

PAU PEREZ SALES

**ACTUACIONES PSICOSOCIALES
EN GUERRA Y VIOLENCIA POLITICA.**

Textos de :

Richard F. Mollica
Elizabeth Lira
Carlos Martin Beristain
Derek Summerfield
Pau Pérez Sales
Judith Zur
Domingo Diaz del Peral
Florentino Moreno
Gerardo Gonzalez
Pilar Estébanez
Sören Bojholm
Vicente Ibáñez
Fernando Chacón

"¡Qué elocuente esta fotografía! Nos habla de cuán incontrolable es la política en su origen. Estos cinco hombres, con sus amores, sus hijos, sus canciones y su memoria anatolia, no se dejan engañar. A menudo han sido mal dirigidos, a menudo, descuidadamente organizados, a menudo, las primeras víctimas del narcisismo de sus líderes; pero nada de esto les sorprende. No esperaban nada mejor del mundo presente, que ellos conocen tan bien.

Saben que nunca ha habido en Anatolia un invierno sin nieve, un verano sin animales muertos por la sequía, un movimiento obrero sin represión. Las utopías existen solamente en las alfombras'.

John Berger. Páginas de la herida.

Actuaciones Psicosociales en el Contexto de Guerra y Violencia Organizada.

Comité Organizador :

Pau Pérez Sales (Psiquiatra)
Patricia Aracil (Psicóloga)
José Juan Vázquez (Psicólogo).
Bea Stalenhof (Antropóloga)
Alicia Moreno (Psicóloga).
Alberto Fernández Liria (Psiquiatra).

Prensa y Relaciones Públicas

Mónica Aparicio (Depto. Comunicación Médicos del Mundo)

Colaboradores :

Ramón Soto (Psicólogo)
Joaquín Ponte (Psicólogo)
Déborah Ortiz (Médico)
Laura Moreno (Estud. Psicología).
Patricia De la Sen (Estud. Psicología).

Traducción de Textos:

Clara Aubert
Beatriz Rodríguez San Julián
Marian Fernández de la Morena

Autores.

Carlos Martín Beristain. Médico. Email : carlos@eusnet.org

Derek Summerfield. Psiquiatra. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture. Londres. E-mail : ishhr@dircon.co.uk

Domingo Diaz del Peral. Psiquiatra. Servicios de Salud Mental. Almeria. Colaborador de Médicos del Mundo en Mostar (Bosnia). E-mail : ddd@larural.es

Elizabeth Lira Kornfeld. Psicóloga. Especialista en Derechos Humanos. Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales-ILADES . Universidad de ARCIS- Santiago de Chile . Email: elira@reuna.cl

Fernando Chacón. Psicólogo. Profesor Titular de Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. E-mail : dmadrid@correo.cop.es

Florentino Moreno Martin. Profesor Asociado de Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. E-mail : pssoc12@sis.ucm.es

Gerardo Gonzalez Figueroa. Médico. Ex director de la Coordinadora de Organizaciones Mejicanas por la Paz (CONPAZ). Chiapas (Méjico). E-mail : gergon@laneta.apc.org

Judith Zur. Antropóloga. Londres. E-mail : s.navarrete@ucl.ac.uk

Pau Pérez Sales. Psiquiatra. E-mail : pauperez@arrakis.es

Pilar Estébanez. Especialista en Salud Pública. Presidenta. Médicos del Mundo-España. Email: mdmesp@ctv.es

Richard F. Mollica. Psiquiatra. Director del Harvard Program in Refugee Trauma. Cambridge. Massachusets. (EUA). E-mail : rmollica@hprt.harvard.edu

Sören Bojholm. Psiquiatra. International Rehabilitation Council for Torture Victims. Copenhague (Dinamarca). E-mail : ulla_fosse@RCT.DK

Vicente Ibáñez Rojo. Psiquiatra. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. Colaborador de Médicos del Mundo-España. E-mail : vicen@redestb.es

INDICE.

Comité Organizador :.....	3
Autores.....	4
Pau Pérez Sales. El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales.....	7

Parte I. Consecuencias psicosociales de la guerra y la violencia política.

Vicente Ibáñez . Domingo Díaz . La respuesta social y comunitaria en las situaciones de guerra y violencia organizada.	16
Discusión.....	22
Richard F. Mollica. Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva.....	26
Discusión.....	35
Vicente Ibáñez. Domingo Diaz. El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas : tratamientos biológicos y psicoterapias.	37
Discusión.....	41

Parte II. La perspectiva de la comunidad

Judith Zur. Represión y culturas indígenas.....	45
Discusión.....	52
Carlos Martín Beristain. Afirmación y Resistencia. La comunidad como apoyo.....	55
Discusión.....	66
Pau Pérez Sales. Etnopsiquiatría y terapéuticas autóctonas.....	69
Discusión.....	80

Parte III. Las actuaciones psicosociales a debate

Elizabeth Lira. Mirando hacia atrás: un balance de 20 años de iniciativas en el cono sur	83
Discusión.....	98
Sören Böhholm. La experiencia internacional del IRCT en el trabajo con víctimas de tortura.....	101
Discusión	106
Florentino Moreno. Reflexiones previas a los programas de intervención.....	111
Discusión.....	113
Derek Summerfield. Una critica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico.	115
Discusión.....	128

Pau Pérez Sales. Contradicciones respecto al papel de las organizaciones no gubernamentales en el trabajo psicosocial en situaciones de guerra y violencia organizada.	130
Discusión.....	149

Parte IV . Otras aportaciones

Fernando Chacón. El voluntariado en los programas de intervención psicosocial : las repercusiones de la guerra y la violencia sobre su permanencia.	152
Discusión.....	155

Pilar Estébanez. El papel de las ONG en el actual contexto internacional	157
Discusión.....	158

Gerardo González. Guerra y Violencia en Chiapas. Implicaciones psicosociales.	161
Discusión.....	161

Darío Paez. ¿Es posible la evaluación de los proyectos psicosociales?.....	164
Discusión.....	166

Pau Pérez Sales.

El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales.

Dentro de las múltiples líneas de trabajo en salud, cada vez son más las organizaciones y grupos que se han dedicado monográficamente a actuaciones en salud mental en situaciones de guerra o violencia.

Con anterioridad a la segunda guerra mundial Cruz Roja (1864) o el International Refugee Organization (1920), precedente histórico de ACNUR (fundado en 1951) y los servicios de psiquiatría y psicología de los diferentes ejércitos implicados en conflictos armados fueron los que empezaron a prestar atención a las consecuencias psicológicas de la guerra y la violencia. Puede revisarse las reflexiones que se hicieron en este período histórico en el clásico de Lewis y Engle *Wartime Psychiatry*¹ donde se recogen los resúmenes de más de dos mil artículos y cerca de un centenar de libros anteriores a 1950 sobre psicología y psiquiatría de guerra. Emili Mira, jefe de los servicios psiquiátricos del ejército de la República durante la guerra civil española fue una figura destacada de esa época y sus escritos fueron muy influyentes a nivel internacional²⁻³. El centro de preocupación no es la afectación psicológica de la población civil, sino el uso militar de la psicología y la psiquiatría para los fines propios del ejército : combatir mejor.

La guerra del Vietnam y la popularización del concepto de Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) marcan un punto de inflexión. Las concepciones de los psiquiatras y psicólogos anteriores a 1950 vieron su reflejo en el DSM-I (1952) que hablaba de Gran Reacción de Estrés (Gross Stress Reaction). El DSM-II (1968) desvaloriza el concepto y prefiere hablar de Trastorno Transitorio Situacional (Transient Situational Disturbance). En el DSM-III (1982) la presión de los grupos de veteranos y profesionales de salud mental que pedían el reconocimiento de un *Síndrome Post-Vietnam* consigue que se incluya por primera vez la categoría de TEPT que ya se mantendrá en las sucesivas revisiones. La Organización Mundial de la Salud fue reacia a aceptar esta categoría diagnóstica y en la Novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9, 1975) considera estos problemas como Reacción Aguda ante Gran Tensión, aceptando finalmente la categoría de TEPT en la CIE-10 (1994)⁴. La polémica sobre la validez de esta entidad dista mucho de estar cerrada⁵, pero en todo caso significó la aparición de cerca de cincuenta centros de investigación y tratamiento de Estrés Post-Traumático en los Estados Unidos y que se disparara la investigación y las publicaciones sobre el tema. Mientras que en los Psychological Abstracts de 1970 aparecen menos de veinte trabajos sobre Trauma en sus diversas formas (guerra, abuso sexual, catástrofes naturales), en 1990 se recogen unas 150 referencias⁶. En 1985 surge la Society for Traumatic Stress Studies, con más de dos mil profesionales afiliados en la actualidad sólo en los EUA. En 1993 la STSS amplía su ámbito de acción y se convierte en la **International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)** con sede en Chicago, que ha celebrado desde su constitución ya dos Congresos Mundiales, el último, al publicar estas páginas, en Jerusalén en 1996. En enero de 1988 la ISTSS empieza a editar el *Journal of Traumatic Stress*. Ya existe, además, una base de datos en CD-ROM monográfica sobre el tema del estrés post-traumático (base bibliográfica PILOTS)^a La mayoría de miembros de la ISTSS son profesionales de los EUA, Australia e Israel, lo que se refleja fielmente en la línea editorial de la revista y en el tipo de trabajos que se presentan en los Congresos.

Esta visión del tema tiene diversos referentes en Europa que mantienen la misma filosofía y base conceptual si bien obviamente divergen en la población con la que trabajan e introducen matices

^aPILOTS (Published International Literature on Traumatic Stress Database) creada y actualizada semestralmente por el National Center for Post-Traumatic Stress Disorder de Vermont de acceso público y gratuito a través de internet (telnet lib.darmouth.edu). En el momento de escribir este trabajo tiene más de 10.000 entradas, muchas de las cuales no están en MEDLINE ni PSYCLIT, en su mayoría publicaciones locales sobre TEPT en veteranos del Vietnam. Puede consultarse Kubany E.S. Searching the Traumatic Stress Literature using PILOTS and PsycLIT. *Journal of Traumatic Stress* (1995) 8:3 491-4 y Banks J.L. PILOTS. *Journal of Traumatic Stress* (1995) 8:3 495-7.

propios de la psiquiatría europea. En 1985 surgió en Dinamarca el **International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)** a partir del **Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT)** de Copenhague. El IRCT gracias a un acuerdo de colaboración financiera con el Ministerio de Asuntos Exteriores danés y la agencia oficial DANIDA ha tenido desde su fundación un crecimiento exponencial. El IRCT es en la actualidad, apenas una década después de su fundación, el centro de una gran red mundial de organizaciones que trabajan en atención a víctimas de tortura. Los programas de todos estos centros están basados, en mayor o menos medida, en los manuales y textos de rehabilitación física y psiquiátrica desarrollados en la sede central. Estos postulan un esquema de trabajo de carácter biomédico y rehabilitador, centrado en la atención clínica individualizada de cada caso, lo que ha provocado conflictos, por ejemplo, en los centros que han impulsado en el área latinoamericana. El IRCT ha participado, hasta 1996, en 123 programas de rehabilitación en 58 países del mundo. En 31 de estos centros se trabaja en la actualidad bajo supervisión técnica del IRCT y en 27 se mantienen relaciones de colaboración. Para el futuro inmediato, en 1998, el IRCT tiene en estudio 21 iniciativas en 18 nuevos países. Sólo en 1996 el RCT/IRCT dió formación a más de cinco mil profesionales en todo el mundo⁷.

Pero esta línea de trabajo, con todo y ser mayoritaria no es la única. Por razones tanto conceptuales como ideológicas y de contexto, la psicología y la psiquiatría latinoamericanas se desmarcan pronto de ella y hacen un desarrollo propio y autónomo. Aunque hay autores que ya habían realizado aportaciones con anterioridad, se reconoce como la persona que supo aunar esos esfuerzos a Ignacio Martín-Baró, sacerdote jesuita responsable del departamento de Psicología Social de la Universidad Centroamérica (UCA) de El Salvador, autor prolífico hasta su asesinato a manos de militares salvadoreños el 16 de noviembre de 1989. La compilación de trabajos de diferentes autores *Psicología social de la Guerra : Trauma y Terapia*⁸ ha sido, desde su primera edición, el auténtico *Handbook* de la psicología y psiquiatría latinoamericanas relacionados con las situaciones de guerra y represión. Para Martín-Baró la salud mental no debe entenderse desde una dimensión individual, en la que se analiza las consecuencias que sobre cada individuo aislado puede tener el proceso de la guerra, sino que la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, aunque esa dimensión produzca en cada organismo concreto diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes). El *trauma psíquico* será la particular herida que una experiencia difícil o excepcional deja en una persona concreta. Se hablaría de *trauma social* para referirnos a cómo los procesos históricos pueden haber dejado afectada a toda una población (por ejemplo los pueblos judío y alemán, o el propio caso del pueblo salvadoreño). Martín-Baró utiliza el término de *trauma psicosocial* para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada en las personas por la vivencia prolongada de la violencia o la guerra. Habla del carácter dialéctico del trauma psicosocial para subrayar que la herida o afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto así como por las características de su personalidad y su personal experiencia.

