

La tortura en Latinoamérica: sus efectos inmediatos y mediatos en el individuo y en la sociedad

Diana Kordon, psiquiatra
EATIP
Argentina, 1993

Resumen

La psiquiatra de EATIP se refiere a las graves violaciones a los derechos humanos que han afectado a la gran mayoría de los países latinoamericanos; a los fenómenos comunes que caracterizan nuestras sociedades como producto de la represión política y la impunidad; a las consecuencias clínicas en las personas que fueron y son víctimas directas de estas situaciones y a algunas características de la asistencia psicoterapéutica que brindan los centros que hoy constituyen la Red Salud-Derechos Humanos.

Este trabajo fue presentado como ponencia en el seminario "Tortura, el arma más destructiva contra la democracia" organizado por el IRCT en los marcos de las actividades de ONGs que se desarrollaron simultáneamente con la Conferencia Mundial de Derechos Humanos convocada por la ONU en junio de 1993 en Viena. A pesar de los años transcurridos desde esa fecha, los contenidos de la ponencia siguen plenamente vigentes.

Texto completo

Para comprender la problemática de la tortura en Latinoamérica es necesario tener en cuenta que nuestros países poseen una historia común, a pesar de las muchas diferencias y particularidades de cada uno.

Han pasado 500 años de la conquista de América. Desde esa época tenemos en común la historia del primer genocidio en el continente y de feroces formas de tortura. La heroica resistencia de hombres de nuestro territorio a esta dominación continuó luego con las luchas comunes por nuestra independencia de toda dominación extranjera, y en este siglo y hasta la actualidad por conquistar nuestros derechos a una vida digna y a la libertad.

Esto trajo también persecuciones, asesinatos, desapariciones, prisión y tortura para centenares de miles de hombres y mujeres de nuestro continente.

En los últimos 20 años ha habido en casi toda América Latina feroces dictaduras. Estas han implantado proyectos económico-sociales que aumentan la pobreza, la miseria en gran escala y la concentración de la riqueza en pocas manos. Aplicaron sistemáticamente la tortura física y psicológica, así como el sistema de desaparición forzada y el asesinato de los opositores políticos.

Posteriormente, en la última década y gracias a gigantescos movimientos antidictatoriales, se establecieron gobiernos civiles. Pero no se resolvieron los problemas económicos y sociales de la mayoría de nuestros pueblos y en casi todos los países se otorgó la impunidad a los responsables de los delitos de asesinato, desaparición y tortura. Las expectativas de justicia fueron defraudadas y en los últimos años la situación es preocupante, ya que se profundiza la crisis económica y social y se han producido hechos como la invasión norteamericana a Panamá, los golpes de estado en Haití, Perú y Guatemala. En este último país la situación es aún inestable.

La situación de violación de derechos humanos no está resuelta y la tortura continúa.

En muchos países, como el nuestro, las dictaduras implementaron, junto al terror represivo, graves campañas de acción psicológica sobre la población para obtener consenso social favorable e impedir la resistencia. Estas campañas se proponían obtener el silencio social sobre la existencia de la tortura y la represión y culpabilizar a las víctimas.

Doble situación traumática: traumática por la amenaza a la integridad física y a la vida y traumática por el silencio, la negación, la desinformación y la culpabilización.

En la actualidad, en la mayoría de los países existe impunidad de los autores ideológicos y materiales de la represión política y la tortura. Esta refuerza entonces los efectos a largo plazo producidos por la tortura, la desaparición forzada, el asesinato y la prisión prolongada.

Señalaremos algunas de las consecuencias observadas en el mediano plazo en la sociedad y luego analizaremos algunos problemas clínicos generados en personas que han sido víctimas de tortura, en ex-desaparecidos y en los familiares.

Fenómenos actuales en la sociedad como consecuencia de la represión política, la tortura y la impunidad

1. Represión policial. La policía, lejos de asumir funciones de protección social, manifiesta su verdadero papel represivo.

