de pobreza, el abandono institucional, el difícil acceso a salud y educación y el racismo, que actúan como factores que perpetúan las condiciones inequitativas y a la vez agravan su situación emocional, lo cual constituye un círculo vicioso³⁰⁻³².

Así como se ha encontrado una asociación entre TH y desenlaces negativos en salud mental, también se han descrito elementos protectores dentro de este constructo. Hay evidencia suficiente de la asociación entre la persistencia de la identidad cultural por medio de las prácticas tradicionales y persistencia de las redes comunitarias con el cese del consumo de alcohol, disminución de síntomas depresivos y de comportamientos suicidas y aumento de autoestima y conductas

prosociales^{18,20,33}. Por ello el constructo de TH no solo tiene en cuenta los factores que propician desenlaces negativos, sino que también identifica las herramientas útiles para favorecer el proceso de resiliencia, integrándolos a propuestas terapéuticas.

Herramientas terapéuticas

En comunidades con TH es fundamental la reconstrucción de los tejidos sociales fortaleciendo capacidades de liderazgo, apoyo social y sentimiento de pertenencia a la comunidad^{26,34,35}. Por eso, las herramientas terapéuticas propuestas implican la reincorporación de actividades culturales tradicionales y prácticas espirituales, buscando fortalecer los lazos familiares y comunitarios^{5,26,29,36-38}. La “enculturación” o grado de apropiación de la propia cultura protege a estas comunidades contra efectos negativos en salud mental^{3,5,39,40}.

Los métodos terapéuticos hasta el momento planteados han sido validados dentro de comunidades con TH. Crofoot et al., por ejemplo, condujeron grupos focales en comunidades de NA donde encontraron que sus miembros buscaban servicios de atención en salud que respetaran sus prácticas ancestrales, porque se sentían más familiarizados y mejor tratados dentro de estos²⁸. Otros intereses identificados en estas comunidades son abordar las experiencias traumáticas previas, favorecer la integración de los servicios de atención con las instituciones judiciales y reforzar pautas de crianza en los padres^{26,28,36,41}.

Una de las más importantes aproximaciones a estas comunidades descritas en la literatura es reconocer el trauma como parte de su historia⁴²⁻⁴⁴ y abrir espacios para el recuento de esa historia, favoreciendo que todos sus integrantes la conozcan y comprendan⁴⁵. Se ha identificado que hay resistencia para hablar del sufrimiento traumático, y la gran mayoría de las víctimas mantiene los detalles de su pasado en un secreto doloroso, por lo que se propone la narración de su historia como un elemento terapéutico fundamental²⁵. Por otro lado, los servicios de atención a víctimas del TH deben incluir una serie de propuestas dirigidas a la prevención y el tratamiento de problemas de salud general y mental, donde confluyan herramientas terapéuticas occidentales y tradicionales

Tabla 2 – Desenlaces negativos en salud mental en comunidades con TH

Autor	Año	Población	Evento relacionado	Desenlace en salud mental
Heart	2003	Jóvenes NA	No aplica	Consumo de alcohol, el 96% de los varones y el 92% de las mujeres, mayor frecuencia en intensidad y frecuencia de consumo
Penn et al	2008	Jóvenes NA	No aplica	Arrestados en promedio 2 veces más que otros jóvenes por consumo de sustancias psicoactivas y 49 veces más por crímenes relacionados con alcohol
Lane et al	2011	Jóvenes y adultos NA	Más de 3 eventos traumáticos en la vida	4 veces más riesgo de consumo de alcohol (OR = 4,6; IC95%, 2,5-8,7)
Goodkind et al	2011	Jóvenes NA	Sufrir violencia física y sexual Ser testigo de actos violentos	Aumenta 2 veces el consumo de alcohol, marihuana y drogas duras Triplica el riesgo de trastornos por uso de sustancias
Horse et al	2012	NA de 15-24 años NA	No aplica	Tasas de suicidio de 34/100.000 hab. frente al promedio poblacional (11/100.000 hab.) en Estados Unidos en 2004 El 514% más problemas con alcohol, el 140% más lesiones no intencionadas, el 92% más homicidios y el 82% más suicidios que en otras razas Desde 2001 a 2005, el 11,7% de todas las muertes en esta población fueron atribuidas al alcohol (el doble que en la población general) Las tasas de muerte de varones en esta población exceden en todas las edades a las de mujeres por altas tasas de suicidio, consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos
Clark et al	2012	Mujeres NA	Estrés emocional Racismo o discriminación Sentimientos asociados a pérdida histórica Estrés emocional y discriminación	Relación con atracones ($r = 0,41$; $p < 0,01$) Relación con sentiminetos asociados a pérdida histórica ($r = 3$; $p < 0,01$) Relación con estrés emocional ($R = 5$; $p < 0,01$) Predictores de atracones ($F_{(7,232)} = 9,29$; $p < 0,01$)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; NA: nativo americano; OR: odds ratio.