La década de los ochenta vió aparecer, desde Méjico a Argentina, cerca de cincuenta centros, asociaciones u organizaciones dedicados a la atención en salud mental para víctimas de la represión política. Los textos de autores chilenos como Elizabeth Lira o Paz Rojas o argentinos como Diane Kordon circulan y se reproducen difundiendo un modelo rico en elementos de la psiquiatría dinámica, los postulados sistémicos y la psiquiatría social. Este modelo, propio del Cono Sur, centrado en la terapia individual y familiar pero con una indisociable perspectiva social y de compromiso político, se ha visto sustancialmente enriquecido y modificado por los grupos del área centroamericana y caribe (especialmente Colombia, Brasil, El Salvador Nicaragua y Guatemala) que han incorporado a su trabajo elementos de la Educación Popular de la escuela de Paulo Freire^b y en línea con los postulados sociales de Martín-Baró, centran la comprensión y el afrontamiento de las situaciones traumáticas en el grupo y la comunidad a través del uso de dinámicas participativas y de la movilización de los recursos positivos propios del grupo, dejando la atención clínica individualizada sólo para casos

^bVéase toda la serie de Publicaciones de Educación Popular del Grupo Alforja, programa regional que coordina a las organizaciones CEP (Costa Rica), SERJUS (Guatemala), CENCOPH (Honduras), IMDEC (Méjico), FUNPROCOOP (El Salvador) CEASPA (Panamá) y CANTERA (Nicaragua) y editor entre otros de *Técnicas Participativas para la Educación Popular* (9 ediciones) o *Para Sistematizar Experiencias* (3 ediciones).

excepcionales de extrema traumatización. Muchos de estos equipos se agruparon alrededor de la **Red de Salud mental y Derechos Humanos** que funcionó en América Latina a partir de 1980, con apoyo de grupos de Estados Unidos y Europa, promoviendo la realización de encuentros latinoamericanos y de intercambio de experiencias y materiales, muchos de ellos publicados en cada país de modo clandestino. Hace ya varios años que la Red dejó de funcionar sin que tampoco, oficialmente, pueda decirse que se haya disuelto.

Esta línea de trabajo crítica con los modelos euroamericanos centrados en el individuo no es exclusiva de América Latina, aunque haya sido allí donde ha alcanzado su máximo desarrollo. Existe una amplia red de organizaciones a nivel mundial que mantienen este tono. Muchas se agrupan en la recién creada **International Society for Health and Human Rights** (1994). La iniciativa surgió a partir de la realización de cuatro conferencias internacionales sobre salud y derechos humanos (Francia (1987), Costa Rica (1989), Chile (1991) y Filipinas (1994)) en las que se vió la necesidad de crear un espacio internacional de debate e intercambio. Entre las actividades de la ISHHR están el mantener el encuentro internacional bi o trianual (Sudáfrica-1998), diseminar información, promover la atención a víctimas de violaciones a los derechos humanos y crear una red de respuesta rápida para la protección de trabajadores de salud amenazados. Muchos de los grupos que en su momento formaron parte de la Red latinoamericana se integraron posteriormente a la ISHHR. Esta está en este momento en un estado de crisis cercano a la disolución como consecuencia de importantes problemas de financiación de sus actividades y del papel creciente del IRCT que ha buscado de nuevo imponer su monopolio ideológico, lo que ha llevado al alejamiento de los grupos que inicialmente buscaron en ella un espacio alternativo de expresión y coordinación.

En Europa el primer centro establecido para la atención médica y psicosocial de refugiados y víctimas de la represión fue el **COLAT** en Bruselas (1976). En 1979 surge el **Psychosocial Centre for Refugees** en Frankfurt.

Por su importancia hay que destacar también algunos centros universitarios con programas específicos de salud mental y derechos humanos : El **IPSER-WHO Collaboration Centre on Refugees and Ethnic Minorities**, vinculado a la Universidad Libre de Amsterdam, el **Health and Human Rights Programme** vinculado a la Harvard School of Public Health, en Boston, el **Refugee Studies Programme** de la Universidad de Oxford y el **Center for Refugee Studies** de la Universidad de Toronto. Existen, por supuesto, muchos otros programas universitarios de formación (Filipinas, Venezuela, Sudáfrica etc.) imposibles de detallar aquí todos ellos.

En cuanto a la psiquiatría oficial, la implicación en el tema es reciente. La **Organización Mundial de la Salud** a través de la división de salud mental ha desempeñado por primera vez un papel de liderazgo como impulsora de proyectos psicosociales en la guerra de Bosnia-Herzegovina⁹¹. Hasta 1994 no se creó en la **Asociación Mundial de Psiquiatría** un comité ad-hoc sobre tortura, que en agosto de 1996, en el marco del 10º Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid, se convirtió en sección permanente, desempeñando el RCT danés la presidencia.

Trabajo en salud mental y derechos humanos en el Estado Español. Aunque muchas organizaciones no gubernamentales del Estado Español han apoyado en algunos momentos proyectos de carácter psicosocial en zonas en conflicto^c y podrían entenderse como actuaciones psicosociales algunas iniciativas de grupos de iglesia, comunidades de base, maestros, grupos de hermanamiento entre ciudades etc, ha habido hasta la fecha, hasta donde podemos saber, muy pocos equipos estables de trabajo dedicados al tema. Desde el ámbito profesional de la psicología han surgido diferentes iniciativas. Grupos más o menos consolidados, por poner algunos ejemplos, amparados por el Colegio de Psicólogos de Madrid (1995) o Barcelona (1996), agrupados alrededor de determinados departamentos universitarios con vínculos con universidades latinoamericanas o grupos de Psicólogos sin Fronteras que se han intentado constituir en Donosti (1995), Valencia (1996) o Madrid (1997).

^c En América Latina, por ejemplo, Entrepueblos, Paz y Tercer Mundo, Oxfam-Intermón, Mugarik Gabe o ACSUR-Las Segovias, en el Sahara la Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui, en Palestina la Coordinadora de Organizaciones de Apoyo a la causa Palestina, en Bosnia-Herzegovia, además de Médicos del Mundo, Payasos sin Fronteras, Navarra Nuevo Futuro o el MPDL etc.

Ninguna de estas iniciativas ha conseguido hasta la fecha estabilizar un equipo de trabajo, aunque en algunos casos van experimentando un lento y progresivo crecimiento..

En la actualidad tenemos constancia de dos equipos con ya algunos años de trabajo. Brigadas Internacionales de Paz tiene un grupo de gente, médicos, psicólogos y educadores, que trabajan en algunos de los países donde BIP tiene presencia (fundamentalmente Guatemala, Colombia y El Salvador). Los equipos de la organización en estos países hacen tareas de información y coyuntura y de acompañamiento y protección a trabajadores de derechos humanos. El carácter multinacional de los equipos y la dura situación de riesgo que implica su trabajo crean a veces tensiones y dificultades. El equipo de salud mental trabaja las dinámicas internas de funcionamiento y relación de los equipos y, si las condiciones se lo permiten, da también apoyo psicológico y organizativo a trabajadores amenazados y a organizaciones de derechos humanos de estos países.

Médicos del Mundo tiene un grupo de trabajo estable en salud mental desde 1994, aunque desde mucho antes ya venía prestando atención en salud mental a inmigrantes dentro de su programa de Cuarto Mundo. El grupo de salud mental de Médicos del Mundo tiene cuatro áreas : Bosnia-Herzegovina (donde se viene trabajando desde 1994), América Latina (desde 1995), un equipo de Apoyo a Voluntarios y la citada área de atención en salud mental a inmigrantes.

¿Qué se hace?. ¿Qué se puede hacer?. Teniendo todo esto en cuenta, ¿qué se ha hecho en el campo de la salud mental y los derechos humanos?. ¿Qué se puede hacer?. El anexo 1 es un catálogo de cerca de 100 tipos distintos de actuaciones que entrarían dentro de lo que se entendería como acciones de tipo psicosocial en el contexto de guerra y violencia. Se trata de un inventario de lo que se está haciendo sin que ello signifique que estemos de acuerdo con que todas ellas sean adecuadas o recomendables. Debatirlo es, precisamente, lo que se intentó en estos diálogos.

Este texto compila las ponencias y discusiones del curso de verano que con el mismo nombre se celebró en San Lorenzo de El Escorial (Madrid) en julio de 1997.

Bibliografía.

¹Lewis NDC, Engle B. Wartime Psychiatry : A compendium of the International Literature. Oxford University Press. New York. 1954.

²Mira y López. Psychiatry in War. Gaskell. London. 1941. (Traducido más tarde como La Psiquiatría en la Guerra. Ed. Médico-Quirúrgica. Buenos Aires. 1944).

³Pérez-Sales P. La Psiquiatría en la Guerra Civil española. Realitat (1992) 33:42-46.

⁴Pérez Jimenez JP, Graell Berna M, Pérez-Sales P. Trastorno por estrés post-traumático. Evolución y validez nosológica de los criterios diagnósticos. Archivos de Neurobiología (1993) 56:284-9.

⁵Young A. A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (Posttraumatic Stress Disorder). In Lindenbaum S, Lock M. (ed). Knowledge, power and practice : The anthropology of medicine and everyday life. Berkeley : University of California Press. 1993.

⁶Blake DD, Albano AM, Keane TM. Twenty years of trauma : Psychological Abstracts 1970 through 1989. J. Traumatic Stress (1992) 5:3 477-84.

⁷RCT/IRCT. Annual Report 1996. Copenhagen. 1997.

⁸Martín-Baro I. (ed). Psicología Social de la Guerra : Trauma y Terapia. UCA Editores. El Salvador. 1990.

⁹Agger I. Theory and practice of Psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia. ECHO. Zagreb.1995.

ANEXO 1. Actuaciones psicosociales en el contexto de guerra o violencia organizada.

Guerra. Refugiados y Desplazados.

. Servicios psicológicos individuales para civiles. Atención clínica.

- Evaluación y tratamiento de casos de desplazados - refugiados.
- Aconsejamiento de niños, adultos, ancianos.
- Programas de psicoterapia para grupos 'especiales' :
 - Personas violadas.
 - Tortura
 - (Ex)-presos. (Ex)-detenidos en campos de concentración.

- Apoyo psicológico a personas que trabajan en programas de ayuda humanitaria : desgaste, agotamiento, traumatización secundaria.

. **Trabajo psicológico en grupos terapéuticos.**

- . Grupos de contacto. Espacio de organización e intercambio no dirigido.
- . Grupos de autoayuda para mujeres, adolescentes.
- . Grupos de trauma para : - Mujeres violadas.
 - Prisión.
 - Tortura.

. **Programas de apoyo y tratamiento psicológico para combatientes (soldados/guerrilla).**

- Programas para combatientes con afectación psicológica severa.
- Programas especiales para niños-combatientes.
- Programas para familiares de combatientes. Ansiedad. Duelo.

. **Programas de atención a lisiados de guerra civiles y no civiles.** Apoyo económico. Atención psicológica (TEPT, adaptación a minusvalías, adaptación a prótesis, deformaciones y problemas de imagen corporal). Rehabilitación. Formación y educación. Capacitación laboral.

. **Atención comunitaria de poblaciones vulnerables.**

- Apoyo a **ancianos** (>60) que viven solos o con miembros de su familia que no pueden cuidarles. Provisión de paquetes alimentarios /ropa/ medicamentos. Visitas. Referir para tratamiento psicológico a aquellos que pudieran necesitarlo.

. Atención a **niños** huérfanos o que han perdido contacto con sus padres. Tareas de albergue, alimentación y búsqueda y localización de familiares. Apoyo a programas internacionales de adopción.

. Atención a personas con **minusvalías psíquicas o físicas** y a **pacientes psiquiátricos crónicos**.

. **Programas en centros de acogida** o de refugio para mujeres que han sufrido violencia o abuso o para niños de tiempo parcial (puntos de apoyo e intercambio) o completo (residencia).

. **Programas en campos de refugiados.** Organización colectiva. *Empowerment*.

. **Programas de apoyo a exilio.** Búsqueda de lugares de refugio. Trámites y documentación. Viajes. Acogida en los países receptores. Vínculo con el país de origen.

. **Actividades comunitarias y de servicios sociales.**

Laboral-Servicios especiales a la comunidad. Fabricación de prótesis ortopedicas. Tareas de desescombro y reconstrucción.

Laboral-Generación de recursos. Ganchillo, costura, peluquería para hombres/mujeres, construcción de juguetes, elaboración de artesanía, de velas, escribir cartas solicitando apoyo económico y solidaridad, pintar calendarios o postales.....

Servicios comunitarios. Servicio de jardín de infancia, de traducción, de asesoría legal...

Educativas Clases de computación, mecanografía, idiomas, apoyo escolar, cursos de primeros auxilios....

