

EFFECTOS DE LA GUERRA Y LA VIOLENCIA ORGANIZADA EN LA SALUD MENTAL

Vicente Ibáñez Rojo.
Grupo de Salud Mental. Médicos del Mundo.

La revisión de la historia bélica de este siglo que acaba no es precisamente una invitación al optimismo. Sin embargo, si quisiéramos atisbar algo de luz en el pozo oscuro de la evolución de la guerra, podríamos encontrarlo en el cambio de actitud de muchos profesionales y, con ellos, de muchas instancias públicas. No se trata de una toma de postura de radicalismo antimilitarista, ni de un cuestionamiento generalizado a las estructuras políticas y económicas, sino de una mayor sensibilidad hacia el dolor de las víctimas. Así, mientras que las denuncias sobre la letalidad de la industria de armamento, o la irracionalidad e inhumanidad de la guerra caen en el saco roto del tópico y la polarización política, las campañas antiminas personales movilizan a asociaciones y a gobiernos, a ministros, artistas y princesas. De hecho los abusos cometidos sobre refugiados, enfermos o niños, tienen una especial incidencia en el transcurso de las contiendas por su impacto en la opinión pública que las sustenta y en la moral de quienes las ejecutan.

La OMS, y de forma especial la OPS, su filial americana (Pellegrini, 1999), consideran abiertamente la violencia como un problema de salud pública, que es preciso prevenir en todos los niveles, desde el familiar al político. La aplicación sistemática de los criterios de la OMS sobre prevención de la violencia a las situaciones de conflicto bélico, podría preparar a las sociedades para restañar sus heridas y servir de estímulo contra la aparición de futuras conflagraciones. La participación activa de los profesionales y asociaciones de salud, especialmente las de salud mental, aceleraría el desarrollo de estas estrategias. Por supuesto que este tipo de actuaciones tiene implicaciones políticas, pero ¿puede un clínico taparse los ojos ante los aspectos etiológicos de la noxa?

1. DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DE LA PSICOPATOLOGÍA BÉLICA

La investigación de las consecuencias de la violencia colectiva en la salud mental de la población encuentra **dificultades epistemológicas, metodológicas y éticas**. La generalización de observaciones parciales y la atribución directa de determinados síntomas

a hechos concretos, son algunas de las prácticas inevitables en circunstancias tan especiales y que están justificadas si tenemos en cuenta las **limitaciones para abordar con objetividad este problema**, entre las que podríamos destacar las siguientes (Moreno, 1991):

- Las informaciones sobre la guerra tienen un marcado valor político-militar además de un interés económico (la guerra trae asociados proyectos de cooperación financiados).
- La independencia en el análisis es prácticamente imposible en circunstancias de guerra. Incluso quienes pretenden ser independientes, influidos por su orientación ideológica, deben controlar lo que dicen, pues las informaciones suelen ser instrumentalizadas y el autor (o su organización), acaba por ser estigmatizado.
- El peligro que entraña la recogida de datos en estas zonas dificulta la investigación rigurosa y motiva que la mayor parte de los informes se refieran a refugiados.
- Los afectados directamente por la guerra suelen ser reacios a hablar: temen desvelar informaciones que puedan comprometerlos o sencillamente desconfían del uso que se le pueda dar a las entrevistas. Los rumores en tiempo de guerra distorsionan de tal forma la realidad, que la desconfianza es una norma básica de protección.
- Muchos profesionales desean proteger al superviviente del estigma asociado a la clasificación y tratamiento psiquiátrico.
- Las secuelas de la violencia en salud mental están asociadas a una alta morbilidad pero a una mortalidad relativamente baja. Es difícil cuantificar las consecuencias que sobre otros órdenes tienen los problemas de salud mental postbélicos. No se conoce, por ejemplo, la relación entre el sufrimiento humano durante la guerra y la productividad económica posterior.

Hasta hace relativamente poco tiempo las heridas psicosociales de las personas y sociedades traumatizadas habían sido relativamente invisibles, ocultadas en la pomposidad de las causas comunes y la grandeza del sacrificio por el clan, la religión o la patria. La desidia, la ignorancia y a veces la rotunda negación de las secuelas de la violencia colectiva en la salud mental, constituyen una compleja realidad socio-histórica.

2. DE LAS NEUROSIS DE RENTA AL TEPT

El estudio de la patología postraumática se remonta a **mediados del siglo pasado**. Entonces las reacciones de combate se consideraban similares a las **neurosis traumáticas**,

trastornos neuropsiquiátricos que aparecían después de ocurrir un accidente (generalmente con traumatismo craneal). Oppenheim en 1889 lo consideraba un trastorno de causa exclusivamente somática. Pero en el ámbito de la neuropsiquiatría se favorecía la hipótesis sociogenética que circulaba en aquel periodo lo que puso más en boga la búsqueda de otros factores no físicos, especialmente la actitud pretenciosa o de reclamación del paciente que mantendrían la enfermedad.