propias de cada comunidad^{26,36,46-49}. Además, dentro de esta atención se debe brindar apoyo a familiares, psicoeducación, entrenamiento en técnicas de crianza, estrategias de recuperación de empleo y, si es necesario, apoyo en vivienda^{26,36,48}.

Es importante resaltar que muchas de las intervenciones propuestas utilizan como una de las herramientas terapéuticas fundamentales el fortalecimiento de pautas de crianza. Muchos de estos programas han desarrollado adaptaciones culturales exitosas basadas en terapia cognitivoconductual y actividades ancestrales de interacción hijo-padre^{39,50-52}. Este tipo de intervenciones ha favorecido en los padres la adquisición de mejores técnicas de crianza, control y manejo de emociones, disminuyendo las reacciones físicas y el maltrato intrafamiliar⁴⁶. En algunas comunidades también ha resultado eficaz la cercanía de la comunidad a la naturaleza en actividades como paseos a caballo, salidas para avistar aves, celebraciones en campamentos sin alcohol o campamentos de verano de liderazgo, entre otras^{38,53}.

Se debe señalar que todas las actividades terapéuticas arriba mencionadas deben ser adaptadas culturalmente, con un enfoque holístico basado en el trauma⁴⁶, con el objetivo de reconstruir y fortalecer a las comunidades afectadas^{26,35}. Hasta el momento se han propuesto múltiples programas de atención a estas comunidades, los cuales se resumen en la tabla 3, junto con algunos de los resultados cualitativos

reportados. Esta aproximación holística ha mostrado reducciones significativas de abuso de sustancias en adultos y adolescentes (reducción del 47 al 23% tras 6 meses de seguimiento; $p < 0,001$), de contagio por VIH y de *acting out* en niños con alteraciones emocionales graves ($p < 0,05$)⁴⁸.

Vale la pena anotar que las diferencias étnicas entre el paciente y el terapeuta son un factor que frecuentemente afecta a la relación terapéutica con estas comunidades, lo que se ha relacionado con escasa utilización de servicios de salud mental gubernamentales y altas tasas de abandono⁵⁴. Por esta razón, se ha propuesto que los clínicos e investigadores reconozcan las tradiciones culturales y adquieran conocimientos sobre las percepciones históricas de estas comunidades^{9-11,54,55}.

En un sentido similar, se han identificado como factores de ineficiencia en la atención en salud mental en estas poblaciones la discriminación institucional, desestimación de prácticas tradicionales efectivas, exceso de confianza en la medicina basada en la evidencia, falta de competencia cultural en proveedores de salud y barreras para acceder a la atención⁵. Asimismo, múltiples limitaciones en la utilización de prácticas basadas en la evidencia en estas poblaciones, ya que históricamente no se han incluido etnias ni grupos culturales en las muestras de los distintos estudios, y los recursos destinados a la investigación de las prácticas culturales han sido