Ocio : Teatro, payasos, musica, deporte, juegos, exposiciones....

Educación para la salud. Folletos de información sobre salud mental. Programas de radio o tv local....

. **Apoyo bibliográfico a centros de salud mental y hospitales.**

- Bibliografía actual : libros y revistas. Actualización de fondos.
- Acceso a bases de datos internacionales.

. **Programas de capacitación.**

Para médicos generales.:

Para terapeutas locales : - TEPT

- Terapia de personas traumatizadas.
- Habilidades de aconsejamiento
- Relaciones terapéuticas.
- Duelo
- Intervención en crisis.
 - Psicofarmacología. Uso de fármacos. Fármacos esenciales.

Para organizaciones : - Dinámicas de trabajo.

- Burn-out.

Para maestros y educadores : - Detección de síntomas de TEPT en niños.

- Apoyar al niño en situación de duelo .
- Seguimiento y apoyo regular y consultoría a los maestros.

Para otro personal no médico (trabajadores sociales, personal de Cruz Roja y organizaciones humanitarias. etc) : - Técnicas de intervención en crisis.

- Detección de síntomas de TEPT.

Violencia estructural

. Trabajo con grupos de adolescentes con problemas de violencia (delincuentes, pandillas, maras...).

- Técnicas de acción-participativa, autoreflexión y reivindicación : talleres de video, teatro, elaboración de programas de radio o periódicos.
- Programas de formación laboral autogestionados.
- Capacitación y educación.

. Trabajo con adolescentes en riesgo.

- Sexualidad y embarazo.
- Prostitución.
- Alcoholismo y Toxicomanías.
- SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

. Programas con niños de la calle.

- Consumo de inhalantes o drogas de síntesis.
- Albergues autogestionados.
- Programas de escolarización.
- Programas laborales.

. Programas de violencia intrafamiliar.

- Atención a mujeres u hombres maltratados.
- Programas de refugio e invisibilización.
- Aconsejamiento y terapia individual o grupal.
- Intervención en crisis.
- Teléfono permanente (*Hot Line*)

. Talleres de resolución no violenta de conflictos en escuelas, centros de salud, asociaciones y colectivos.

. Programas de información y capacitación sobre Derechos Humanos.

. **Acciones de mediación y resolución práctica de conflictos con acciones no violentas.** Mediación en conflictos de tierras, laborales etc, asesorando en técnicas de negociación.

. **Elaboración de materiales de educación popular.** Depresión, Suicidio, Alcoholismo, Insomnio, Violencia, Epilepsia.

Violencia Política. Derechos Humanos

. Intervenciones comunitarias con poblaciones amenazadas.

- Reflexión comunitaria a través las metodologías locales y según las estructuras propias de la comunidad. Origen y las causas de la violencia y modos colectivos de enfrentarla.

- Talleres de educación popular (dinámicas reflexivas, fiestas, sociodrama....).

- Elaboración de una memoria colectiva de la represión y la violencia. Testimonio como elemento rehabilitador individual y colectivo.

- Apoyo a procesos colectivos de duelo y reparación (monumentos, recordatorios, actos de homenaje y reivindicación).

- Formación de mediadores sociales (capacitación en la organización y dinamización de grupos de autoayuda y reflexión).

. Intervención clínica con víctimas de violaciones a los Derechos Humanos.

- Apoyo a las Agrupaciones de Familiares de Detenidos-Desaparecidos y de Ejecutados Políticos.

- Apoyo psicológico a dirigentes y a trabajadores de organizaciones de derechos humanos.

- Apoyo psicológico a personas relegadas/exhoneradas.

- Programas de apoyo a retornados.

- Apoyo a familiares y comunidad en procesos de exhumación tras masacres.

. Lucha contra la Impunidad como perpetuador del daño individual y colectivo.

- Apoyo a procesos legales de denuncia.

- Acompañamiento a personas o comunidades que desean dar testimonio de su situación.

. Acciones urgentes por correo, telegrama, correo electrónico.

. Protección de trabajadores de derechos humanos amenazados.

- Acompañamiento.

- Programas de invisibilización interior/exterior.

- Denuncia internacional de posibles agresores.

. Programas de protección y exilio. Búsqueda de lugares de refugio. Salida del país. Organización en el país receptor.

. Acciones de presión en los países del Norte.

- Trabajo de presión (*cabildeo*) ante las instancias públicas.

- Denuncias en prensa y medios.

- Manifestaciones y actos públicos de protesta.

- Acciones no violentas contra intereses del país.

- Campañas de boicot a productos o representantes de la empresa o el país responsable.

. Asesoría legal y jurídica.

- Procedimientos de recogida de testimonios de violaciones a los Derechos Humanos.

- Elaboración de datos e informes.

- Procedimientos de denuncia ante los organismos internacionales de derechos humanos y cortes de justicia internacional.

Desarrollo humano.

. Creación de redes de primer nivel de atención en salud mental.

- Capacitación de promotores de salud / brigadistas : detección de problemas de salud mental, elementos básicos de intervención, criterios de referencia.

. Programas de Medicina Tradicional.

- Programas de diálogo intercultural con los sistemas médicos populares y tradicionales. Comprensión y potenciación de los métodos tradicionales de tratamiento de los problemas emocionales y psicológicos.

- Programas de recuperación y desarrollo de fitoterapia.

. Programas de Reforma de Instituciones Psiquiátricas.

- Programas de desinstitucionalización .

- Capacitación de profesionales de atención primaria en programas descentralizados.

- Asesoría y educación de familiares.

-

. Creación/Apoyo a estructuras intermedias (ambulatorios, centros de día, servicios de rehabilitación).

Parte I

Consecuencias psicosociales de la guerra y la violencia política.

Vicente Ibáñez . Domingo Díaz .

La respuesta social y comunitaria en las situaciones de guerra y violencia organizada.

Lo más perturbador de la guerra, para la población que la sufre, es la desestructuración brusca de la vida cotidiana, por ausencia de casi todos los referentes habituales, y la inseguridad absoluta sobre el futuro. El trabajo, el hábitat, los amigos, la familia, incluso la integridad física y la vida se tornan, 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.

También es conocido que en la actividad bélica se producen “excesos” con la población civil, sin una finalidad militar clara, que se consideran hechos aislados, atribuibles a pérdidas de control por la tensión grupal y/o individual que generan estas situaciones límites. Nuestra opinión es que, cada vez más, la población civil es un objetivo militar, y que esos “excesos” son estrategias planificadas. Las guerras modernas parecen tener dos versiones. Una tiene que ver la Guerra del Golfo, con la visión de “nuestros” ejércitos occidentales, defensores de la paz, de la democracia y de la libertad, que cuando no queda más remedio, actúan con modernas tecnologías evitando hacer daño a la población civil, e incluso a los soldados si es posible; se trata de guerras limpias. Bien, si alguien cree que la oficina militar de información explica las cosas como son, las guerras son así... Otra versión tiene que ver con lo que denominamos conflictos internos, represión, violencia organizada... En realidad se trata de guerras civiles, de las que hay decenas en el mundo. Son las que proliferan actualmente y en ellas se reproducen los fenómenos de los que aquí hablamos y que yo voy a denominar “guerra” a lo largo de esta exposición.

La psicología militar. La guerra psicológica no tiene nada de nuevo, y desde la antigüedad los bandos en conflicto han tratado de influir en sus contrincantes a través de variadas técnicas. La aparición de la psicología social a principios de siglo, no tuvo un reflejo público en la técnica militar, pero las investigaciones que desde la II Guerra Mundial se han realizado sobre estas situaciones, han permitido el desarrollo de un campo de psicología militar que nos es casi desconocido^d. Hoy es una disciplina que tienen en cuenta todos los ejércitos que suelen disponer de unidades especiales dedicadas a ello. Aunque tradicionalmente la psicología militar se ocupaba de tres capítulos: la propaganda, la selección de personal y la preparación para el combate (2), ahora su campo es mucho más amplio: técnicas de guerra antisubversiva, estudios sobre la identidad sociocultural del enemigo, etc. Ejemplos de esto los podemos encontrar en el sorprendente manual de sabotaje y guerra psicológica de la CIA (1985), donde se explica a la Contra cómo actuar para anular al ejército sandinista. En él podemos leer: *“Esta concepción de la guerra de guerrillas como guerra política convierte a las operaciones psicológicas en el factor determinante de los resultados. Los blancos son entonces las mentes de la población: nuestras tropas, las tropas enemigas y la población civil”*. Probablemente es en el campo de la manipulación y control social dónde se esté avanzando más, pero creo que no nos lo van a decir.

Impacto general de la guerra y violencia política.

^d Por ejemplo Watson (1978) señala en su libro sobre los usos y abusos militares de la psicología como la fuerza aérea estadounidense desarrolló estudios sobre los puntos de contacto entre la destrucción física y el cambio social. Así los asesores de la Fuerza Aérea descubrió que para que un 20% de la población abandone una ciudad debe destruirse el 50% de las viviendas. A pesar de ello la capacidad de trabajo de la ciudad no decaerá demasiado, puesto que la mayoría de los primeros en irse son las gentes que no trabajan. Por lo tanto, devino en regla empírica que debe destruirse más de la mitad de las viviendas para lograr producir algún tipo de efecto sobre la estructura social del enemigo, si se busca afectar su moral y capacidad de trabajo de forma permanente. El libro de Watson está plagado de ejemplos de este tipo.

Factores que determinan la respuesta traumática . En situaciones como las que aquí tratamos los individuos se ven sometidos a multitud de estresores o dificultades extraordinarias, que requieren de un esfuerzo personal, familiar y social para ser superados o adaptarse a ellos. Estos **estresores** son de diferentes órdenes: Dificultades económicas; disrupción social: separación de la familia, desapariciones, pérdida de estatus social; violencia física o psicológica; testimonio de muertes violentas, atrocidades, ...; persecución étnica, religiosa, sexual; pérdida del hogar, el ámbito, familiares, amigos; peligro, situaciones de abuso en la huida; recepción-acogida, adaptación tras la huida; colocación en centros colectivos sin intimidad; desconocimiento del futuro, inseguridad e inestabilidad; riesgo vital propio o de los seres queridos.

Frente a esto hay factores más o menos disponibles de tipo **protectivo**: El apego y las relaciones emocionales próximas son la primera protección primaria frente a los sentimientos de indefensión y falta de sentido. 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 proveen 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.

Para la comprensión de las respuestas postraumáticas es, además, relevante tener en cuenta otros **tres factores**: la distancia del estresor, su frecuencia y contexto.

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 la traumatización de otros no allegados. En condiciones de guerra civil o violencia organizada hay una repetitiva y sistemática exposición a los estresores. Para incluir este hecho Herman ha propuesto el concepto de estrés postraumático complejo. Por último está el contexto histórico, económico y cultural de la sociedad en la que se da la situación traumática.

Niveles de traumatización. Teniendo en cuenta todos los factores anteriores se presentarán dificultades diferentes en la población. Por ejemplo, la guerra de las Malvinas y la guerra del Golfo no han sido seguidas de importantes secuelas (para los vencedores, que son los que han hecho los estudios). Fueron breves, implicaron fundamentalmente a soldados profesionales, sin mucho peligro para los hogares y las familias, el enemigo era definido y los motivos, más o menos claros. La guerra del Vietnam para los americanos fue seguida de muchas complicaciones psiquiátricas. Sus motivos no eran claros, el enemigo estaba mal definido y se prolongó por mucho tiempo. Los estudios en las guerras israelíes y de la del Vietnam indican que los voluntarios idealistas tienen más problemas de salud mental que los soldados regulares, debido a la pérdida de ideales y al fracaso de las expectativas. La guerra de Bosnia se la supone seguida de muchas complicaciones psicológicas. Es una guerra civil, prolongada, con componentes étnicos y religiosos, en la que se ha utilizado la tortura como arma de guerra, y donde la lucha se desarrolla entre vecinos, implicando las propiedades, las familias, con peligro directo para toda la población civil, que, en su mayoría, ha sido testigo de atrocidades o las ha sufrido directamente.

Cómo vemos según los factores implicados, las consecuencias psicosociales varían. Desgraciadamente las guerras civiles modernas y la violencia política están diseñadas para desintegrar la sociedad.