La falta de justicia para con los torturados ha determinado que la tortura constituya una práctica habitual que hoy se aplica también a los presos comunes.

Es habitual, por parte de las fuerzas policiales, el asesinato y tortura a los llamados niños de la calle o a sospechosos de delitos menores.

2. El mero ejercicio de la violencia ha producido un aumento de las conductas de violencia social.

3. Aumento de la corrupción. Hay una relación directa entre la falta de sanción a los delitos, es decir, entre la impunidad y la corrupción, ya que los efectos de la impunidad se extienden a todas las áreas de la vida social.

4. Se puede constatar una reactivación y reproducción de modelos de tortura en instituciones de salud, especialmente en los casos de pacientes de SIDA o enfermos mentales internados.

5. Persistencia de sentimientos de miedo, de indefensión e inseguridad en amplios sectores sociales.

6. Reparición del silencio en situaciones grupales por temor o desconfianza de posibles represalias.

7. Alteración de los ideales sociales. Dificultad para construir proyectos hacia el futuro y para construir redes solidarias. Escepticismo en relación al futuro.

Consecuencias clínicas en personas afectadas por represión política

Nuestro equipo trabaja en la asistencia psicoterapéutica a personas que han sido afectadas de manera directa por diversas formas de violación de los derechos humanos, y a sus familiares.

En esta presentación analizaremos particularmente las consecuencias clínicas en afectados por el terrorismo de Estado y algunos criterios que fundamentan las modalidades de abordaje terapéutico que implementamos.

Características de la situación traumática

La masividad del fenómeno de la desaparición lo convirtió en paradigmático del tipo de política represiva aplicada por las juntas militares.

En cuanto al status psico-social del desaparecido, era el de habitar una “tierra de nadie”, el de estar “más allá de la vida y la muerte”, sin ningún tipo de amparo legal y a merced de sus captores. A nivel familiar esta presencia-ausencia provocaba un alto grado de sufrimiento psíquico y una profunda alteración en la cotidianeidad de los grupos afectados, tanto en las relaciones intrafamiliares como en las extra-familiares.

Los familiares del desaparecido viven una situación traumática, entendiendo el concepto de **trauma** como el de una “experiencia que aporta en poco tiempo un aumento de excitación tan grande a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o elaboración por los medio normales o habituales, lo que inevitablemente dará lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético”

Esto puede darse por un solo acontecimiento muy violento o por la suma de varios acontecimientos, alterando la economía del psiquismo y los principios que rigen la vida psíquica.

Desde nuestra experiencia clínica hemos observado un amplio rango de respuestas ante la situación traumática. Si bien el impacto emotivo siempre es de magnitud considerable, en ocasiones no encontramos respuesta patológica: por el contrario hemos visto conductas de adaptación activas a la realidad incluso en personas en que estas conductas, por diversas características psíquicas y sociales, hubieran resultado impensables. No consideramos que el pasaje por la experiencia traumática derive necesariamente en patología, y cuando ésta se da, presenta un alto grado de variabilidad individual.

En el caso de los familiares de desaparecidos, el trauma presenta la excepcional característica de su prolongada duración. Durante muchos años predominó la incertidumbre sobre el status del desaparecido y luego, lenta y penosamente, se impuso la evidencia de que habían sido asesinados. Este cambio de significación fue en sí mismo un complejo proceso para los familiares y para el conjunto social, dado que durante la dictadura militar parte de los desaparecidos se encontraban vivos en campos de concentración y oficialmente se inducía a negar que existieran desaparecidos, y/o darlos por muertos, aún cuando había evidencias de que la realidad era otra. Años después, con el fin de la dictadura y durante los primeros años de gobierno constitucional, las expectativas de hallar a los desaparecidos se desvanecieron ante la prueba de la realidad, pero darlos por muertos implicaba acatar el mandato de la dictadura.

Un párrafo aparte por su importancia merece el tema de la impunidad. Los autores ideológicos y materiales de las desapariciones y del terrorismo de Estado en general se encuentran impunes en la actualidad.