Tabla 3 – Programas de atención

Autor	Población	Observaciones	Resultados
Brave Heart	Población lakota	Modelo psicoeducativo basado en la exposición a memorias históricamente traumáticas, integración cognoscitiva, discusiones sobre pautas de crianza	Mayor conocimiento sobre su pasado y el impacto del trauma histórico en sus pautas de crianza, reconexión con la cultura, expansión de redes de apoyo y empoderamiento
Heart	NA	Terapia de exposición. Catarsis e integración cognitiva de afecto negativos y el trauma	
Kidron	Sobrevivientes al holocausto nazi	Grupos de apoyo familiar. Narraciones interactivas grupales de experiencias	
Johnson	NA	Tratamiento en dominio emocional basado en la evidencia	
Dionne et al	NA	"The incredible years". Programa de crianza basado en evidencia. De orientación motivacional, incluía contextualización de los retos de crianza y reconocimiento del trauma histórico	Mejoría significativa en cuanto a pautas de crianza y conductas de los hijos
BigFoot et al	NA	"Honoring Children-Mending the Circle". Modelo de bienestar basado en "the medicine wheel called"	
Nebelkopf et al	NA	Enfoque holístico integral: círculos de conversación, ceremonias estacionales, temascal, Red Road	Disminución del consumo de alcohol. Aumento en la proporción de inicio de actividades académicas en la población
Horse et al	NA	"Voces nativas". Reuniones de <i>Gathering of Native Americans</i> (GONA) "The historical trauma and unresolved grief intervention".	Aumento tolerancia a los afectos, más felicidad, menos embotamiento y apatía, mayor conciencia de las características del trauma
		Terapia de grupo corta para trauma histórico y duelo no resuelto Realizada según tradiciones ancestrales <i>RezRiders</i>	Cambio de conductas de alto riesgo por deportes extremos
Goodkind et al	NA	Intervención educativa multinivel basada en deportes extremos Intervención culturalmente adaptada para jóvenes y padres. Reconocimiento del trauma histórico, reconexión con su cultura, aprendizaje de pautas de crianza	Mejoría de los síntomas relacionados con la pérdida histórica, pautas de crianza y comunicación padres-hijos. Cambios persistentes a los 12 meses de seguimiento

muy escasos^{11,46,52}. Por todo lo anterior, es importante reconocer que existe una posibilidad significativa de retraumatizar a estas comunidades al obligarlas a acceder a un servicio de salud que no es acorde con sus características culturales^{5,56}. Finalmente, en las publicaciones revisadas se han enunciado algunos principios estratégicos para los procesos de planificación y evaluación de las intervenciones en comunidades con TH (tabla 4).

Discusión

La categoría nosográfica TEPT ha mostrado importantes limitaciones a la hora de abordar experiencias traumáticas comunitarias y acumuladas relacionadas con contextos sociales e históricos específicos. La noción de TH nace como respuesta a estas restricciones. Varios elementos diferencian al TH del TEPT. Primero, el TH hace referencia a un fenómeno colectivo que involucra a los miembros de un grupo

identificable, reconociendo las repercusiones psicológicas y sociales de esas experiencias, mientras que el TEPT se enfoca en un solo individuo. Segundo, el TH describe una experiencia traumática con características acumuladas en el tiempo, de tal manera que a mayor tiempo de exposición a condiciones traumáticas se esperan mayores desenlaces negativos. Tercero, este constructo describe de manera más amplia las posibles respuestas disfuncionales a las experiencias traumáticas como, por ejemplo, el abuso de sustancias, la depresión y el suicidio. Por último, el TH plantea el impacto transgeneracional, reconociendo que los descendientes de familiares que han experimentado TH son más susceptibles a desenlaces negativos en salud mental.

El concepto de TH, aunque inicialmente descrito en comunidades de NA, se ha generalizado a otras comunidades con largos periodos de violencia social y política. Además ha mostrado un fuerte vínculo entre experiencias comunitarias de TH y deterioro significativo en la salud general y mental de los individuos de estas comunidades. Por otro lado, reconoce

Tabla 4 – Puntos clave

- Garantizar la participación directa de la comunidad afectada
- Investigar los mecanismos de resiliencia y curación inherentes a la cultura de la población que se va a intervenir
- Evaluar las características y necesidades de la comunidad, incluso el reconocimiento de las tensiones entre la tradición, la cultura y su contexto actual
- Realizar una planificación estratégica que incluya como creencia central los procesos de cambio y el cambio en sí
- Reconocer la cultura no solo como un producto deseado de las actividades de planificación, sino también un elemento crucial del proceso de evaluación
- Reconocer las diferencias entre las comunidades
- Tener en cuenta el contexto sociopolítico e histórico de las comunidades
- Conocer la relación entre el trauma histórico y los traumas actuales
- Tener como estándares los valores propios y espirituales de las comunidades (en el caso de comunidades de nativos americanos, la confianza, la flexibilidad, la reciprocidad, la ausencia de juicio, la inclusión y la valentía)
- Revisar los propios preconceptos sobre la población que se va a intervenir
- Identificar y estudiar los efectos acumulados de traumas repetitivos y su impacto en las familias y las sociedades

también elementos de resiliencia en este tipo de comunidades y propone fortalecerlos como elemento terapéutico principal.