Consecuencias psiquiátricas de la guerra. Los estudios **durante la guerra** son difíciles de hacer siguiendo una metodología científica rigurosa. Salvando esta dificultad se puede afirmar que durante la guerra disminuye en general la patología psiquiátrica y se presentan pocos problemas psicológicos. Se produce una rápida adaptación para sobrevivir y lo psicológico es un lujo poco factible de mostrar. Quién no se adapta es apartado, probablemente no resulte funcional y acabe muerto o huya. Hay menos suicidios, pero es tan fácil morir ... (aumentan las conductas de riesgo, con una exposición a la

muerte casi segura). La patología más frecuente son las reacciones y descompensaciones psicóticas y el estrés de combate o del frente, 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

Tras la guerra vienen los problemas, y las poblaciones sobreadaptadas a la situación previa tienen que hacer un gran esfuerzo para enfrentarse a la normalidad superando el trauma. La mayoría de los estudios sobre consecuencias de la guerra se han realizado en estas situaciones de posguerra, centrándose en poblaciones específicas. En soldados, además de la reacción de combate, el trastorno que se asocia con más frecuencia es el de estrés postraumático (prevalencias alrededor del 15% (7-30% en la mayoría de estudios). Los refugiados y desplazados de guerra muestran en todos los estudios una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos. En diferentes grupos culturales se han descrito reacciones diferenciales, específicamente síntomas físicos. Se encuentran altos porcentajes de estrés postraumático, ansiedad, trastornos afectivos y trastornos disociativos (desde el 30 al 80%). No hay muchos estudios sobre población general en condiciones de guerra, pero los pocos que hay muestran datos similares a los de los refugiados y desplazados.

Los exprisioneros de guerra y los torturados parecen ser la población más afectada. Tienen una tendencia a padecer depresión y, en general, trastornos psiquiátricos. Los datos sobre ex prisioneros de campos de concentración (Eitinger 1991) indican que viven menos que la población normal -las enfermedades y causas de muerte son similares a la del resto de la población-, hay más suicidios y parasuicidios; hay mayor índice de psicosis. Estudios recientes han prevalencias de TEPT muy altas (del 50 al 70%).

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) : *“El corazón de un sobreviviente es como una campana de cristal con una pequeña grieta: Ya no resuena”* (Fred Wander 1985). Niderland definió en 1960 el síndrome del sobreviviente: *“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.

Los efectos psicosociales. Como señalábamos, en las guerras y la violencia organizada se pretende desintegrar la sociedad enemiga, desposeyéndola de los recursos comunitarios que la estructuran, destruyendo sus valores y, por tanto, su identidad cultural diferencial. Los líderes y movimientos sociales manipulan a la población y se entra en una espiral donde se producen fenómenos como:

- la supervaloración de los rasgos diferenciales propios,
- la desvalorización, estigmatización y denigración de los otros,
- la proyección de lo malo y de la culpa de todo lo negativo en los otros,

tres características conocidas como parte del proceso de **polarización social** que ocurre en situaciones de guerra.

No es fácil sobrevivir en una situación de violencia social sin identificarse con una de las partes en las que dicha sociedad se polariza. Cuando los líderes tienen la oportunidad de manejar los medios para provocar identificaciones políticas, étnicas o religiosas (o las que tengan una connotación amenazante en ese contexto) con las partes en conflicto es casi imposible para la población no participar en éste. El individuo suele plantearse: *Mi grupo de pertenencia está en guerra, no puedo ser parte de él, no puedo sobrevivir psicológicamente sin participar de él, y por tanto en la guerra. Pero yo no soy un asesino de vecinos indefensos, soy la víctima de potenciales agresiones, defensor de mi familia en peligro, vengador de históricas afrentas, son los otros los pervertidos, con su sistema de valores que atenta contra la sociedad.* Así la población agresora se ve reforzada, justificándose la

violencia. La participación en la tortura que se aplica a la otra sociedad se hace inevitable, la alternativa es quedarse fuera del grupo, sentirse un traidor, la depresión, el suicidio.

El trauma psicosocial. Por esto, siguiendo a Martín-Baró (2) consideramos que en lo concerniente a los problemas psíquicos ligados a la situación de guerra se debe hablar, como se explica en otras partes de este libro, de **trauma psicosocial**.

Herman (1992) describe muy bien como los individuos que presentan problemas se enfrentan dialécticamente con su sociedad y se produce ese proceso de traumatización progresiva:

“Afrontar el trauma significa recoger el testimonio de lo horrible, y cuando lo horrible está producido por el hombre, aquellos que suscitan ese testimonio están atrapados entre la víctima y el perpetrador y llamados a tomar partido. Lo más fácil es tomar el partido del perpetrador. Todo lo que pide es que no se haga nada. Apela al sentimiento universal de no ver o hablar del mal. Por el contrario, la víctima pide compartir el dolor, demanda acción, compromiso, recuerdo. Después de una atrocidad, se oirá que nunca ocurrió, que se exagera, que se lo buscaron, que es tiempo de olvidar. Cuanto más poder tenga el perpetrador, mayor es su capacidad de definir la realidad a su necesidad, y sus argumentos prevalecerán. En la ausencia de potentes movimientos sociales que mantengan vivo el recuerdo, este se olvidará. La represión, disociación y negación son fenómenos que no se dan sólo en los individuos, sino también en la sociedad”.

El trauma psicosocial es la cristalización en los individuos de unas relaciones sociales aberrantes y deshumanizadas basadas en **la violencia**, como única forma de resolución de conflictos, **la polarización social**, y **la mentira institucionalizada**. La manifestación sintomática individual de este trauma aparecerá en los individuos biológicamente más vulnerables, más directamente afectados por el conflicto bélico, y/o más desprotegidos:

Personas expuestas a traumas directos de la guerra: Los estudios que encuentran patología se refieren principalmente a soldados, pero no es en sí mismo de más riesgo para la salud mental ser soldado en época de guerra. De hecho, ser soldado entrenado puede ser un factor protector. En la violencia política y guerras civiles es la población civil la que más tiempo y con más intensidad está expuesta a situaciones traumáticas. Dentro de la población civil, la mayoría de los estudios se han centrado en refugiados y desplazados, pero hay otras poblaciones de riesgo:

- Niños y adolescentes, que han quedado huérfanos, han estado en campos de concentración, su socialización o educación ha quedado interrumpida.
- Torturados/as
- Mujeres que han sufrido abuso sexual o de otro tipo, con familias desintegradas o "mixtas" (pareja del otro "lado").
- Hombres, prisioneros de guerra o de campos de concentración, testigos, participantes o víctimas de atrocidades, o de familias "mixtas".
- Ancianos que han sufrido abusos, o que se encuentran sin apoyo familiar / social.

Personas expuestas a traumas de guerra indirectos : Personas que, en situaciones de paz social, necesitan de sistemas de apoyo que desaparecen o quedan muy dañados en las situaciones de conflicto:

- Población marginada económica o socialmente: madres sin empleo con hijos a su cargo, desempleados, ...
- Personas con problemas médicos o deficiencias, niños con necesidades especiales, ...
- Pacientes psiquiátricos cuyo estado empeora debido a la ruptura del sistema sociosanitario del que dependen, y la falta de soporte familiar.

El deterioro de la economía y de las infraestructuras como escuelas, hospitales, otras instituciones, impide que estas puedan hacerse cargo de la población necesitada. Por otro lado, el cuidado se ve afectado por la traumatización de los trabajadores (profesores, trabajadores sociales, terapeutas, doctores,...), que también son víctimas de la violencia social. Nadie queda fuera de la situación traumática.

Un ejemplo: Mostar, un campo de concentración. El equipo de salud mental de Médicos del Mundo, llegamos a Mostar en Febrero de 1994 tras 10 meses de sitio completo de la zona Este de la ciudad, de mayoría musulmana. Su situación la describimos en el programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Bosnia (Médicos del Mundo, Madrid, 1994) :

“Ciudad sitiada, disociada, dividida y casi totalmente destruida. Los efectos de la guerra se han hecho notar particularmente en la zona Este, que durante diez meses ha sido sistemáticamente tiroteada y bombardeada. Las condiciones de vida son infrahumanas, las personas viven en sótanos o plantas bajas en las que prácticamente no entra la luz por el acúmulo de sacos colocados para evitar las balas y la metralla. Habitualmente se hacían varias familias en pocos metros cuadrados sin que dispongan de electricidad, ni agua corriente ni servicios higiénicos básicos y con la práctica ausencia de bienes de consumo, incluidos alimentos básicos (solo ayuda internacional). No circula ninguna moneda. Muchas de estas familias han sufrido pérdidas o separaciones o heridos o han sido obligadas a desplazarse. La salida de la ciudad es prácticamente imposible para cualquier habitante local. Hasta hace poco pasear era una conducta suicida debido a los disparos de los francotiradores y granadas, de modo que la gente, cuando se aventuraba a salir, debía correr para cruzar la calle...”.

Es difícil imaginar un campo de concentración peor. Los sitiadores pretendían minar la conciencia de una sociedad mediante la tortura sistemática, es decir mediante el miedo, la generación del sentimiento de indefensión, de vulnerabilidad, de pérdida de identidad al perder los puentes que conectan con la conciencia cultural; como señala la Dra. Arcel, una psicóloga de la Antigua Yugoslavia (3): *“mediante la destrucción de los pilares culturales de la identidad”*.

En Mostar, ciudad con una población mixta de serbios, croatas y musulmanes, que en la guerra quedo dividida entre croatas y musulmanes (quienes previamente unidos habían expulsado a los serbios) hay (había realmente) un puente turco del siglo XIII, el Puente Viejo, origen de su nombre y símbolo de la ciudad. Para sus ciudadanos era un símbolo común, que destacaba la identidad turca, musulmana, de ella. Al dividirse la ciudad, los musulmanes consiguieron retener la parte de ésta donde estaba el puente viejo e invirtieron muchas vidas y esfuerzo en conservarlo, pues lo consideraban símbolo de la realidad de Mostar: población mixta, con raíces musulmanas, como ellos. En un grupo de apoyo con ex prisioneros de campos de concentración que Médicos del Mundo organizó, en una de las sesiones se decía *“el día más triste de mi vida fue cuando destruyeron el puente viejo. Nos quitaron lo más nuestro que nos podía quedar. Ese puente era nuestro alma. Llevaban semanas burlándose de nosotros en el campo diciendo que estaba destruido como forma de acongojarnos, pero nos mantenía vivos la esperanza... El día que cayó el puente viejo murieron muchas personas en el campo, ya no encontraron por qué seguir luchando”*: perdieron los pilares culturales que sustentaban su identidad, siguiendo la metáfora que utilizábamos antes.

La tortura social Consideramos que intencionalmente se procedía, de este modo, a torturar un pueblo para intentar reducirlo. A esto le denominamos **tortura social** (4). Con ella se provocan situaciones en las que no existe ningún punto de referencia seguro para vivir, con el objetivo de disgregar el tejido social, romper su sistema de valores y atomizar la sociedad en individuos desarraigados. *No se pretende ganar una guerra, o acabar con unos supuestos terroristas en otros casos, sino desvertebrar una comunidad con sus valores.*

En Mostar vimos muchos hombres y mujeres torturados, pero, sobre todo, sentimos una cultura torturada, donde la identidad social estaba casi perdida, dificultando cualquier proceso de recuperación o respuesta como grupo diferenciado. Valga como ejemplo el relato que se elaboró en la primera sesión de un seminario de formación para monitores de grupo en el que la psiquiatra que lo dirigía propuso que cada uno de los participantes encadenara un fragmento a la historia que se iba creando: *“había una vez una ciudad llamada Mostar, atravesada por un río precioso llamado Neretva. Los puentes fueron destruidos por una catástrofe que rompió la paz. Cayeron muchas granadas, fue el 30 de Junio de 1993. Lo llevaron a cabo hombres de mente enferma que no saben amar. Matanza de la juventud. En el aire se respiraba el miedo, la tensión y el horror por algo que iba a suceder. Las casas ardían a mí alrededor y pensaba que el ruido del incendio nunca abandonaría mis oídos. Pena y dolor se mezclaban con el orgullo de la gente. La caída del puente*

viejo fue la última y la mayor desgracia, no solo trajo la interrupción de la paz sino la desconfianza entre la gente. Pero todos seguimos orgullosos trabajando bajo el ruido de las granadas y los snajper (francotiradores). Lo más difícil fue contemplar la destrucción de los puentes, la ruina de las propiedades y la muerte de aquellos que murieron sin ser culpables. La mayor desolación... Mostar que fue la ciudad de la luz se convirtió en la ciudad de las tinieblas, la ciudad de los que desaparecieron y debemos guardar en la memoria. El resultado de todo ello es la gente traumatizada...” Mostar 28 de Junio de 1994.

Estrategias para defenderse del ataque psicosocial.

La comunidad frente a la agresión psicosocial. Una sociedad debe, para mantener su integridad en condiciones límites, según Garaizábal y Vázquez (15):

- Tener convicciones firmes,
- Conservar algún control sobre la situación,
- Conocer los métodos y las estrategias del agresor,
- Preservar la autonomía,
- Afirmar otra realidad posible,

Seguendo a Whitford, las sociedades se defienden de la agresión psicosocial con varios tipos de respuestas (6):

- La **toma de conciencia** por parte de la población de su situación: conocimiento real de la situación, del por qué de la misma, del papel que debe jugar cada uno y de su importancia social.
- El **sentimiento de identidad**, que proporciona sensación de seguridad, conectando el sí mismo del individuo con los objetivos de su grupo, su nación, incorporando la cultura de lucha, resistencia, etc. de esa Nación, y conectándose a lo que ese autor denomina Identidad Nacional.
- El **sentimiento de pertenencia**, adquirido al sentirse participante en tareas de la comunidad, y al sentir las luchas de y conflictos de ésta como parte del individuo.
- La presencia de una **nueva moral**, con valores que permiten superar los conflictos.