Durante y después de **la primera gran guerra** se generalizaron las observaciones de trastornos neuropsiquiátricos asociados al conflicto y denominados como **neurosis de guerra**. Generalmente se presentaban tras vivencias de choque en la cercanía del frente, y se manifestaban con sintomatología conversiva (pérdida psicógena del habla, ceguera, parálisis,...) y de angustia y confusión. Cuando los síntomas persistían un tiempo se suponía que el paciente adoptaba actitudes de reclamación y que estaba evitando asumir las tareas en el frente de combate. Se presuponía que la gente normal estaba en condiciones de superar un trauma, al menos tras pasar cierto tiempo. Si aparecían trastornos permanentes se podía tratar de fijaciones que remitirían a una propensión psicopática. Apoyaba esta concepción el hecho de que las neurosis de guerra mermaron de golpe cuando, con la influencia de Karl von Bonhoeffer, en 1925 se declararon estas alteraciones no sujetas a indemnización.

Sigmund Freud relacionó la neurosis traumática con traumas infantiles. Algunos autores piensan que el psicoanálisis llevó a culpabilizar a las víctimas: no era el trauma en sí el causante de los problemas, sino conflictos negados en la infancia (existe una corriente de opinión social que responsabiliza a la víctima de sus actos, p.ej. en violaciones). Por otro lado Freud desarrolla el concepto de contratransferencia, fundamental para entender y trabajar el trauma en el sujeto que ayuda.

En la **guerra civil española** la psiquiatría militar experimentó un gran desarrollo en la República con la figura de Emilio Mira y López, quien creó un sistema de asistencia basado en presupuestos como la atención próxima al frente, inmediata y con retorno rápido a las tareas, que retomados por los americanos son aún los pilares de la asistencia psiquiátrica militar. Durante la **segunda guerra mundial** Kardiner (1941) con su libro "Las **neurosis traumáticas de la guerra**", abrió el camino que finalmente conduciría a la descripción del Trastorno de Estrés Postraumático, considerando la patología postraumática una fisioneurosis, en la que había una persistencia de respuestas biológicas condicionadas.

Tras la segunda guerra mundial hubo un gran desarrollo de estudios sobre trauma de guerra. Se describieron **cuadros en supervivientes de campos de concentración y de torturas**, que se nombraron de distintos modos: transformación de la personalidad condicionada por vivencias, síndrome del sobreviviente de campo de concentración, astenia crónica de los perseguidos, etc. Estos trastornos recogían diversas sintomatologías como la disminución de la confianza en sí mismo, la inestabilidad emocional, la ansiedad crónica o pasajera, los estados depresivos prolongados, el insomnio, las pesadillas, la insuficiencia del rendimiento funcional, y múltiples síntomas vegetativos-funcionales, entre otros síntomas.

Las **guerras de Israel y del Vietnam** supusieron un impulso a los estudios sobre trauma que desembocaron en la descripción del **Trastorno de Estrés Postraumático** (en adelante TEPT), que se incluyó en el DSMIII (versión tercera de la clasificación americana de psiquiatría). La adaptación cultural del TEPT a poblaciones no occidentales y la posibilidad de evaluar con detalle las experiencias vitales traumáticas a través de entrevistas semiestructuradas, ha ido revelando desde entonces la existencia de altas tasas de secuelas en salud mental anteriormente desconocidas u ocultadas. La aparición de este diagnóstico supuso un gran avance en la investigación y en el abordaje de **las víctimas a las que se reconocía su sufrimiento y por fin dejaban de ser culpadas**. Al definir el estrés como posterior a un hecho traumático se atribuía la génesis del problema a elementos concretos, lo que supone desresponsabilizar a la víctima.

El uso de la categoría diagnóstica del TEPT llevó a muchos profesionales a descontextualizar la vivencia de las víctimas del contexto bélico y medicalizar la experiencia, psicologizándola. El **periodo de violencia política vivida en los años 70 y 80 en Centroamérica** condujo a distintos grupos de profesionales de la salud mental (Martín Baró, 1984; Lira, 1988; Fariña, 1987) a ir más allá de la visión médica del problema y proponer elementos de diagnóstico más amplio como el trauma psicosocial y la intervención basada en la comunidad.

En los recientes **conflictos bélicos en los Balcanes** ha adquirido gran importancia en nuestro medio el impacto de la guerra sobre la salud mental. Se ha popularizado enormemente el concepto de trauma como hecho psicosocial, desde los foros científicos hasta el lenguaje cotidiano de los refugiados. Los organismos internacionales han dedicado una muy especial atención a los programas comunitarios con relación a las terapias psiquiátricas específicas. Por las particulares características de los conflictos recientes son

las ONGs las entidades en las que las instituciones supranacionales han delegado buena parte de la labor de atención a las víctimas.

3. PSICOPATOLOGÍA DE LA GUERRA: LA GUERRA COMO PATOLOGÍA.

Si atendemos a nuestra experiencia en Centroamérica y en los Balcanes, lo más perturbador de la guerra para la población que la sufre, es la desestructuración brusca de la vida cotidiana, debido a la ausencia de casi todos los referentes habituales y a la inseguridad absoluta sobre el futuro. El trabajo, el hábitat, los amigos, la familia, incluso la integridad física se toman, por la posibilidad de su pérdida, en frágiles e inciertos. Las creencias y costumbres son puestas en cuestión y la supervivencia es la máxima prioridad. En estas condiciones aspirar a lo que la OMS define como salud (bienestar físico, psíquico y social, no sólo la ausencia de enfermedad) parece una quimera. Es evidente que una crisis sociopolítica **afecta gravemente a la salud general de la población** en todos los sentidos (mayor mortalidad, traumatismos, insalubridad, no atención sanitaria, etc.).