Es así como se han desarrollado múltiples intervenciones, que en general buscan el “empoderamiento” de las comunidades, el fortalecimiento del tejido social y retomar su cultura en función terapéutica. Además, muchas de las intervenciones propuestas incluyen técnicas narrativas comunitarias sobre las experiencias traumáticas. Hasta el momento solo existe un metanálisis que ha revisado sistemáticamente la eficacia de una intervención catártica aislada (*debriefing*) posterior a un trauma psicológico⁵⁷. Aunque el estudio muestra un efecto contraproducente de esa intervención (aumento de los síntomas relacionados con el trauma), aclara que este desenlace puede ser causado por no incluirse otro tipo de elementos útiles para afrontar experiencias traumáticas, como el apoyo de familiares y amigos u otro tipo de apoyo social⁵⁷. Con base en la noción de TH, también se han generado recomendaciones para el diseño e implementación de estos servicios, resaltando la importancia de vincular a las comunidades en su desarrollo, entrenar a los prestadores para abordar las situaciones culturales específicas y apoyar la investigación en estos escenarios²⁹.

Es importante anotar que, dada la reciente aparición del constructo, hay vacíos en esta área del conocimiento. Por un lado está abierta la discusión sobre la carga que generan los eventos traumáticos pasados en contraposición con la carga asociada a la persistencia de experiencias traumáticas actuales como políticas opresivas, discriminatorias o inequitativas^{1,27,58}. Hasta el momento también hay pocos datos cuantitativos reportados con respecto a los resultados de las intervenciones descritas, y es evidente la necesidad de operativizar y abordar de una manera más estructurada los posibles beneficios de estas herramientas. Por último, queda el interrogante de si se puede seguir extrapolando este constructo y sus elementos terapéuticos a otras comunidades que han sufrido experiencias traumáticas de características similares a las aquí mencionadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El artículo no recibió financiación externa, no se basa en ninguna tesis académica, no se presentó en ninguna reunión científica y ninguno de los autores tiene un conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Mercedes Cecilia Escudero de Santacruz, por su revisión y las correcciones propuestas al manuscrito de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Evans-Campbell T. Historical trauma in American Indian/Native Alaska communities: a multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *J Interpers Violence*. 2008;23:316–38.
2. Gone JP. Reconsidering American Indian historical trauma: Lessons from an early Gros Ventre war narrative. *Transcult Psychiatry*. 2013;51:387–406.
3. Gone JP. A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospects for evidence-based practice. *Spiritual Clin Pract*. 2013;1:78–94.
4. Horse MBHY. Gender differences in the historical trauma response among the Lakota. *J Health Soc Policy*. 1999;10:1.
5. Goodkind JR, Ross-Toledo K, John S, Hall JL, Ross L, Freeland L, et al. Rebuilding trust: a community, multiagency, state, and university partnership to improve behavioral health care for American Indian Youth, their families, and communities. *J Community Psychol*. 2011;39:452–77.
6. Brave Heart MY, DeBruyn LM. The American Indian Holocaust: healing historical unresolved grief. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res J Natl Cent*. 1998;8:56–78.
7. Dickson-Gómez J. The Sound of Braking Dogs: Violence and terror among Salvadoran families in the postwar. *Med Anthropol Q*. 2002;16:415–38.