En nuestra práctica asistencial hemos observado cómo con cada nueva medida política o jurídica que facilitaba la impunidad, recrudecía en muchos de nuestros asistidos la sintomatología antes descrita expresándose una vez más lo social a través de lo individual.

Es por todo ello que es necesario analizar particularmente las características del duelo a elaborar.

El duelo. Consideramos el duelo como el proceso posterior a una pérdida significativa, ya se trate de “un ser amado o de un ideal o abstracción equivalente”; proceso cuyo objetivo es metabolizar el sufrimiento psíquico producido. El psiquismo realiza un penoso trabajo de elaboración que permite que, finalmente, la persona pueda inscribir como recuerdo al objeto perdido y recuperar el interés por el mundo externo.

El proceso de duelo se efectúa a partir del reconocimiento del principio de realidad, que aunque rechazado inicialmente, termina por imponerse.

En el caso de la desaparición se produce una situación de ambigüedad psicotizante reforzada por la impunidad de los “desaparecidos. La ambigüedad impide utilizar el principio de realidad para indicar al psiquismo una dirección precisa en la cual realizar el trabajo elaborativo.

Si bien en el proceso normal de duelo hay primero una resistencia a aceptar la pérdida, hay rabia, impotencia, no se quiere creer, no se puede creer; en este caso no se sabe qué es lo que se debe aceptar, cuál es el carácter de la pérdida. Esto tiene un efecto desestructurante para el psiquismo.

Las inducciones, por parte de la dictadura, a la culpabilización de las víctimas y de sus familiares por la desaparición, reforzaba los sentimientos normales de culpa de toda situación de duelo, que se apoya en la ambivalencia presente siempre en los vínculos.

Por otra parte, el silenciamiento social de lo que ocurría, silencio que se mantuvo durante muchos años, conformaba una situación por la cual se inducía a un consenso social que desmintiera, que renegara, de aquello que estaba ocurriendo.

Frente a la situación traumática, los familiares, especialmente las madres, producen una respuesta social organizada. La construcción de esa respuesta tuvo incidencia en el proceso elaborativo del duelo. Frente a los modelos y enunciados inducidos desde el poder se desarrolla una práctica social, práctica de resistencia y discriminación que pone de manifiesto en la escena pública aquello que se intentaba desmentir. La actitud transformadora de la realidad tuvo un efecto directo en quienes protagonizaron el movimiento social, pero también en el conjunto de los familiares, y desde ya en el cuerpo social en su conjunto.

Consecuencias clínicas. En los casos en que sí se produjeron efectos clínicos, hemos observado en los familiares de desaparecidos un predominio de la sintomatología depresiva (trastornos tímicos, hipobulia, insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso y enfermedades somáticas); y secundariamente síntomas relacionados con la vivencia de la repetición del hecho traumático; en muchas personas que estuvieron desaparecidas y/o detenidas, que fueron torturadas y luego liberadas, estos últimos fueron los más importantes. Señalaremos aquellos que por su frecuencia o gravedad nos resultan más significativos:

- a) Repetición mental del hecho traumático: ya sea como sueño angustiante (pesadilla) con despertar brusco e importante repercusión neurovegetativa, ya sea como vivencia de repetición desencadenada por algún estímulo externo asociable al hecho traumático (sirenas, presencia de personal policial o militar, timbres o ruidos violentos durante la noche, etc.)
- b) Conductas evitativas en relación al hecho traumático: abandono de actividades e intereses que se relacionen directa o indirectamente con el hecho traumático (actividades o intereses políticos, gremiales o culturales; en estos casos la evitación se encontraba reforzada por el riesgo real que implicaba desarrollar estas actividades); abandono de los grupos de pertenencia habituales; retracción o inhibición de la vida social.
- c) Suspensión o abandono de proyectos vitales: (estudios, casamiento, hijos). Este fenómeno fue particularmente frecuente y estaba en relación directa con la indefinición que conlleva el status del desaparecido. Los familiares no podían decidir proyectos vitales en tanto la situación del ser querido permanecía indefinida.
- d) Trastornos del humor: mal humor, irritabilidad, ataques de ira.
- e) Trastornos del sueño: insomnio, hipersomnia.
- f) Sentimientos de impotencia.
- g) Sentimientos de hostilidad.
- h) Descompensaciones psicóticas.
- i) Trastornos somáticos severos: trastornos cardiovasculares, cáncer.