Desde una perspectiva restrictiva la pérdida de salud mental puede definirse por la aparición de síntomas o patologías concretas. La utilización de un **modelo de diagnóstico médico-psicológico** basado en la descripción de síntomas puede resultar útil para determinar si es necesaria una intervención y sobre quién se debe intervenir en determinado momento. Pero es claramente insuficiente como modelo global, no sólo por su marcada orientación cultural y sus deficiencias metodológicas (determinadas conductas de seguridad en tiempo de guerra podrían definirse como paranoides siguiendo el DSMIV por ejemplo), sino, sobre todo, porque distrae la atención del foco central del problema: **no es que la guerra genere patologías mentales, que las genera por supuesto, sino que es en sí misma un proceso patológico.**

Puesto que no a todas las personas los sucesos bélicos les afectan de la misma manera, no sería correcto hablar de sus efectos comprobados en la salud mental de toda la población y en todas las circunstancias. Error en el que se caería si como única herramienta de diagnóstico utilizáramos el TEPT. Creemos **más conveniente utilizar un modelo que toma como referencia los estresores bélicos y analiza cuáles son los elementos condicionantes para que éstos generen problemas de salud mental**, lo que nos lleva también a estudiar qué aspectos moduladores actúan a favor de la salud de los afectados.

4. LOS ESTRESORES Y SUS EFECTOS

4.1 LOS ESTRESORES

Afrontar los estresores (situaciones y vivencias), a los que los individuos se ven sometidos en la guerra y **adaptarse a ellos**, requiere de un esfuerzo personal, familiar y social que en tiempo de conflicto no es fácil desarrollar, generando en los individuos y su entorno reacciones que pueden suponer daños a corto, medio y largo plazo.

Los estresores pueden ser de distinto tipo y afectar de forma muy diferente. La inseguridad, la inestabilidad, el desconocimiento del futuro, el riesgo vital permanente del individuo y sus seres queridos, las dificultades económicas, la disrupción social y la persecución étnica, política o religiosa son elementos que comparten los ciudadanos del país en guerra. El estresor más directo es la violencia física, psicológica y sexual, vivida directamente o contemplada, en sus diversas formas: tortura, asesinato, violaciones, accidentes, bombardeos, etc. La muerte o desaparición de familiares y amigos, las separaciones afectivas, la modificación del estatus social, las amputaciones corporales, los abusos, los desplazamientos forzosos (huida, exilio, refugio, etc.), la adaptación a campamentos donde desaparece la posibilidad de decidir con libertad sobre la propia vida, condicionan de forma radical la vida de quienes lo sufren.

En la guerra pues se producen **pérdidas de las referencias básicas para mantener la identidad del individuo** (territorio, familia, pertenencias, estatus,...), se pierde la perspectiva de futuro, se instala el temor, y se produce una desestructuración de la vida cotidiana, que sólo en algunos casos se reorganiza sin producir efectos negativos. Pocos son esos héroes de película, que juegan un papel con sentido en la batalla, y regresan al hogar donde la familia les espera con reconocimiento.

4.2. LAS REACCIONES A LOS ESTRESORES

4.2.1. El miedo y la ansiedad.

En la guerra están permanentemente presentes estos dos elementos. Se suele tener miedo ante una amenaza precisa como la llegada de los aviones militares o la activación de una mina en una zona de combate. La intensidad del temor guarda relación con la naturaleza de la amenaza. **El miedo** acaba aislando a las personas, lleva a inhibir la comunicación, ocultar los pensamientos y emociones y conduce a la apatía, y al retraimiento social. Este miedo es mantenido y alimentado por el otro bando, a través de técnicas que se pueden considerar guerra psicológica. **La ansiedad**, por el contrario, es un sentimiento vital que implica un malestar generalizado, pero que no es atribuible a un

objeto o situación precisa, sino más bien a un proceso o circunstancia que el individuo no controla, desconoce, o ante la que no sabe cómo actuar o qué pensar. En tiempo de guerra las **consecuencias de ambos sentimientos** son diferentes:

- Mientras que ante el **miedo** pueden darse conductas de evitación y prevención que lo mitigan (construcción de refugios, sistemas de vigilancia, etc.), es decir, conductas activas que permiten, si no superarlo, sí al menos afrontarlo;
- La **ansiedad** provoca una alteración del ánimo cuya permanencia degenera en tensiones paralizadoras, que muy frecuentemente se manifiestan a través de dolencias físicas y/o la adicción a tóxicos. Estos problemas psicosomáticos se han detectado en casi todas las guerras. Los más frecuentes son la sudoración, problemas digestivos (diarreas, estreñimientos, vómitos, úlceras), desvanecimientos, ataques de asma, etc. En cada persona incapaz de manejar y exteriorizar la tensión nerviosa, ésta se manifiesta atacando la parte más vulnerable de su cuerpo.