Similares teorizaciones sobre las respuestas sociales a la agresión política, bélica u otras amenazas podemos encontrarlas en otros autores (2;7;8;9). Pünamaki ha encontrado, por ejemplo, que los chicos palestinos que tienen un nivel menor de disfunción psicológica son los que toman actitudes más nacionalistas dando con ello sentido a la situación. **Es la comunidad la que provee al individuo la estructura necesaria para organizarse, armarse ideológicamente, y mantener la identidad que permite responder día a día a situaciones de miedo, inseguridad, tortura, etc.**

Un ejemplo: La respuesta en la antigua Yugoslavia. Siguiendo el modelo propuesto, teniendo en cuenta las descripciones de otros autores y testigos, en nuestra opinión la población de los territorios de la antigua Yugoslavia respondió a la guerra con ciertas características específicas.

Inicialmente, el ataque directo del agresor a todas las posibles estrategias de defensa descritas mantuvo a las poblaciones sin posibilidad de respuesta, lo que supuso la desaparición de pueblos enteros, encontrándose actualmente sus miembros muertos o dispersos con poca capacidad de reintegración. La estrategia de ataque, la limpieza étnica, la tortura, el asedio a la población civil, etc., fueron terriblemente efectivas. De hecho, actualmente, a pesar de los acuerdos de Dayton, casi ningún ciudadano ha podido regresar a su lugar de origen, en el caso de que este aún exista. (La ayuda o control internacional externo posiblemente haya sido eficaz en sustentar muchas poblaciones que sin ella habrían desaparecido.)

Posteriormente las comunidades encontraron elementos desde donde mantener su existencia y responder a la agresión:

a) Búsqueda de señas de identidad diferenciales de los agresores:

- destacar la **identidad** islámica, con sus señas diferenciales y propias^e.

^e En un grupo de ex prisioneros de campos de concentración de los que Médicos del Mundo organizó en Mostar una de los temas recurrentes para sus miembros era su necesidad de ser diferentes de sus “vecinos

-buscar valores como el interetnicismo, destacando la tolerancia como *valor nuevo*, que ayudara a dar sentido a la lucha, que se apreció especialmente en lugares como Sarajevo o Tuzla.

b) Agruparse en asociaciones con fines defensivos y de autoayuda como medio de ejercer algún *control sobre la situación* a la vez de *sentirse partícipe de la lucha común*. Una agrupación de este tipo era la asociación de mujeres Sumeja de Mostar, con la que colaboramos, y que entre sus actividades organizaba grupos para coser ropa militar, preparaba comidas de bienvenida a los soldados del frente, ...

c) Desde nuestra experiencia, además de los aspectos anteriores que coinciden con los señalados por los autores citados, en el Mostar sitiado observamos una respuesta de supervivencia similar a la descrita en las comunidades protocristianas, donde la misma supervivencia era el objetivo básico, y donde la solidaridad, el *compartir con el otro* era un valor implícito: la comida, la casa, eran para aquel que se había refugiado en ella, hasta que se pudiera salir.

Las sociedades frente a la tortura social.

Como en la terapia de un torturado o de alguien sometido a un internamiento en un campo de concentración, en el caso de la reparación y prevención de las secuelas en la antigua Yugoslavia, y de conflictos civiles similares, es fundamental evitar la negación, juzgar a los culpables, y facilitar una reparación de los daños.

Un mecanismo psicológico que se utiliza en situaciones de ansiedad de desintegración es el del “splitting”, separando las imágenes ansiógenas en una parte completamente buena y una mala. En el ámbito social es lo que antes llamamos polarización social, en la que lo malo se proyecta en el otro bando, que es convertido en diablo, y lo bueno en el propio, disociándose la comunidad. La salud mental y social requiere superar esta disociación, volviendo a integrar los aspectos “buenos y malos” de los bandos. Pero ¿cómo se pueden integrar las masacres, violaciones, torturas,...?. En la antigua Yugoslavia estas atrocidades se habían cometido ya en la I y II Guerra Mundial, pero habían sido negadas, disociadas. Los líderes políticos han fomentado la reaparición de estas memorias históricas no resueltas, y han manipulado los sentimientos de la población respecto a ellas, fomentando el odio y la polarización. Si se quiere esta vez superar adecuadamente el trauma es importante evitar la negación de lo sucedido.

Para tolerar en la memoria, tanto individual como histórica, lo sucedido es necesario: reconocer lo acontecido, dejar de falsear la verdad desde el poder y permitir que la gente se enfrente a las cosas “buenas y malas” de cada contendiente. Esto solo es posible si a la aceptación de la realidad le sigue las consecuencias socialmente deseables: a los criminales se les juzga y sanciona.

La psiquiatría puede aportar a la comunidad internacional estas razones.

Discusión.

Isabel: Has utilizado el término de población vulnerable. Yo creo que eso traslada el énfasis del contexto y la situación política a las propias víctimas. ¿Por qué fueron agredidos? y no ¿por qué fué la agresión? Yo creo que hay un conjunto de tramas a nivel social que hacen de estos grupos objetivos de las agresiones. Yo las calificaría en vez de poblaciones vulnerables de poblaciones objetivo de la violencia. El segundo concepto que has utilizado y que cuestiono es el de la funcionalidad, el de que hacer eso en una sociedad violenta puede ser patológico. Creo que lo mas sano allí es ser disfuncional. Por otro lado el término de sociedad torturada que has utilizado creo que no es adecuado. La tortura es una situación muy específica que implica una agresión contra el cuerpo y una soledad de la víctima, con unas necesidades de afrontamiento muy concretas. Creo que lo de sociedad torturada no refleja el hecho de que ciertas personas se ven beneficiadas en esa sociedad por la violencia. ¿Que nos hace vulnerables a una situación de guerra? Estar allí, nada mas.

asesinos”, con los que culturalmente ya no podían, - no les dejaban los “otros”- identificarse. El conflicto del grupo era si buscar esa diferencia en el Islam.

Vicente: Estoy más o menos de acuerdo. El peligro está en la utilización de los términos en determinados contextos, como tu bien señalas. Pero que haya vulnerabilidades, las hay, como por ejemplo la población de ancianos que pierden a su familia. Cuando planeas una intervención tienes que pensar en la gente que se ha quedado sin recursos también. Vulnerable quiere decir que en una situación de desestructuración es más probable que tenga conductas desadaptadas. En el caso de la sociedad torturada, me parece un símil útil para entender la respuesta de la unidad social, en el sentido de encontrarse en una situación humillante y denigrante donde trataban de aniquilar su identidad social como sociedad.

Isabel : Se habla de una sensación subjetiva de que el mundo es amenazante en el TEPT y para cualquiera que haya vivido en América Latina el mundo es objetivamente amenazante. Esa percepción de lo normal y lo anormal lleva a posiciones en que se piensa que las personas victimizadas se colocan ellas mismas en situaciones de ser revictimizadas. Hay que entender que fueron victimizadas inicialmente por ocupar un papel político relevante. La revictimización es una respuesta de la represión al proceso de su reinserción en un proceso de movilización política activa. Es importante discutir los criterios de normalidad y relativización de la percepción de amenaza por parte del individuo, porque entonces podríamos estar criticando a la víctima como una persona que presenta una patología, lo que está experimentando es un dividendo del conflicto que no es accidental si no que está intencionalmente motivado ¿Cómo abordan en su trabajo el problema de la removilización social y política de las personas que han sido victimizadas.

Vicente: No se qué decirte. El TEPT tiene todas las limitaciones que ha señalado Domingo y han sido formuladas aquí. Lo que a mí me parece es que es una realidad también. Es una realidad que hemos construido, en el mundo occidental forma parte de nuestra forma de abordar los problemas. Negarla y no saber manejarse con ella me parece peligroso. Yo creo que lo que hay que hacer es incluirla en la cultura y en las características de cada situación.

Pau : Yo no estoy de acuerdo contigo Vicente. Creo que tu razonamiento es : puedes creer lo que quieras pero el hecho es que el TEPT existe. Y yo creo que te equivocas, que el TEPT no existe. Creo que existe probablemente en el marco de la cultura euroamericana y punto. Es un síndrome específico de una cultura como cualquier otro. Yo, en todo el tiempo que he trabajado con familiares de ejecutados y desaparecidos en Chile no he visto un solo caso de estrés postraumático. He podido ver una alta frecuencia de síntomas intrusivos, no he visto síntomas de evitación o muy pocos. Y que cumplan toda la constelación de síntomas que definen los criterios del DSM-IV, ninguno. En Bosnia como son europeos quizás os funcionó, pero en la gran mayoría de la humanidad que no son euroamericanos, no creo que exista como síndrome ni que el concepto funcione, sino que habrá que trabajar con las etnoconcepciones locales. Los síntomas son universales, los síndromes son agrupaciones culturales por consenso y el TEPT es para mí una agrupación sindrómica por acuerdo de ciertos psiquiatras euroamericanos.

Mollica: Yo creo que Vicente ha levantado una duda fundamental : si puedes “salirte” de tu cultura cuando intervienes o participas en un proyecto con gente y profesionales de otra cultura. Un filósofo de Bosnia que estaba reciclandose en nuestro centro lo llamó el ”problema de la persona que está fuera de su territorio”. El ser un extranjero en un país extraño. Yo pienso que deberíamos tener cuidado y saber que si estamos en un auténtico espíritu de trabajar conjuntamente codo con codo podemos hacerlo, pero no debemos caer tampoco en una especie de solipsismo cultural en el que los hombres no pueden entender a las mujeres, los españoles a los indios mexicanos. Existió un gran actor inglés al que le pidieron que interpretara al Rey Lear. El dijo :Imposible yo no puedo interpretar al Rey Lear. Pero¿Por qué? le preguntaron. Porque solo soy un actor y para interpretar al Rey Lear uno tiene que ser una gran persona. Yo solo soy un psiquiatra, solo somos profesionales de la salud mental y tenemos que enfrentarnos con un Mal Diabólico. Quiero hablar del problema del Mal, los psiquiatras no tenemos una habilidad especial para entender el problema del Mal. Esto es parcialmente lo que evitamos, si miramos en especial al TEPT, en su desarrollo psichistórico, vemos que nos ayuda a evitar este problema del Mal. Nos sentimos poderosos, que estamos en control de la

situación, sentimos que realmente podemos darle una medicación al paciente. Primero tenemos que hacernos a la idea del gran poder que tienen los médicos en la sociedad. El jefe de los serbios era un psiquiatra. Tenemos muy poco conocimiento sobre el rol de la profesión médica en el manejo histórico de la Maldad que experimentamos una y otra vez en el mundo durante décadas. Cuando llego a estos cursos y la gente me pregunta cómo alguien pudo cortar en trozos a su mejor amigo siempre encuentro que no tengo respuesta a estas preguntas. Este es el otro lado del problema del TEPT. Debo decir que uno se siente muy pequeño e insuficiente cuando confronta el Mal que afrontó la gente con la que nos encontramos en nuestro papel de curar.

Elizabeth : El TEPT para nosotros en Chile fue una novedad en 1986, 87. A nosotros nunca se nos hubiera ocurrido pensar que un diagnóstico psiquiátrico nos iba a dar la clave de lo que pasaba en el país, la forma en que íbamos a poder clarificar el problema. Yo creo que en parte la ignorancia que teníamos nos ayudó a buscar otras respuestas. Porque como decía Richard hace un momento lo que más nos sorprendió es que la gente que había crecido con nosotros/as, que había ido a las mismas escuelas, que había respirado el mismo aire de repente se transformó. Aquello se convirtió en una sociedad amenazante, persecutoria donde no había ningún espacio de amparo. Quizás el rol que jugó la Iglesia Católica en Chile fue decisivo para poder hacer algo en la defensa de las personas en términos legales y en el apoyo a la salud mental. Si esto no hubiera ocurrido nosotros no habiéramos podido hacer nada por el miedo que todos teníamos. Nuestras reflexiones durante años fueron cómo es posible que esta locura, Mal o Demonio se haya apoderado de las relaciones sociales y de la sociedad. Nos parecía que cualquier diagnóstico de tipo psiquiátrico o psicopatológico era muy pequeño para el trastorno de la sociedad, de las personas. Los síntomas eran solo un indicio, como dijo alguien, de que estábamos muy jodidos. Nuestra comprensión del problema fue siempre pensando que los síntomas eran algo que nos permitía ayudar parcialmente a la persona para que pudiera dormir por ejemplo, porque dormir era algo bueno para seguir viviendo. Para nosotros, además, la palabra "post"(traumático) era algo que no existía, ya que estábamos viviendo esa situación constantemente. Con lo único que estábamos de acuerdo era con la idea de trauma. En la medida en que tuvimos presente la dimensión política como origen y como recurso se nos puso muy lejos del diálogo en términos psicopatológicos, lo que no significaba no reconocer que había una dimensión psicopatológica, sino que finalmente para la comprensión del proceso general y de la mejoría era irrelevante, porque la mayor parte de la gente que había sufrido la situación no consultaba. Nosotros calculamos que los que consultaron fueron aproximadamente el 2 o 3 %. Con ese conocimiento no podemos generalizar. Buscamos desarrollar los recursos de la población, pero por supuesto dando el tratamiento psiquiátrico adecuado a los que consultaron como tales pacientes psiquiátricos. Pero no existe tradición en Chile de ir al psiquiatra a menos que estés loco, realmente consultó muy poca gente. La gente que consultó lo hizo mas en términos de grupo o comunidad para problemas específicos. Para mí esta discusión sobre el TEPT es muy interesante pero siempre ha sido una discusión lejana. Para nosotros no tuvo ni tiene hoy un significado específico.