En los casos en que se presentan consecuencias a mediano plazo, merecen destacarse los siguientes observables clínicos:

a) Dificultades en la finalización del proceso de elaboración del duelo. Observamos una incidencia mayor de patología en el mediano plazo en personas que se hallan en la etapa media de la vida. Es frecuente la dificultad en la estabilización de un modo de vida satisfactorio y en el mantenimiento de vínculos afectivos gratificantes.

Es necesario tener en cuenta que la situación económica tiene un papel importante que complementa los efectos de traumas anteriores, ya que existen serias dificultades para conseguir trabajo, sueldo digno, vivienda, etc.

b) Aumento de la mortalidad en hombres, padres de desaparecidos, en comparación a la tasa de mortalidad en nuestro país, en similar situación social y etaria. Este hecho lo vinculamos a los intensos sentimientos de impotencia y autorreproche por no haber podido proteger omnipotentemente a sus hijos.

c) Persistencia de episodios de angustia automática ante hechos que, por algún rasgo común, puedan evocar la situación traumática. La impunidad refuerza estos efectos porque genera sentimientos de indefensión y desamparo acompañados de un cortejo sintomático, como pesadillas, depresión, insomnio y somatizaciones.

d) Sentimiento de aislamiento o resentimiento con respecto al entorno o al marco social en su conjunto. La impunidad hace que muchas de estas personas se sientan portadoras de una historia traumática que no puede ser compartida con los otros. Se traduce en vivencias de exclusión y en una tendencia al encierro en grupos de pertenencia con la misma problemática, con dificultades en la integración al conjunto.

e) Reparación de situaciones de identificación parcial con las inducciones dictatoriales. Especialmente intensos sentimientos de culpa en relación al pasado y conductas de riesgo personal. En algunos casos se observa con claridad sentimientos de culpa por sobrevivir, con expresiones conductuales muy diversas, similares a lo descrito por Bettelheim y otros autores en relación al holocausto nazi.

f) Problemáticas transgeneracionales. Estamos prestando asistencia a personas que han sufrido ellas mismas desaparición transitoria o detención prolongada, que solicitan tratamiento para ellas y para sus hijos. Resulta notable observar que muchos síntomas que esperamos encontrar en los adultos, aparecen en forma manifiesta en sus hijos. Estamos aún en la etapa de investigación de esta problemática.

g) Consecuencias en segunda generación. En el caso de niños y adolescentes podemos diferenciar tres grupos: 1) con un grado relativo de elaboración de la situación traumática; 2) con secuelas psicológicas manifiestas y 3) con características de sobreadaptación, en tanto no presentan sintomatología importante, se adecuan conductualmente de acuerdo a las demandas de la realidad, pero evidencian en el proceso diagnóstico déficit en la estructura de personalidad que hace presumir la posibilidad futura de manifestaciones clínicas. El hecho de que el procesamiento social de la situación traumática no haya sido concluido, hace que muchos de estos adolescentes no encuentren en el contexto social el continente necesario para el apoyo del psiquismo individual. Si bien no deben ya ocultar su historia, las condiciones externas dificultan que la situación traumática pase a ser sólo recuerdo no traumático. Adolescentes, que no desean verse marginados por sus pares, optan por el silencio, aunque sea al costo de pérdidas importantes del sentimiento de sí mismos o de otros aspectos de su identidad personal.