4.2.2. La ira y la insensibilidad emocional.

- En los **primeros momentos de la guerra**, especialmente cuando muere algún familiar, es frecuente observar cómo la **rabia y la ira** se manifiestan como desbordamiento afectivo: hiperactividad, gritos, espasmos, parálisis funcionales, tics, etc.
- Sin embargo, **con el paso del tiempo se generaliza una insensibilidad emocional**, mecanismo defensivo ante la permanente activación afectiva (Lindqvist, 1984). Esto es uno de los elementos básicos sobre los que los profesionales de la salud mental deben trabajar en cualquier tipo de programas de apoyo durante y después del conflicto.

4.2.3. La culpa y el duelo.

La **culpa del superviviente**, aunque tiene determinantes de inducción social, muchas veces se origina por la necesidad de dar sentido a algo que no lo tiene. Como forma de tener algún control sobre lo sucedido. La culpa en estas situaciones es normal pero puede relacionarse con problemas si no es elaborada adecuadamente.

Como su comunidad, el individuo en situaciones de guerra tiene que enfrentarse a muchas pérdidas. En nuestra experiencia, en Bosnia, constatamos el dolor de la población por no poder enterrar adecuadamente a sus muertos debido al peligro de los bombardeos. Cuando el alto el fuego se hizo efectivo las tumbas se vistieron de flores, de fotos, de símbolos de cuidado y despedida. El **duelo** es el proceso de despedida y manifestación de

dolor tras un fallecimiento. Tradicionalmente se han descrito **fases de negación, cólera, negociación y aceptación** pero en la mayoría de los casos se solapan, y en otros no se dan todas. La superación de la pérdida requiere de su aceptación ayudado por ceremonias y ritos de despedida, donde se puedan expresar emociones sobre la persona perdida y una progresiva adaptación a la nueva realidad cambiando los roles, dando un sentido nuevo al mundo modificando el vínculo con los muertos (Worden, 1991). La determinación de cuándo se puede considerar un duelo como patológico debe hacerse en función de lo que determinan las normas culturales y del tiempo en que la experiencia de pérdida se torna en paralizadora. Por ejemplo hay culturas indígenas donde el muerto convive como espíritu en la comunidad y no hay que hacerle un duelo, y otras donde unos meses después ya no se nombra al fallecido.

De cualquier modo en tiempo de guerra se dan **circunstancias que dificultan la elaboración del duelo** y que son factores generadores de perturbación. Algunos de ellos son lo inesperado de la pérdida, la imposibilidad de contar con el cuerpo del difunto (desaparecidos o restos irreconocibles), la imposibilidad de despedirse, la dificultad de expresar sentimientos cuando el muerto pertenece “al otro bando”, etc (Rodríguez Vega).

4.2.4. El trauma y el estrés post-traumático.

La experiencia de la guerra es tan sumamente violenta y brusca, que debe dejar alguna herida al igual que la deja un accidente de tráfico, un incendio o la muerte violenta de un familiar. La psicología utiliza, para la comprensión de las respuestas individuales a estas experiencias, el **concepto de trauma**. Con esto se alude a vivencias específicas, que por su carácter especialmente brusco, dejan una huella que nos dificulta pensar, sentir o actuar de una forma que en nuestro medio se entiende como normal (Martín-Baró, 1988). Podemos decir que una situación traumática se da cuando hay un **sentimiento de desamparo, de estar a merced de lo externo; una ruptura de la propia existencia, con pérdida de la seguridad; y un estrés negativo extremo** (más allá de la experiencia humana habitual). Es evidente que en una situación como la violencia organizada esto es muy frecuente.

El concepto que agrupa las reacciones patológicas al trauma es el de **Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT)**, consistentes básicamente en respuestas de reexperimentación (sueños, memorias intrusivas,...), evitación (de estímulos que recuerden al trauma), sobreexcitación (síntomas vegetativos y de ansiedad), y de embotamiento (de los afectos, expectativas,...) (Ibáñez 1998). La inclusión de este diagnóstico ha supuesto,

como se señaló anteriormente, un gran avance en la concreción del sufrimiento de las víctimas pero tiene **importantes limitaciones** si se quiere utilizar como única herramienta de trabajo. La más elemental de todas es que su rígida categorización de los problemas de la población, considerando como patología únicamente los casos en los que se dan determinadas manifestaciones psíquicas. Si adoptamos el TEPT como único criterio, las pérdidas y las situaciones traumáticas de la guerra, configurarían respuestas particulares equiparables a cualquier situación en la que se produzcan un hecho violento. Por otro lado su utilización de manera generalizada nos aleja de la comprensión del entorno social del sujeto, estigmatizándolo, y medicaliza e individualiza una problemática que requiere una comprensión histórico-política.

4.3. FACTORES CONDICIONANTES

4.3.1. El factor temporal: durante y después de la guerra

Cuando se están desarrollando los combates la demanda de atención psiquiátrica disminuye. Se produce una rápida **adaptación para sobrevivir** y la atención psicológica es un lujo en circunstancias en las que la supervivencia está en juego. Quien no se adapta (formando de algún modo parte de uno de los bandos), es apartado, probablemente no resulte funcional y acabe muerto o huya. Aunque sigue vigente la afirmación de Durkheim (1895) en el sentido de que hay menos suicidios, aunque algunas conductas de riesgo pueden ser equivalentes suicidas pues suponen la exposición a la muerte.