8. Salzman MB. Diversity in consultation: Contextualizing the symptom in multicultural consultation: anger in a cultural-historical context. *J Educ Psychol Consult.* 2005;16:223-37.
9. Sossin KM. Nonmentalizing states in early-childhood survivors of the Holocaust: developmental considerations regarding treatment of child survivors of genocidal atrocities. *Am J Psychoanal.* 2007;67:68-81.
10. Wilkins E, Whiting J, Watson M, Russon J, Moncrief A. Residual effects of slavery: what clinicians need to know. *Contemp Fam Ther Int J.* 2013;35:14-28.
11. Lane DC, Simmons J. American Indian youth substance abuse: community-driven interventions. *Mt Sinai J Med N Y.* 2011;78:362-72.
12. Smye V, Browne AJ, Varcoe C, Josewski V. Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. *Harm Reduct J.* 2011;8:17-28.
13. Brave Heart MY, Chase J, Elkins J, Altschul DB. Historical trauma among Indigenous Peoples of the Americas: concepts, research, and clinical considerations. *J Psychoactive Drugs.* 2011;43:282-90.
14. Clark JD, Winterowd C. Correlates and predictors of binge eating among Native American women. *J Multicult Couns Dev.* 2012;40:117-27.
15. Fitzgerald HE, Farrell P. Fulfilling the promise: creating a child development research agenda with native communities. *Child Dev Perspect.* 2012;6:75-8.
16. Vernon IS. We were those who walked out of bullets and hunger: Representation of trauma and healing in solar storms. *Am Indian Q.* 2012;36:34.
17. Kellermann NPF. Transmission of holocaust trauma — An integrative view. *Psychiatry.* 2001;64:256-67.
18. Whitbeck LB, Walls ML, Johnson KD, Morrisseau AD, McDougall CM. Depressed affect and historical loss among North American indigenous adolescents. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res J Natl Cent.* 2009;16:16-41.
19. Ehrenreich JH. Understanding PTSD: forgetting trauma. *An Soc Issues Public Policy.* 2003;3:15-28.
20. Liu DMKI, Alameda CK. Social determinants of health for Native Hawaiian children and adolescents. *Hawaii Med J.* 2011;70:9-14.
21. Green TL, Darity WA Jr. Under the skin: using theories from biology and the social sciences to explore the mechanisms behind the black-white health gap. *Am J Public Health.* 2010;100:S36.
22. Heart M. The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: A Lakota illustration. *J Psychoactive Drugs.* 2003;35:7-13.
23. Dickenson J, Berkman ET, Arch J, Lieberman MD. Neural correlates of focused attention during a brief mindfulness induction. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2013;8:40-7.
24. Gubb K. Reflections on society as borderline mother. *Psycho-Anal Psychother South Afr.* 2010;18:40-57.
25. Kidron CA. Surviving a distant past: a case study of the cultural construction of trauma descendant identity. *Ethos.* 2003;31:513-44.
26. Marian NMBL. A collaborative and trauma-informed practice model for urban indian child welfare. *Child Welfare.* 2012;91:89.
27. Walls ML, Whitbeck LB. Distress among Indigenous North Americans: generalized and culturally relevant stressors. *Soc Ment Health.* 2011;1:124-36.
28. Crofoot TL, Harris N, Anne M, Smith KS, Gault J, Brooks G, et al. Mental health, health, and substance abuse service needs for the Native American Rehabilitation Association Northwest (NARA NW) in the Portland, Oregon metropolitan area. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res J Natl Cent.* 2007;14:1-23.
29. Horse MBHY, Elkins J, Tafoya G, Bird D, Salvador M. Wicasa Was'aka: restoring the traditional strength of American Indian boys and men. *Am J Public Health.* 2012;102 Suppl 2:S177-83.
30. Gee GC, Walsemann KM, Brondolo E. A life course perspective on how racism may be related to health inequities. *Am J Public Health.* 2012;102:967.
31. McLeigh JD. What are the policy issues related to the mental health. *Am J Orthopsychiatry.* 2010;80:177-82.
32. Tait CL. Resituating the ethical gaze: government morality and the local worlds of impoverished Indigenous women. *Int J Circumpolar Health [Internet].* 2013;7:2. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23986898&lang=es&site=ehost-live>.
33. Morgan R, Freeman L. The healing of our people: substance abuse and historical trauma. *Subst Use Misuse.* 2009;44:84-98.
34. Carol DD. Residential volatile substance misuse treatment for indigenous youth in Canada. *Subst Use Misuse.* 2011;46:107-13.
35. Lemyra MC. Building true capacity: indigenous models for indigenous communities. *Am J Public Health.* 2006;96:596.
36. Aguilera S, Plasencia AV. Culturally appropriate HIV/AIDS and substance abuse prevention programs for urban native youth. *J Psychoactive Drugs.* 2005;37:299-304.
37. Coyhis D, Simonelli R. The Native American healing experience. *Subst Use Misuse.* 2008;43:1927-49.
38. Penn J, Doll J, Grandgenett N. Culture as prevention: assisting high-risk youth in the Omaha Nation. *Wicazo Sa Rev.* 2008;23:43-61.
39. Goodkind J, LaNoue M, Lee C, Freeland L, Feasibility Freund R. acceptability, and initial findings from a community-based cultural mental health intervention for American Indian youth and their families. *J Community Psychol.* 2012;40:381-405.
40. Yurkovich EE, Hopkins-Lattergrass Z, Rieke S. Chaotic soup of politics: a Native American Indian mental health perspective. *Ment Health Relig Cult.* 2011;14:1013-29.
41. Marcynyszyn LA, Bear PS, Geary E, Conti R, Pecora PJ, Day PA, et al. Family Group Decision Making (FGDM) with Lakota families in two tribal communities: tools to facilitate FGDM implementation and evaluation. *Child Welfare.* 2012;91:113.
42. Bull CC. Healing ourselves: culture and behavioral health at tribal colleges and universities. *Tribal Coll J.* 2013;25:14-8.
43. Duran E, Firehammer J, Gonzalez J. Liberation psychology as the path toward healing cultural soul wounds. *J Couns Dev.* 2008;86:288-95.
44. McBride BA. Aspects of community healing: Experiences of the Sault Sainte Marie tribe of Chippewa Indians. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res J Natl Cent.* 2003;11:67-83.
45. Frank G, Murphy S, Kitching HJ, Garfield DM, McDarment N. The Tule River tribal history project: evaluating a California tribal government's collaboration with anthropology and occupational therapy to preserve indigenous history and promote tribal goals. *Hum Organ.* 2008;67:430-42.
46. BigFoot DS, Braden J. Adapting evidence-based treatments for use with American Indian and Native Alaskan children and youth. *Child Law Pract.* 2009;28:76-9.
47. Walters KI, Simoni JM. Reconceptualizing Native women's health: an indigenous stress-coping model. *Am J Public Health.* 2002;92:520.
48. Nebelkopf E, Wright S. Holistic system of care: a ten-year perspective. *J Psychoactive Drugs.* 2011;43:302-8.
49. Walters KL, Simoni JM, Evans-Campbell T. Substance use among American Indians and Alaska natives: Incorporating culture in an indigenous stress-coping paradigm. *Public Health Rep.* 2002;117 Suppl 1:S104-17.