Alberto : Algo que intentamos en Bosnia era en vez de trabajar con el concepto de trauma hacerlo con el concepto de duelo. Deberíamos tratar de separar los conceptos con que tratamos de acercarnos a las cosas con las categorías DSM. Yo creo que ir con el DSM a intervenir en un conflicto es como llevarse un piano de cola, es un instrumento que no es adecuado para intervenir allí. No es el concepto de TEPT sino que es el DSM entero.

Dario : El primer tema que yo comentaría es la impresión general de que aquel que sufre un hecho traumático tiene que tener algún tipo de alteración. Las revisiones hechas en población euroamericana demuestran que el 50% de la población no sufre una alteración importante, no hablo de trastornos graves de tipo psiquiátrico sino la mera presencia de ansiedad y depresión. El tema del duelo postergado aparece muy poco, aproximadamente en el 3 % de las víctimas. Lo primero en que hay que abandonar el sentido común es aquello de que trauma es igual automáticamente a situación psicopatológica.

Una segunda cosa es la diferencia entre una encuesta epidemiológica de depresión y lo que la gente consulta. Especialmente aquí en las sociedades occidentales el porcentaje de gente atendida con

diagnóstico depresivo oscila entre el 2 y el 20%. Tampoco es tan diferente de lo que ocurre probablemente con el tema traumático.

El tercer tema es si nos sirve o no ordenar la realidad. Mi respuesta es que si. ¿Nos sirve llegar con un portátil debajo del brazo?. Yo creo que si, probablemente con una red de ordenadores no. ¿Con el DSM-IV ?. No. ¿Con un conjunto de síntomas a valorar para evaluar una intervención y para saber que medicación dar ¿Por que no?

Luego está la diferencia entre síndrome y dimensión. Estoy de acuerdo con Pau en que el TEPT no sea quizás una respuesta universal. Pero el miedo sí lo es. Estamos hablando de respuestas y una serie de síntomas que pueden ser evaluados, y que éstos síntomas pueden ser disfuncionales y tratados. Yo creo que hay elementos transculturales, artísticos e históricos que demuestran que algunas de estas dimensiones se mantienen en diferentes culturas por ejemplo la hiperreactividad y los síntomas intrusivos, o las reminiscencias. No están presentes en todas, y coincido con Pau, la anestesia afectiva y la evitación cognitiva y conductual, probablemente porque son mas complejos cognitivamente. Pero yo creo que pueden ir con confianza de que en las diferentes culturas del mundo la hiperreactividad y los síntomas de reminiscencia se van a dar. Siento ser un biologicista tan asqueroso, los medicamentos que sirven aquí para estos síntomas, es probable que también allí sean válidos. En resumen probablemente hay síndromes culturalmente determinados (ej. anorexia en el mundo euroamericano) pero no todos tienen por qué serlo. Con el TEPT parte de él no depende de la cultura.

Y contestando a la intervención de Isabel. Por ejemplo si yo pienso que la gente es mala, que el futuro es espantoso y que el mundo es asqueroso; estas ideas me pueden ser dañinas, que es lo que le puede pasar a alguien traumatizado. Sin embargo si yo funciono con la presuposición de que si pago el bus el tío me va a dar el billete, que si voy al aeropuerto el avión me va a traer a aquí, funciono con presupuestos implícitos de que el mundo es estable y benevolente y que soy una persona digna de respeto. Cuando la gente tiene dañados esos esquemas básicos pues funciona muy mal. La idea de la terapia es intentar reparar eso. Yo creo que no es el tema discutir la normalidad político-ideológica. Hay que trabajar sobre la sensación de control y coherencia del mundo que la gente tiene que tener.

Isabel: A mi esos presupuestos me preocupan ya que son un obstáculo para la reparación social y del daño que la violencia ocasiona. Por ejemplo el de la benevolencia del mundo, si creemos que el mundo es bueno, asumimos que los malos son las víctimas y que la gente tiene lo que se merece. Si le sucedió por algo sería. Hay que cuestionarnos esa benevolencia del mundo. Una de las cosas que tenemos que asumir es la incertidumbre como condición de la existencia y asumir que el mundo a lo mejor no es tan bueno, que por lo tanto los culpables no son las víctimas si no que hay que señalar a los auténticos culpables.

Pau: Hay que separar el trabajo clínico del contexto social. Yo he diagnosticado bastante TPSP y lo he hecho por razones de Salud Pública. Cuando estaba trabajando en Nicaragua y trabajaba con soldados, el diagnóstico de TPSP era la única manera de protegerles. Porque los psiquiatras militares del ejercito sandinista, como la mayoría de psiquiatras militares consideraban dogma que no se podía rebajar a nadie de servicio por causa mental. Ahora bien, aunque tiene sentido tener ese recurso *nosológico* en la recámara para usarlo de vez en cuando, es peligroso llegar a creérselo –como a quien se crea los juegos de realidad virtual-. Y si encima se diseñan intervenciones en función de ese concepto es cuando vamos directos contra la pared. Yo creo que los síntomas son universales, los síndromes y las enfermedades dependen de la cultura.

Ramón : ¿Habéis trabajado en Mostar con los agresores o perpetradores?

Vicente: No trabajamos con ellos como pacientes, sino colaboradores. Nosotros trabajamos en ambos bandos. Pensábamos que había unos perpetradores y una víctimas. Pero en el otro lado también había gente que había sufrido traumatizaciones.

Elizabeth : Una pregunta sobre la diferencia entre intervenir durante el conflicto cuando cualquier actuación tiene una característica de emergencia que apunta a la sobrevivencia de las personas o de las

organizaciones y a constituir una capacidad de resistencia lo más efectiva posible y el trabajo que viene después, el de la reparación que tiene que ver no solamente con las consecuencias del conflicto para las sociedades y las personas, sino también con las causas que generaron la situación de conflicto. Yo pensaría que en la reparación tiene que haber un componente de análisis del pasado en términos históricos y en términos políticos tratando de entender cuáles son los puntos críticos que harían que la situación se reprodujera. Quizás este análisis sacándonos de la situación de emergencia y de los odios y pasiones que engendraron el conflicto pudiera prevenir que este nivel de violencia apareciera de nuevo. Yo creo que es tan distinto en cada país, con cada historia que uno tendría que estudiarlo.

Joaquín : Me llama la atención eso de castigar a los culpables. Cuando realmente hay una población que secunda la violencia ¿ese estigmatizar a unas cuantas personas no anula un proceso de duelo o reparación de persona a persona o de barrio a barrio?. Cuando pones la responsabilidad de la guerra en unas personas concretas la gente se puede desidentificar y decir : ésto no tiene que ver conmigo, yo me vi obligado, el tema de la obediencia debida. ¿No puede esto ser contraproducente para asumir responsabilidades propias y el intentar establecer una convivencia mas positiva y pacífica?.

Domingo : Cuando con Vicente hacíamos el artículo precisamente fué esa una discrepancia. Yo creo que no hay que castigar a los criminales de guerra: hay que sancionarles. Porque sancionar implica una serie de procesos entre los cuales está el derecho a un juicio justo, se le decreta una sanción social que está en función del presunto delito que ha cometido. Castigar sin embargo tiene un concepto más de venganza, entraría dentro de lo que tu dices de la espiral. Este tipo de reparaciones hay que hacerlas desde la serenidad.

Richard F. Mollica.

Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva

Introducción

En el último cuarto de siglo se ha venido manifestado una constante violencia generada por unos seres humanos en contra de otros, que ha causado una destrucción física y un sufrimiento humano de extraordinarias proporciones^{1,2}. Los modelos de ayuda humanitaria de urgencia desarrollados desde la última guerra mundial han repetido modelos de asistencia material que, aunque han sido efectivos en la fase de emergencia, no han sido puestos a prueba en situaciones a largo plazo como las del Oriente Medio o Asia³. Las organizaciones internacionales dedicadas a reconstruir sociedades devastadas por la violencia colectiva tienen ahora la ingente misión de crear un símil de comportamiento económico normal en alrededor de unas sesenta naciones⁴. La magnitud de la destrucción social y física que existe hoy en día y la realidad de una comunidad global interdependiente demandan que surjan nuevos modelos para la prevención de la violencia colectiva, así como para la recuperación de las naciones afectadas por ella. El objetivo de este ensayo es analizar los efectos psicológicos de la violencia colectiva y proponer una estructura de sanidad pública que evalúe y mejore las políticas enfocadas a la recuperación de poblaciones traumatizadas.

El problema de la taxonomía

Este comentario del fallecido filósofo francés M. Foucault demuestra de forma sucinta el papel cambiante de los sistemas de clasificación para dar significado a nuestra experiencia cotidiana.

“En este pasaje se cita a ‘cierta enciclopedia china’ donde se dice que ‘los animales se dividen en: (a) pertenecientes al emperador, (b) embalsamados, (c) domesticados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos... (j) innumerables, (k) dibujados con un pincel de pelo de camello muy fino, (l) etcétera, (m) los que acaban de romper un cántaro de agua, (n) los que de lejos parecen moscas’. En la admiración de esta taxonomía, lo que percibimos es un gran obstáculo: el hecho de que, por medio de la fábula, lo que

se muestra como el exótico encanto de otro sistema de pensamiento, es la limitación del nuestro, la absoluta imposibilidad de pensar así.”

Hasta el último cuarto de siglo, los especialistas en salud pública se han visto incapaces de “dar nombre” al sufrimiento humano asociado a la violencia colectiva. El impacto en la salud mental de la experiencia del genocidio entre la sociedad camboyana bajo el régimen de los Jemeres Rojos (1975-1979) y el posterior confinamiento de casi 400.000 hombres camboyanos, así como de mujeres y niños en la frontera entre Tailandia y Camboya, permaneció indocumentado durante casi toda una década⁶. Situados en la periferia de la política internacional⁷ permanece una falta de reconocimiento similar del sufrimiento de la población rwandesa. 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 que está fuera del alcance de esta discusión y pendiente de análisis.

En la sociedad occidental nuestra definición de trauma comienza con el término griego *traumatikos*. Este término hace referencia a una herida o a una lesión exterior del cuerpo. Hasta hace poco, las heridas psicosociales de las personas y comunidades traumatizadas han sido relativamente invisibles. Así que no tenemos términos para definir o medir estas heridas, teniéndonos que limitar a descripciones de las manifestaciones físicas de la violencia. Ello se debe a una serie de factores. En primer lugar no hay una lesión fácilmente identificable como ocurre con las heridas de guerra graves. En segundo lugar las secuelas de la violencia en la salud mental están asociadas a una alta morbilidad pero a una mortalidad relativamente baja. Además los efectos psicosociales negativos, incluso en casos graves, han sido difíciles de cuantificar: ningún modelo, por ejemplo, ha sido capaz de establecer una relación directa entre el sufrimiento humano durante la guerra y la productividad económica. Ha contribuido, finalmente, la idea - no probada - entre los profesionales de salud pública de que los supervivientes de la violencia prefieren no revelar públicamente sus experiencias vitales traumáticas. Es más, se afirma que evaluar las experiencias traumáticas de las personas puede crear trastornos adicionales y despertar angustia interfiriendo así en la curación natural del trauma con el paso del tiempo. Finalmente, existe un deseo de proteger al superviviente del estigma asociado a la clasificación y el tratamiento psiquiátrico.

En los últimos años las investigaciones clínicas del impacto psicosocial de la violencia colectiva en el holocausto nazi⁸, y en supervivientes a la tortura⁹, refugiados y personas expatriadas¹⁰, veteranos de la guerra de Vietnam y de otros combates, han desechado todos los conceptos erróneos anteriores sobre estas poblaciones clínicas. La validación del diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) -Posttraumatic Stress Disorder- ha generado por primera vez unos criterios de diagnóstico estandarizados para la evaluación de los padecimientos psiquiátricos relacionados con situaciones traumáticas¹¹. La adaptación cultural del TEPT a poblaciones no-occidentales y la posibilidad de evaluar con detalle las experiencias vitales traumáticas a través de entrevistas semi-estructuradas, han llevado a una nueva ola de investigaciones realizadas en población general¹². Por primera vez se ha podido medir en poblaciones traumatizadas de todo el mundo la morbilidad psicosocial asociada a traumas repetidos.