En los **soldados** la patología más frecuente son las reacciones psicóticas y el estrés de combate, manifestándose como reacciones de ansiedad, de confusión, o cuadros disociativos y conversivos. Aumenta el consumo de tóxicos y las enfermedades psicosomáticas, que no son vividos como problemas psíquicos. En el caso de la **población civil**, la provisionalidad en la que se mueve su vida, y la necesidad de estar esperando permanentemente órdenes o ataques, hacen que la normalización forzada para sobrevivir, y las reacciones de miedo, ansiedad, rabia y embotamiento sean las respuestas habituales.

Cuando termina la guerra se da una mayor demanda de ayuda en salud mental. El cambio radical de las condiciones de vida supone un reto para la población tanto militar como civil. Las guerras actuales no suelen terminar con la derrota militar del adversario, lo que implica que se debe convivir con quienes hasta ayer había que eliminar. Las poblaciones sobreadaptadas a la situación previa tienen que hacer un gran esfuerzo para enfrentarse a la normalidad.

La mayoría de los estudios (Arcel, 1994; Bracken, 1997; Deahl, 1994; Mollica, 1987, 1999; Ramsay, 1993, Richman, 1993; Thuselius, 1999; Weine, 1995) sobre consecuencias de la guerra se han realizado en estas situaciones de posguerra. En **soldados**, además de la reacción de combate, el trastorno que aparece con más frecuencia es el TEPT (prevalencias del 7 al 20%). En **población civil** y **refugiados** también se dan altas tasas de TEPT y depresión. Los **expresioneros** y los **torturados** parecen ser la población más afectada. Tienen prevalencias de TEPT muy altas, una tendencia mayor a padecer depresión y, en general trastornos psiquiátricos. Los expresioneros de campos de concentración (Eitinger 1991) viven menos que la población normal, hay más suicidios y parasuicidios y mayor índice de psicosis.

Para muchos no tiene sentido continuar viviendo en un mundo que les dejó sufrir de esa manera y que acepta la situación sin lamentos, sin reacción. Algunos presentan una reducción de la capacidad de sentir felicidad y alegría, que se manifiesta como un endurecimiento anímico aparejado a un pesimismo y anhedonia (capacidad para disfrutar): (como literariamente ha escrito Fred Wander: "El corazón de un sobreviviente es como una campana de cristal con una pequeña grieta: Ya no resuena"). Niederland (1968) definió el *síndrome del sobreviviente* con las siguientes palabras: "Se siente indefensión ante las vivencias de angustia y temor que se reiteran en los sueños y el recuerdo, sentimientos de culpa por sobrevivir, de fracaso vital, de desesperanza, de reticencia a las relaciones humanas, y una actitud básica de desconfianza". Se puede afirmar que, en la tortura, en la violencia política, y en el ataque a la población civil, se pretende usurpar al otro su identidad como persona, su historia, quebrar sus valores, su capacidad de resistencia, rompiendo lo que le es más caro.

En la reparación y prevención de las secuelas es fundamental evitar la negación, juzgar a los culpables, y facilitar una reparación de los daños. Como proponía una psiquiatra de Mostar en un escrito durante la guerra (Díaz del Peral 1995), hay que "condenar a los criminales para que la gente no se sienta culpable, hay que ayudar a las víctimas para que se liberen del dolor, la rabia, la culpa". Es necesario analizar de dónde viene la violencia, qué y quienes son los responsables, y cómo denunciar esto de manera segura, fomentando la educación para la paz. De esta forma las sociedades tendrían formas de detección y resolución de conflictos antes que intereses ahora no declarados - tal vez controlados por unos pocos - las llevaran a la guerra.

4.3.2. El factor frontera

Si decíamos que en la guerra el individuo perdía sus referencias habituales, se quedaba sin perspectivas, sus relaciones se deshumanizaban y sufría especiales dificultades para mantener la estabilidad, en los casos en los que debe huir de su hogar y convertirse en **refugiado es cuando estos elementos estresantes se hacen más intensos**. Los individuos quedan desconectados incluso de los roles institucionalizados a los que se podrían adaptar en un conflicto. Los rumores, la falta de intimidad, la transitoriedad, el desarraigo, la pérdida de todo lo material, desde la tierra hasta esos detalles que conforman un hogar, la total dependencia y pasividad (poder realizar un papel activo para tener control de la situación previene de patología mental), son factores de la situación de refugio que favorecen la problemática psicosocial. El miedo al regreso, el rechazo de la población autóctona, y la difícil adaptación a una situación que no es el final, sino una espera, generan importantes dificultades psicológicas (Gorst-Unsworth, 1998; Caspi-Yavin, 1995).