-
50. Dionne R, Davis B, Sheeber L, Madrigal L. Initial evaluation of a cultural approach to implementation of evidence-based parenting interventions in American Indian communities. *J Community Psychol.* 2009;37:911-21.
 51. Goodkind J, LaNoue M, Lee C, Freeland L, Freund R. Involving parents in a community-based, culturally grounded mental health intervention for American Indian youth: parent perspectives, challenges, and results. *J Community Psychol.* 2012;40:468-78.
 52. Nebelkopf E, King J, Wright S, Schweigman K, Lucero E, Habte-Michael T, et al. Editors' Introduction: Growing roots: Native American evidence-based practices. *J Psychoactive Drugs.* 2011;43:263-8.
 53. Mills PA. Incorporating Yup'ik, Cup'ik Eskimo traditions into behavioral health treatment. *J Psychoactive Drugs.* 2003;35:85-8.
 54. Chang DF, Yoon P. Ethnic minority clients' perceptions of the significance of race in cross-racial therapy relationships. *Psychother Res.* 2011;21:567-82.
 55. Goodkind JR, Hess JM, Gorman B, Parker DP. We're still in a struggle: Diné resilience, survival, historical trauma, and healing. *Qual Health Res.* 2012;22:1019-36.
 56. Gilbert DJ, Harvey AR, Belgrave FZ. Advancing the Africentric paradigm shift discourse: building toward evidence-based Africentric interventions in social work practice with African Americans. *Soc Work.* 2009;54:243.
 57. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet.* 2002;360:766-71.
 58. Troeung Y-D. Witnessing Cambodia's disappeared. *Univ Tor Q.* 2013;82:150-67.