La gran importancia de poder narrar lo ocurrido.

La medición y evaluación de las consecuencias traumáticas asociadas a la violencia colectiva plantea un dilema conceptual y posiblemente ético. ¿Cómo pueden los trabajadores de salud evaluar las consecuencias traumáticas sin trivializar las experiencias vitales de horror y brutalidad de las personas afectadas? En principio, una taxonomía de las consecuencias traumáticas debe estar centrada en la historia vital de las personas afectadas, sus familias y comunidades. Teniendo esto en cuenta, ¿cómo realizamos una transición desde la naturaleza profundamente personal de la *historia del trauma* de un superviviente a un enfoque (o enfoques) empírico y menos subjetivo?¹³

A lo largo de la década pasada, las narraciones orales de las mujeres camboyano-americanas archivadas en la Biblioteca Schlesinger sobre Historia de las Mujeres en América, han conducido a una serie de ideas sobre los principales componentes de la historia del trauma. Fenomenológicamente, cada una de las historias vitales tenía dentro de sí misma cuatro historias. Estas cuatro historias son descritas en la Figura nº.1.

La historia del trauma: Cuatro historias dentro de una historia

Explicación real de los hechos

Significado cultural del trauma

Mirando detrás de la cortina

La relación oyente-narrador

El primer componente o primera historia es la *explicación real de los hechos*. Se hizo evidente en cada historia oral la brutalidad que las mujeres camboyanas experimentaron bajo el régimen de Pol Pot. La vida bajo los Jemereros Rojos era parecida para todas estas mujeres a pesar de sus diferentes edades y procedencias sociales. La siguiente cita de S.P. ilustra la violencia brutal experimentada por todas ellas de un modo sistemático:

“En aquel tiempo, durante dos o tres meses, mi hija pequeña empezó a ponerse muy, muy enferma. Tenía diarrea. Y he aquí que, afortunadamente, había un soldado que estaba loco por mí o por lo que fuese..., no sé por qué venía a visitarme... Y le suplicaba cualquier cosa para conseguir medicinas para mis hijos. En aquel tiempo me dio penicilina. No creo que esto la curase, pero eso era mejor que nada. Y se lo di a ella. Su estado era cada vez más débil, y más débil. La comida era cada vez más y más escasa, menos y menos. Y yo también poniéndome más débil y débil. Para cuidar a mi hija comencé a... ¿sabe?, como ella... Echaba de menos su casa, echaba de menos sus juguetes, echaba de menos su comida... empezó a quejarse y a hablar, día y noche, todo el tiempo. Alguien me dijo que quemase marihuana y se la pusiese en un azucarillo para que le entrase sueño, para que no hablase tanto. Se la di. Ayudaba. Creo que todavía me sigo culpando por ello. Tal vez le di demasiada. Dormía, y un día me levanté, y se estaba poniendo tan débil que no podía decir nada. La diarrea continuaba, no había comida... Todavía nos quedaba algo de comida para que comiese, pero no podía comer. Todavía quería su pan, todavía quería sus juguetes. Cada vez teníamos menos de todo. Un día en aquel tiempo le pedí a mi madre que la cuidase, ¿sabe?, en lugar de ir a trabajar. Yo iba a trabajar y trabajaba por dos. Por mi madre y por mí porque yo no podía cuidar a mi niñita. Y no me alejé mucho de ella, como de aquí a la esquina, y oí a mi madre llamarme. Volví. Allí estaba mi hija, muerta. Fue... No sabía qué decir porque vi que toda mi familia había venido y en aquel momento esto les conmocionó. Ella, una niña... la familia de la novia ríe o llora. Se murió con los ojos abiertos. Cuando volví no estaba todavía muerta y la cogí. Me miraba a la cara y quería tocar mi pecho. Antes de que pusiese... antes de tumbarse, ya estaba muerta. Mi padre, mi hermano, quisieron llorar, pero no pudieron. Mi padre se fue de allí, también mi hermano. Mi hermana, mi hermana pequeña y mi hijo no sabían lo que pasaba. Y volvieron del jardín con una hermosa flor y dijeron: ‘Esto es para ella. Seguramente se sentirá mejor cuando vea esta flor’. Se murió. Durante toda esa noche abracé el cuerpo de mi hija. Toda la familia estaba muy, muy silenciosa. Nadie quería decir nada. Era la primera persona que moría en la familia. Comenzó con ella. Observé como mi padre empezó a cambiar su actitud, como, por ejemplo, en vez de hacer alguna broma, había perdido su sentido del humor; y también porque después de la pérdida de mi marido él estaba muy, muy próximo a la niña.”

Otros autores han hablado del *significado cultural del trauma*: la historia, el significado y el tipo de violencia experimentada son diferentes de una sociedad a otra. Esto no quiere decir que la violencia sexual no sea percibida por todos los hombres y mujeres en todas las sociedades como un daño profundo y una degradación social. La universalidad de las respuestas humanas, sin embargo, puede manifestarse de forma diferente en las distintas culturas y estigmatizar a la víctima en mayor grado en unas sociedades que en otras. Cada narrador, al revelar la historia de su trauma proporciona al oyente unas aproximaciones culturales únicas del significado de sus experiencias dentro de su entorno cultural. En esta cita de S.P., ésta revela la idea de santidad de la muerte y del entierro dentro de la sociedad jemer tradicional, así como también proporciona algunas ideas sobre la naturaleza de su matrimonio concertado.

“No. Una de las cosas que tenía mi madre era una casa de alquiler donde iban muchos familiares. Y la madre de mi marido, que es viuda, tiene tres hijos... no, tiene cuatro hijos, dos chicos y dos chicas. Un día, que fui a recoger la renta, mi marido me vio y fue como si se enamorase a primera vista. Intentó saber quién era. Y uno de los inquilinos le dijo: ‘Ooh, no puedes, pues es la hija del casero’. Y él dijo algo como ‘¡Oh!’ Entonces se lo contó a su madre y le dijo: ‘De verdad que quiero casarme con la hija del casero’. Y parece que mi suegra dijo: ‘Es amable, pero refinada’; porque comparando las clases sociales somos diferentes porque él era sólo mi inquilino y mi suegra no ganaba mucho dinero. Mi madre, ella... No es que esté llamando rica a mi familia, pero se puede decir que era algo más que clase media. Entonces mi suegra decidió que lo mejor era no hacerlo, porque sabía que mi madre iba a

decir: 'No'. En aquel tiempo, el otro inquilino que sabía lo que pasaba, y que sabía que mi madre era muy amable y que no iba a importarle tanto lo del dinero sino si la persona era agradable y buena le dijo a mi suegra que no se echara atrás: adelante, 'inténtalo antes de rendirte'. Y mi suegra dijo: 'No lo voy a intentar'. Esa persona, entonces, se lo contó directamente a mi madre : que mi marido me había visto y que de verdad quería, ¿sabe?, algo serio. ¿Qué dijo mi madre? Mi madre dijo que de acuerdo si supera la... nosotros la llamamos la regla, entonces les aceptaremos; y mi madre dijo: 'Yo no les molestaré'.. Ella tan sólo quería conocer la historia de su familia. Entonces mi suegra empezó a venir. Cuando mi suegra empezó a venir, averiguamos que mi suegro (ella dejó a mi suegro), que mi suegro tenía otra mujer, y que ella también tenía una relación con otro hombre, como si fueran novios, cosa que está absolutamente mal en mi cultura. Pero mire qué guapo era mi marido. Era muy, muy agradable, muy, muy educado. Mi madre dijo: 'Está bien, lo intentaremos'. Al principio quiso que mi marido viniese cada semana, ¿sabe?, para que pasara tiempo en mi casa ayudando a mi padre a hacer pequeñas cosillas, y así lo hizo de ahí en adelante, poco a poco. Y poco a poco mis padres se fueron enamorando de él, porque era una persona tan, tan dulce.

Fue terrible. Enterré a mis padres con mis propias manos. Como le dije, solíamos poner hermosos trajes a los difuntos, los trajes favoritos que al difunto le solían gustar antes de morir. ¿Me entiende? Le das un baño, le das al cuerpo... bueno, lo primero de todo le das un baño al cuerpo, ¿no? Y después lo vistes con un traje hermoso. Es igual que aquí. Le pones un traje bonito, le pones un poco de maquillaje, o a veces sólo le pones un traje bonito antes de meter el cuerpo en la caja. ¿Se dice caja? Ataúd. Pones el cuerpo en el ataúd y las cosas que al difunto le gustaban, ¿no? Y si el difunto es la madre de un bebé, y la madre muere y el bebé continúa vivo, a veces se pone como una... sandía con el cuerpo, para pretender que también está el bebé. Esto es lo que yo vi que se hizo con la persona que vivía en la puerta de al lado. Pregunté: '¿Por qué hacéis eso?', porque ellos ponen una sandía con eso; porque ellos sienten que el alma no está completamente en paz, porque ella todavía echa de menos a su hijo, al bebé, al más joven. Así ven el alma... tan sólo es un bebé de mentira, pretendiendo que... incluso cuando mueres, todavía tienes al niño contigo. Pero este bebé ya no es tuyo, hay que dejarlo solo. ¿Me sigue? Después de eso, se pone el cuerpo en el ataúd, se va al funeral y se le entierra. Durante el régimen de Pol Pot... estoy hablando de mi propia experiencia. Cuando mi niñita murió fue la primera experiencia, la primera experiencia horrible en mi familia. Era mi niña pequeña. Era joven. Era la primera. Recuerdo que tenía... no es una manta, es más ligero. Se parece a una manta, pero está hecha de seda. Era preciosa. Era un regalo que me hizo mi madre después de casarme. Ni siquiera pude encontrar madera para hacerle un ataúd. Así que la envolví en esa preciosa tela, con sus maravillosos trajes... no eran muy bonitos, sino tan sólo eran los trajes que a ella le gustaban, ¿sabe? Mi padre y mi hermano la enterraron. Ni siquiera fui allí porque no podía ir. No creí que pudiera soportarlo. De toda mi familia, nadie pudo encontrar ni tan solo un trozo de madera para poner dentro del agujero. ¿Sabe de qué le hablo? Porque cuando cavas en la tierra, la parte de abajo está como húmeda. A pesar de ello, no tienes elección. Tienes que colocar allí a tus padres porque no puedes hacer otra cosa. Por suerte, a mi madre la envolví con los trajes hermosos que tenía. Y tampoco encontré nada para mi madre. Es algo horrible, pero después de enterrarla, dos o tres días después, alguien me dijo que (esto todavía es una pesadilla para mí)...¿cómo se dice?... un lobo había atravesado todo aquello porque no la habían enterrado lo suficientemente arriba... lo suficientemente profundo. No la enterraron con la profundidad suficiente. ¿Cómo se sentiría usted en mi lugar? Es la persona más importante de tu vida. Muere y piensas que está en paz. Ni siquiera el cuerpo puede estar en paz".

Mirando detrás de la cortina significa la transformación del sistema de valores de los supervivientes como consecuencia de la propia violencia colectiva. Las costumbres culturales y las creencias son destruidas y sustituidas por nuevas ideas alrededor de un mundo cotidiano destruido por la tortura y la violencia. Como la violencia a la que sobrevivieron ha destruido su antigua forma de pensar y comportarse, muchos miran detrás de la cortina de lo que fue su vida normal y encuentran algo nuevo. Las mujeres traumatizadas están especialmente afectadas por la falta de significado que perciben en las discriminaciones sexuales y en los prejuicios. De nuevo, S.P. ilustra este punto.

Sí, así es. Pero una de las cosas es, que yo creo que ser un ser humano significa que tienes que amar dentro de tu corazón. Si no tienes amor, no eres un ser humano. La vida está hecha para la felicidad, la tristeza, lo excitante, lo no excitante, lo aburrido; todo esto es creado para ser vida. A veces cuando la vida se hacía tan desagradable, imaginaba que lo que esto era mi... que esto es lo que la vida va a ser. Quiero decir que tienes que perderlo todo para sentirte vivo. A mí, siempre cuando no me ocurre una cosa me ocurre otra.