Desde el punto de vista de la salud mental, la **diferencia entre vivir en condiciones de refugio o en el lugar en el que se están desarrollando los combates** tiene un paralelismo lógico con lo expuesto en el punto anterior sobre el vivir la situación de guerra y de postguerra. En efecto, aunque la población que vive en las zonas de combate está más cerca de los estresores directos, los individuos se adaptan a unas circunstancias que conocen y utilizan mecanismos para tomar control sobre ellas. Algo que no sucede en las condiciones de refugio. Así, algunos estudios sobre la salud mental de los afectados por la guerra comparando la población nicaragüense que vivía durante la guerra en su país con la que vivía en refugios de Costa Rica (Pacheco, 1988) o campamentos en Honduras (Moreno, 1990) coinciden en señalar que se daban **más trastornos psíquicos entre los refugiados, especialmente entre los niños, que los que se daban en quienes vivían en los territorios de guerra abierta**. No hay que olvidar que la mayor parte de los problemas psicológicos producidos en situaciones de refugio, son una combinación de lo vivido en la guerra y de lo experimentado en la nueva situación vital.

Por otro lado estudios en Irlanda del Norte (Mercer, 1979) señalan que se produce **más afectación en las poblaciones que quedan en los bordes del frente**. En la retaguardia o el frente (de baja intensidad en este caso) los individuos se adaptan a unas circunstancias que conocen y utilizan mecanismos para tomar control sobre ella. En el intermedio de estas situaciones la incertidumbre mantiene un alto nivel de estrés al no poder encontrar mecanismos para afrontar una situación que no se sabe cuál es.

4.2.3. La participación

De algunos estudios empíricos desarrollados en **tiempo de guerra** (Pumanäki, 1982, Martín-Baró, 1990) se deduce que **las personas que están más involucradas política y socialmente, en uno de los bandos enfrentados resisten mejor** los desequilibrios generados por el conflicto. Por un lado los soldados encuentran en la obediencia acrítica la justificación de sus conductas. En la guerra, al contrario que en períodos de paz, la destrucción y el asesinato no sólo no se castigan, sino que quienes son más efectivos en estas funciones son mostrados como ejemplos en los que el grupo ha de mirarse. Por otro lado, cuando los programas de entrenamiento militar crean el hábito de obedecer de forma inmediata a las órdenes, no sólo consiguen una mayor funcionalidad operativa, también pretenden eximir de responsabilidad moral al soldado que mata. De este modo el individuo se vincula más al grupo, que en definitiva es el que ha cometido la acción de la que él no ha sido más que un instrumento. La metáfora del *brazo ejecutor* remite a un *cuerpo* del que el individuo participa. Esta vinculación grupal actúa como elemento defensivo. Algo similar sucede en el campo de la población civil. Las personas que no se identifican con ninguno de los bandos tienen asegurado, como mínimo, el vacío social. Lo más habitual es la persecución y el exilio. **Cuando la guerra termina** la cohesión desaparece y la sensación de pertenencia de sus miembros se difumina. Las personas se sienten desilusionadas y a menudo traicionadas. Quienes participaron de forma más activa y sufrieron pérdidas que en ellos consideraban necesarias, sufren procesos de desestructuración que precisan de ayuda psicológica.

Si la participación es una vía de canalizar la angustia y dar sentido a una situación que no la tiene, lo que **los programas psicosociales deben promover en tiempo de guerra es una participación social no necesariamente vinculada a ser funcional con el conflicto** (Ibáñez y Díaz del Peral 1998).

4.3.4. La extensión del sufrimiento

Para la comprensión de las respuestas postraumáticas es relevante tener en cuenta otros **factores: la distancia, frecuencia e intensidad, contexto, y tipo de estresor:**

- Según la **distancia del estresor**, la víctima puede ser objeto primario del trauma, afectarse a través de la traumatización de una persona muy allegada, o de otros no allegados (traumatización secundaria (Agger 1995), como la que sufren los que trabajan con víctimas de violencia).
- La **frecuencia** de situaciones traumáticas en condiciones de guerra o violencia organizada se caracteriza por una repetitiva y sistemática exposición a los estresores,

de los que la víctima no puede huir, generando un temor y una respuesta de supervivencia que se convierten en parte de la vida diaria, llamado por Herman (1993) estrés postraumático complejo.

- Del 25 al 40% de las víctimas de un grave conflicto social mostrarán síntomas, proporción que aumenta en los torturados y las violadas hasta un 60%, lo que indica que también el **tipo de experiencia** es un factor determinante (Davidson 1993).
- El otro concepto es el del **contexto**. Con él nos referimos al contexto histórico, económico y cultural de la sociedad en la que se da la situación, y que determina la vivencia del trauma (DeGirolamo, 1995). Ya nos hemos referido a la diferencia entre vivir el conflicto dentro o fuera del país como elemento diferenciador. Si la experiencia traumática afecta a un número pequeño de personas, es mucho más difícil compartir con los no afectados la experiencia y, por tanto, superar la vivencia. Si comparamos informes que nos hablan de trastornos psicológicos en huérfanos de guerra de una región de Nicaragua (INSSBI, 1988) con un estudio similar hecho con hijos de desaparecidos y asesinados durante la represión de los años setenta en Argentina (Movimiento Solidario de Salud Mental, 1987), observamos que en el segundo caso la salud mental de la mayor parte de los niños estaba seriamente afectada, mientras que entre los huérfanos nicaragüenses no llegaba al siete por ciento el número de niños afectados por algún trastorno, siendo éstos menos graves que los de los argentinos. La explicación de este hecho y otros similares, como la prevalencia de desajustes psicológicos en niños de la guerra adoptados en EEUU, puede buscarse en cómo unos y otros superaron las experiencias traumáticas. Mientras que a los niños nicaragüenses se les informaba de la muerte de sus familiares y se les permitía exteriorizar sus sentimientos, a los niños argentinos no se les solía informar de la realidad, por la misma situación de miedo que se vivía en la familia. La elaboración de la experiencia vivida, una vez que ésta ha pasado, juega, por tanto, un papel fundamental. Si la experiencia se comunica en el ambiente en el que se vivió, existen menos posibilidades de aparición del trastorno.