Características de la asistencia psicoterapéutica

Especificidad. Podemos desarrollar distintas modalidades de abordaje terapéutico, aplicables en distintos momentos del transcurso de la situación traumática, pero el problema principal reside en la necesidad de analizar, además de las características específicas del trauma, la incidencia del discurso social dominante sobre los afectados y sobre la propia práctica profesional.

Entendemos por discurso social dominante al conjunto de ideas e interpretaciones sobre una situación dada elaborada y difundida por los sectores que detentan el poder. Este discurso social interviene como un factor intrínseco en la elaboración de la situación traumática. Por cierto, existen siempre discursos sociales contrahegemónicos, que deben también ser tenidos en cuenta.

Neutralidad. La neutralidad no existe nunca como tal. Es imposible que el posicionamiento personal del terapeuta no se cuele en las interpretaciones o no aparezca hasta en su manera de vestirse o en la decoración del consultorio.

Por otro lado, la postura de la neutralidad puede, de hecho, contribuir a lo que podríamos llamar neutralización o desconocimiento de la incidencia del discurso social en lo psíquico, convirtiéndonos, de esta manera, en reproductores del silenciamiento social de lo que estaba ocurriendo, inducido por la propia dictadura.

Abstinencia. Si bien la neutralidad no existe como tal en el tratamiento psicoterapéutico, es necesario mantener una conducta de abstinencia, entendiendo por tal la actitud terapéutica que no intenta manipular al paciente ni satisfacer demandas de éste que se aparten de la necesaria contención y de la actitud interpretativa.

Confiabilidad. Las acciones asistenciales a los afectados por la represión política se realizaron durante un período prolongado a partir de la institución de la solidaridad popular, es decir, por fuera de los dispositivos del aparato de salud mental estatal, hospitalario, etc. Esto se debió básicamente a la situación de terror y silencio social, que hacía que los afectados tuvieran miedo de acudir a las instituciones oficiales, de contar a desconocidos lo que les estaba pasando, o de lo que podía quedar registrado en la historia clínica. Pero además de estos factores, había otro no menos importante: la necesidad básica de poder tener confianza en los terapeutas. Si la confianza es imprescindible en cualquier vínculo terapéutico, es fácil de suponer que en condiciones como las que describimos, los afectados requieran, como requisito de confiabilidad, conocer el posicionamiento de los terapeutas en esta problemática. La confiabilidad como requisito aparece, entonces, también contrapuesta al concepto de neutralidad que hemos descrito.

Modalidades de abordaje

En cuanto a los modelos de abordaje, nuestra experiencia es diferente de acuerdo a los diferentes períodos.

Durante la dictadura y en los primeros años posteriores no dudamos de que el procedimiento terapéutico de elección es el desarrollo de formas de abordaje grupal a realizarse dentro de las propias instituciones de afectados.

Los tratamientos individuales y familiares, definidos como tales, se realizaron en un principio cuando el nivel de angustia era incontenible, o cuando se instalaban cuadros depresivos de envergadura.

Para el tratamiento de las consecuencias clínicas en el mediano y largo plazo implementamos especialmente tratamientos individuales y vinculares, especialmente de familia y pareja. Destacamos nuevamente que la población que recibe atención terapéutica con nuestro equipo es,

actualmente, más diversificada en cuanto al tipo de violencia sufrida que la que solicitaba asistencia en las primeras épocas.

El paso del tiempo incide en la producción de síntomas y estructuras psicopatológicas más cristalizadas, que hacen necesarios tratamientos psicoterapéuticos muchas veces prolongados y que atiendan especialmente a no consolidar aspectos de identidad patológicos adscritos a la situación traumática.

Se hace evidente en los síntomas a mediano y largo plazo la profundidad de la situación traumática que hemos padecido durante la dictadura y aquello que presumíamos hace algunos años: que aquello que no se recupera bajo la forma de memoria social y se sanciona en un verdadero nunca más, vuelve reforzando los síntomas que producen las grandes catástrofes sociales en los afectados directos y en los pueblos.

Publicado en Reflexión 19: 30-34, Santiago de Chile, 1993.