4.3.5. Los recursos

Obviamente aunque la repercusión de los conflictos bélicos en la salud pública de la población es demoledora, los más afectados son los más indefensos. El hecho de estar previamente enfermo, ser viejo, pobre o huérfano, supone un factor favorecedor del trastorno.

4.4. MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

Para encarar los hechos de la guerra el individuo utiliza procedimientos que podemos denominar mecanismos de afrontamiento. Si estos son adecuados, consiguen **resolver el problema concreto, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales**. Estos mecanismos incluyen procesos cognitivos, emocionales y conductuales. La negación, la desconfianza radical, la supresión del afecto, hablar o no de los hechos, y otros mecanismos, pueden ser adaptativos en unas situaciones y desadaptativos en otras, en función de los factores condicionantes expresados anteriormente. Estos factores protectores, que pueden surgir de forma espontánea o ser favorecidos con programas de intervención profesional, permiten a los individuos enfrentarse con los estresores y tienen como eje al individuo, a su entorno social más inmediato y a los elementos culturales más amplios de la comunidad a la que pertenece.

- Parece más resolutivo si el **modo individual** de afrontamiento implica alguna actividad de toma de control sobre la situación. La inhibición mantenida se relaciona con resultados más negativos aunque en determinados contextos estilos pasivos de afrontamiento pueden ser más adaptativos. Por otro lado lo que para un occidental puede resultar pasivo, para otro puede incluir mecanismos que le supongan esa actividad de toma de control. Esto es frecuente en situaciones de dependencia o debilidad, dónde efectivamente acciones de confrontación activas pueden generar más problemas. Por ejemplo, no expresar nada de un problema en el contexto donde se genera éste, y cantar canciones populares incluyendo términos relativos al problema dónde se confronta este en la ficción. Otras investigaciones (King 1998) apuntan a que las personas que acentúan la parte positiva (como el valor de las cosas aprendidas, el sentido de lucha, sacrificio, etc.), pueden encontrarse mejor que las personas que se aíslan o culpabilizan.
- La **relación emocional próxima** es imprescindible para anticipar, enfrentar e integrar experiencias emocionales traumáticas. El apego emocional es la protección primaria frente a los sentimientos de indefensión y falta de sentido, y es imprescindible para la supervivencia biológica en niños y el sentido existencial en adultos. La familia y allegados proveen de una membrana protectora. La red social de apoyo extiende esta membrana y permite manejar las dificultades cuando la familia no está o no es suficiente. Las sociedades disponen de recursos comunitarios para el manejo de situaciones de estrés, y cuando las situaciones son extremas los individuos sacrifican

incluso la vida para intentar mantener el mínimo funcionamiento social que garantice la supervivencia del grupo.

- La **religión y otros valores culturales** pueden proveer al individuo de un sistema de creencias que evitan que se vea sobrepasado ante situaciones traumáticas. Proveen del sentido vital necesario para afrontar lo espantoso de determinadas realidades, localizando el sufrimiento en otro contexto, al afirmar lo trascendente de éste. Cada sistema de creencias da una solución a lo incontrolable de la vida.

Es evidente que estos mecanismos de afrontamiento no son lo suficientemente poderosos como para hacer frente a la gran cantidad de estresores que se ven involucrados en las situaciones de guerra. Es en el fortalecimiento de estos mecanismos donde se debe centrar la **intervención profesional**, especialmente si esta es protagonizada por personas de otro contexto cultural al de las víctimas. En estos casos se debería optar por programas psicosociales tendentes a promover la salud mental y los derechos humanos mediante estrategias que incrementen los factores protectores existentes y disminuyan los estresores. La intervención, de la que se hablará en otro capítulo de este libro debería abarcar todos los ámbitos en los que se puede ayudar a las víctimas, desde lo más general a lo más concreto, sin olvidar nunca el contexto en el que se ha vivido ni los recursos de los que se dispone. Es razonable fundamentar la intervención sobre todo en lo social, facilitando la movilización de los recursos personales, familiares y de la comunidad, para adaptarse a los nuevos tiempos y, si fuera posible, afrontar la reconstrucción individual y social sobre unas bases que pongan muchos obstáculos al desarrollo de nuevas hostilidades.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agger I, Jensen SB. *Psycho-social Projects under War Conditions*. Zagreb: ECTF; 1995.
- Arcel LT (1994). *War Victims, Trauma and Psycho-Social Care*. Zagreb, ECTF.
- Bracken, P.J., Giller, J.E. and Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40(8): 1073-1082.
- Caspi-Yavin Y (1995). *The Psychiatric and Functional Impact of Refugee Trauma*. Boston, Mas: Harvard University Press.
- Davidson JRT, Foa EB (1993). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. New York, American Psychiatric Press.
- Deahl MP y otros (1994). Psychological Sequelae Following the Gulf War. *British Journal of Psychiatry*, 165, pp 60-65.
- DeGirolamo G, McFarlane AC (1966). The epidemiology of PTSD. En Maesella AJ, Friedmsan MJ, Gerrity ET, Scurfield RM, eds. *Ethnocultural aspects of PTSD*. Washington DC: American Psychological Association.
- Durkheim, E. (1895). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: AKAL.
- Eitinger L, Krell R(1985). *The psychological and medical effects of Concentration camps*. Vancouver, University of British Columbia Press.

- Fariña, Juan Jorge (1987). Ante el terror la respuesta de los trabajadores de salud mental. En Movimiento Solidario De Salud Mental (Ed.). *Terrorismo de Estado. Efectos psicológicos en los niños*. (pp. 37-41). Buenos Aires. Paidós.
- Gorst-Unsworth C, Goldenberg E (1998). Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. *British Journal of Psychiatry*. 172; 90-94.
- Herman JL (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma. En Davidson JRT, Foa EB eds: *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. New York, American Psychiatric Press.
- Ibáñez Rojo V, Díaz del Peral D (1998). El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas: tratamientos biológicos y psicoterapias. En *Actuaciones Psicosociales en violencia política y guerra*, Pérez Sales P coord. Madrid: Ex-libris.
- Ibáñez Rojo V, Díaz del Peral D (1998). La respuesta social y comunitaria en situaciones de guerra y violencia organizada. En *Actuaciones Psicosociales en violencia política y guerra*, Pérez Sales P coord. Madrid: Ex-libris.
- INSSBI (1988). *Diagnóstico sobre huérfanos de guerra de la Región I*. Estelí: INSSBI.
- Kardiner A (1941) *The traumatic neuroses of war*. Publisher: Washington, 1941.
- King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol* 1998 Feb;74(2):420-34
- Lindqvist, Agneta. (1984). Children in Lebanon (mesa redonda). En Rädde Barnen, *Child victims of armed conflict*. Roma, 28 de abril de 1984. (p. 29)
- Lira, Elizabeth. (1988). Consecuencias psicosociales de la represión política en Chile. *Revista de Psicología de El Salvador*. N° 28. (pp 143-159).
- Martín Baró, Ignacio. (1984). Guerra y salud mental. *ECA Estudios Centroamericanos*. N° 429-430, (pp 503-514).
- Martín-Baró, Ignacio. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*. Vol. VII, N° 28 (pp. 123-141).
- Martín-Baró, Ignacio. (Ed). (1990). *Psicología Social de la guerra*. San Salvador: UCA.
- Mercer GW; Bunting B; Snook S (1979). The effects of location, experiences with the civil disturbances and religion on death anxiety and manifest anxiety in a sample of Northern Ireland university students. *Br J Soc Clin Psychol*, 18(2):151-8.
- Metraux, Jean Claude. (1989). *Los niños. Víctimas de la guerra*. Managua: Centro de Publicaciones del INIES.
- Mollica RF y otros (1987). The Psychosocial Impact of War Trauma and Torture on Southeast Asian Refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, pp 1567-1572.
- Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, et al (1999). Disability associated with psychiatric morbidity and health status in bosnian refugees living in Croatia. *JAMA*. 282: 433-439.
- Moreno Martín, Florentino. (1990). *La socialización bélica. Estudio empírico en Centroamérica y España*. Madrid: Editorial Complutense. Colección Tesis Doctorales.
- Moreno Martín, Florentino. (1991). *Infancia y guerra en Centroamérica*. San José: FLACSO.
- Movimiento Solidario de Salud Mental. (1987). *Terrorismo de Estado. Efectos psicológicos en los niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Niederland WF (1968). Clinical observations on the "survivor syndrome". *International Journal of Psychoanalysis* 49: 313-315
- Pacheco, Gilda. (1988). *Aspectos psicosociales en problemática de los refugiados nicaragüenses de origen campesino*. San José: Confederación Universitaria Centroamericana (CSUCA).
- Pellegrini, Alberto. (1999). La violencia y la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (4/5), 219-221.
- Pumanäki, Raija-Leena. (1982). Childhood in the shadow of war. A Psychological study on attitudes and emotional life of Israeli and Palestinian children. *Current Research on Peace and Violence*. N° 5. (pp. 26-41).
- Ramsay R. Psychiatric Morbidity in Survivors of Organised State Violence. *British Journal of Psychiatry* 1993, 162, pp 55-59.
- Richman N. Annotation: Children in situations of Political Violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993, vol 34, n° 8, pp 1286- 1302.
- Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. El duelo como marco de comprensión. En *Guerra y psiquiatría. La experiencia de Médicos del Mundo en los Balcanes*. En prensa.
- Thuselius H, Hakansson A (1999). A screening for PTSD among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 12: 167-174.
- Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, et al (1995). Psychiatric consequences of ethnic cleansing. *American Journal of Psychiatry*. 152: 536-542.

Worden W(1991). Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. London: Tavistock/Routledge.