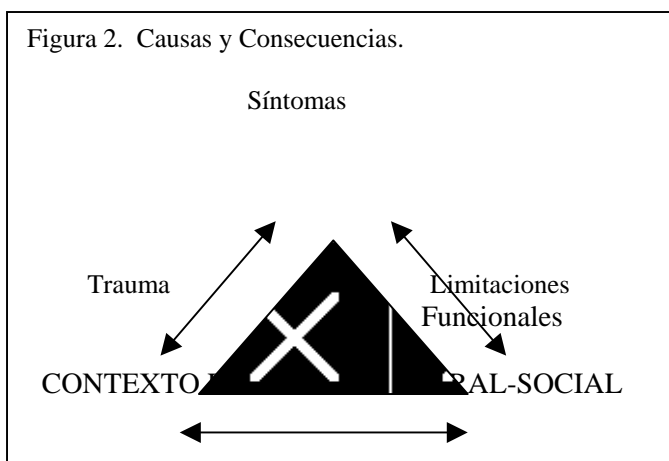
La semana pasada estuve arreglando cosas del seguro, de la hipoteca y, pensé: bien, parece que ahora puedo relajarme. Pues de repente un tipo me da un golpe en el coche. Y descubrí, me di cuenta que había valido la pena tener arreglado el tema del seguro. Cuando iba a trabajar, se me pinchó una rueda. Y pensé: ¿por qué yo? Quiero decir, Dios: ¿es que no tienes suficiente? Pero la vida es así. Siempre tienes algo que te interrumpe, a la vez que siempre tienes algo que perseguir. Pero nunca elegiría si volviese a vivir, si volviese a nacer y conociese mi vida pasada y mi vida actual, nunca querría estar sola. Nunca. Es que estar solo es una situación espantosa, pero nunca querría casarme con, ¿sabe?, con una pareja inestable, porque...según lo que me han enseñado, de acuerdo con lo que me han educado, es que... el amor es sólo de uno hacia uno, de una persona hacia una persona. No creo que tengan este tipo de amor en este país, o quizás no he buscado lo suficiente. Pero... he visto tanta gente engañándose de tal manera, de tal manera que... tal vez ella tenga razón. En vez de casarse de nuevo, debería establecerse y permanecer soltera. Pero no tiene sentido. ¿Estar soltera para qué? Estar sola y quedarse en casa todo el tiempo, trabajando todo el tiempo, ¿para qué? No tengo ninguna respuesta para esto, pero el hecho es que espero que algún día mi vida sea diferente. Un poco más interesante, en lugar de ser tan oscura como es. ¿No cree?

Finalmente, no existiría una comprensión básica de la historia del trauma si no existe un oyente. Ni la historia del trauma ni sus consecuencias existen a menos que exista comunicación entre el narrador y el oyente. Y quizás ese era el problema: los médicos y los planificadores en salud no escuchaban las historias de la gente pese a que el superviviente siempre cuenta su historia a todos, especialmente a aquellos que le son más íntimos. Sin embargo, la historia del trauma sólo puede existir disfrazada en trozos y piezas. Los signos de la historia de los supervivientes se encuentran en todas partes porque estas experiencias vitales traumáticas afectan su salud, identidad, personalidad y sentimientos.

El impacto de las situaciones traumáticas: causas y consecuencias

La historia del trauma no es un tesoro escondido a la espera de que alguien lo descubra. Es este hecho el que permite medir e interpretar las consecuencias del trauma al médico, al planificador de servicios de salud pública o al responsable de la política sanitaria, cada uno usando su propia metodología y objetivos. La historia del trauma puede ser identificada en situaciones traumáticas a través de las grandes consecuencias traumáticas de la violencia: síntomas psiquiátricos, limitaciones funcionales e incapacidad. La Figura n.º.2 muestra el modelo epidemiológico básico de las causas y consecuencias que unen las experiencias traumáticas con sus consecuencias¹⁴. Hasta hace poco, casi todos los estudios que asociaban al trauma con sus consecuencias se habían basado en poblaciones clínicas. Desde los pioneros estudios comunitarios de Eitinger y sus colegas^{15,16,17} que demostraban la alta morbilidad y la mortalidad a largo plazo de los supervivientes del Holocausto nazi, los estudios clínicos han ido mostrando en diferentes grupos de supervivientes fuertes asociaciones entre la existencia de hechos traumáticos y la aparición de enfermedades físicas y sintomatología psiquiátrica, especialmente depresión y TEPT¹⁸. Estudios comunitarios recientes han asociado la existencia de situaciones traumáticas con la aparición de daños funcionales¹⁹. Existen pocos estudios longitudinales que sean capaces de aclarar la dirección de las flechas causales que aparecen en la figura 2, así como la historia natural de la recuperación. Si se ha establecido claramente en estudios transversales una relación dosis-efecto entre situaciones traumáticas repetidas y acumulativas y sus consecuencias¹⁴.

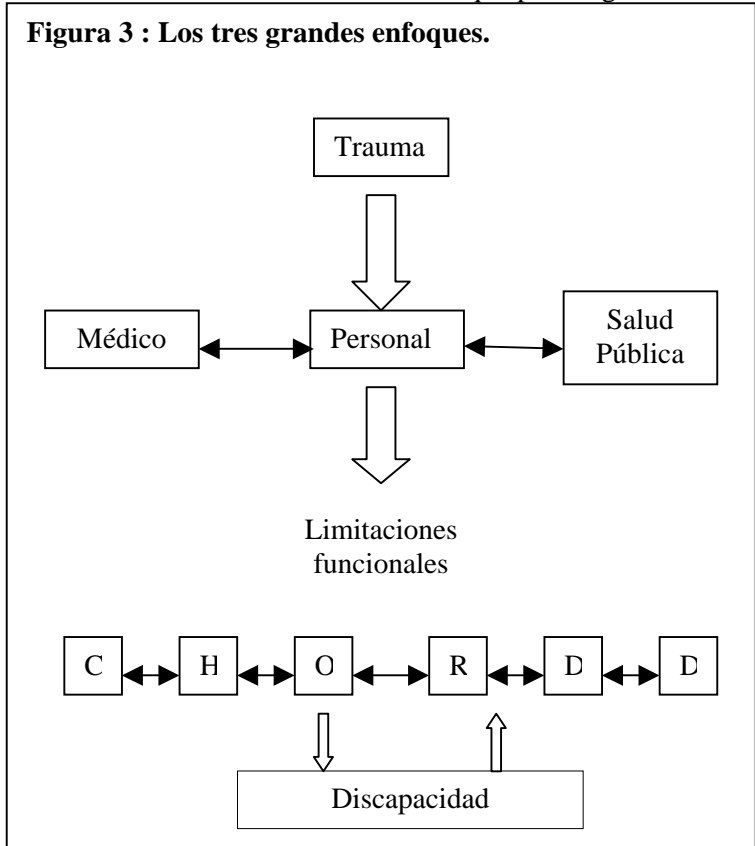
Afortunadamente, los grandes avances en la validación transcultural de los instrumentos de estudio en poblaciones no occidentales y no anglófonas han permitido que se utilicen con éxito medidas seguras y válidas como para afirmar cada punto de esta relación triádica: i.e. trauma-síntomas-limitaciones funcionales^{20,21,22}. Las experiencias traumáticas de los supervivientes son distintas en las diferentes culturas y entornos geopolíticos. Por ejemplo, bajo el régimen de los Jemeres Rojos muchas personas fueron torturadas poniendo su cabeza dentro de una bolsa de plástico.



Esta práctica no parece que ocurriera en Bosnia donde las personas torturadas experimentaron formas de violencia terribles únicas a ese conflicto. Además, es esencial reconocer que también el significado cultural del trauma varía de situación en situación^{23,24}. Mientras por un lado es cierto que todas las culturas tienen métodos para clasificar los síntomas de ansiedad emocional, todavía no se sabe si los síntomas definidos por los criterios clínicos empleados para el diagnóstico en Occidente del estrés postraumático son realmente universales¹². Estudios recientes con poblaciones vietnamitas y camboyanas sugieren fuertemente la relevancia del concepto de TEPT a la hora de definir los síntomas relacionados con el trauma en estas poblaciones^{25,26}. Ahora bien, aunque quizás el TEPT pueda ser un concepto preciso, no se sabe si la validez de construcción del mismo es significativa en sociedades que no están familiarizadas ni con su definición ni con su utilidad terapéutica²⁷. El debate sobre la relevancia cultural del TEPT ha sido ampliamente analizada en numerosos artículos. La mayor dificultad para su evaluación es precisamente su contextualización sociocultural dado que las limitaciones funcionales están directamente relacionadas con la habilidad de una persona para superar la situación crítica, para relacionarse con la familia, amigos y vecinos, así como para mantener responsabilidades sociales y obligaciones, y la manifestación de cada uno de estos ámbitos es especialmente dependiente de la cultura. Además, las expectativas sociales relacionadas con el status funcional cambian según la edad, sexo, clase social y estado civil en las diferentes culturas. El conocimiento del contexto político, cultural y social de cada punto del triángulo de la Figura n°.2 es esencial para evaluar los sucesos traumáticos y las consecuencias traumáticas.

Las tres grandes dimensiones del análisis

La figura 3 muestra cómo las relaciones triádicas descritas anteriormente pueden aplicarse a tres grandes modos de evaluar las consecuencias del hecho traumático: el enfoque médico, el personal y el de salud pública. El análisis de cada uno de los elementos de la figura 3 revela algunos hechos: En primer lugar, todos estos enfoques asumen que las experiencias vitales traumáticas, especialmente las derivadas de la violencia colectiva²⁹, tienen un gran impacto en las vertientes médica, personal y de salud pública. El término “síntoma” se extiende para incluir otros tipos de “síntomas” definidos desde cada uno de estas ópticas. El enfoque médico identifica de forma preferente los daños físicos y las enfermedades médicas causadas por la violencia y la tortura; el enfoque personal describe la cantidad innumerable de formas en las que psicólogos, escritores y científicos sociales revelan el lado humano del sufrimiento personal.



El enfoque de salud pública muestra de forma incomparable las enfermedades médicas y psiquiátricas manifestadas por toda una población, dejando los efectos individuales de la violencia para la atención clínica en la relación médico-paciente. Por supuesto, estos enfoques se solapan e idealmente deberían complementarse. Por ejemplo, los síntomas depresivos pueden ser diagnosticados como un problema psiquiátrico por el enfoque médico, ser contemplados como una expresión de indefensión y desesperanza desde el enfoque personal, y medidos en cuanto a determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en el conjunto de la población traumatizada por el enfoque desde la salud pública. En la figura n°.3 la

línea *Limitaciones funcionales* separa las rupturas psicosociales causadas por la violencia (y muy posiblemente expresados a través de síntomas) de los síntomas descritos anteriormente. La descripción de las limitaciones funcionales a partir de los síntomas médicos y psiquiátricos ha sido uno de los grandes logros metodológicos de las investigaciones realizadas durante la pasada década sobre las consecuencias en la salud de los hechos traumáticos^{30,31,32}. En las figuras 3 y 4, las limitaciones funcionales se representan a través de las siglas CHORDD. Cada uno de los elementos representados en las siglas CHORDD influye en la capacidad del superviviente a la hora de para enfrentarse con su entorno postraumático. ¿Por qué estamos enfatizando ahora la importancia de las limitaciones funcionales?³³ Mientras sabemos que normalmente la mayoría de las personas desarrollan síntomas traumáticos tras la violencia colectiva o la tortura, no sabemos si se deterioran o no funcionalmente hasta el punto de que su vida personal y su productividad económica se resientan. La evidencia de las altas tasas de TEPT, por ejemplo, en poblaciones refugiadas no ha convencido a los planificadores de la necesidad de responder a lo que ellos consideran una consecuencia normal de la violencia. Sólo cuando los síntomas de cada uno de los tres enfoques se unan al status funcional se generarán datos capaces de generar intervenciones terapéuticas y políticas públicas nuevas.

La figura nº.4 define cada uno de los puntos comprendidos dentro de una evaluación general de las limitaciones funcionales^{34,35}. Las habilidades y las capacidades (p.e. las habilidades del individuo necesarias para controlar su vida diaria) se ven a menudo gravemente afectadas. Los supervivientes afirman a menudo que ya no son capaces de alcanzar el mismo nivel de competencia en su trabajo que el que tenían anteriormente a la violencia. Es frecuente que haya daño físico asociado a las heridas de guerra y de combate, como por ejemplo amputaciones producidas por minas o ceguera. El rendimiento intelectual está asociado con el daño en el cerebro, el hambre, las secuelas cognitivas secundarias del TEPT y la depresión, especialmente el deterioro de la memoria y de la habilidad para aprender nuevas tareas. La fatiga crónica y el cansancio mental también se encuentran frecuentemente entre poblaciones que han sufrido conflictos de larga duración. Es evidente que aquellos que han sido expuestos a la violencia colectiva y a la tortura pueden experimentar problemas en todas sus relaciones sociales. Esto puede deberse a los nuevos sentimientos de falta de confianza en otras personas, a la sensación de vergüenza y suciedad causadas por el abuso sexual, al asesinato y/o desaparición de miembros de la familia y amigos. Las obligaciones sociales normales, incluida la buena vecindad, las actividades de la comunidad y la confianza en las instituciones gubernamentales locales y en la política nacional, pueden verse seriamente comprometidas, haciendo los esfuerzos de reconstrucción extremadamente difíciles. En el centro del desencanto espiritual y moral está la pérdida de fe en la justicia social y un rechazo de la creencia de que la equidad de la recompensa está asociada a un comportamiento humano decente. Los estados existenciales de indefensión y desesperanza asociados a la destrucción de la vida diaria normal por la violencia terrible y brutal cuestionan la fe religiosa de muchas víctimas. A menudo sabemos muy poco de las limitaciones funcionales asociadas a la violencia colectiva.

Figura 4: Limitaciones Funcionales

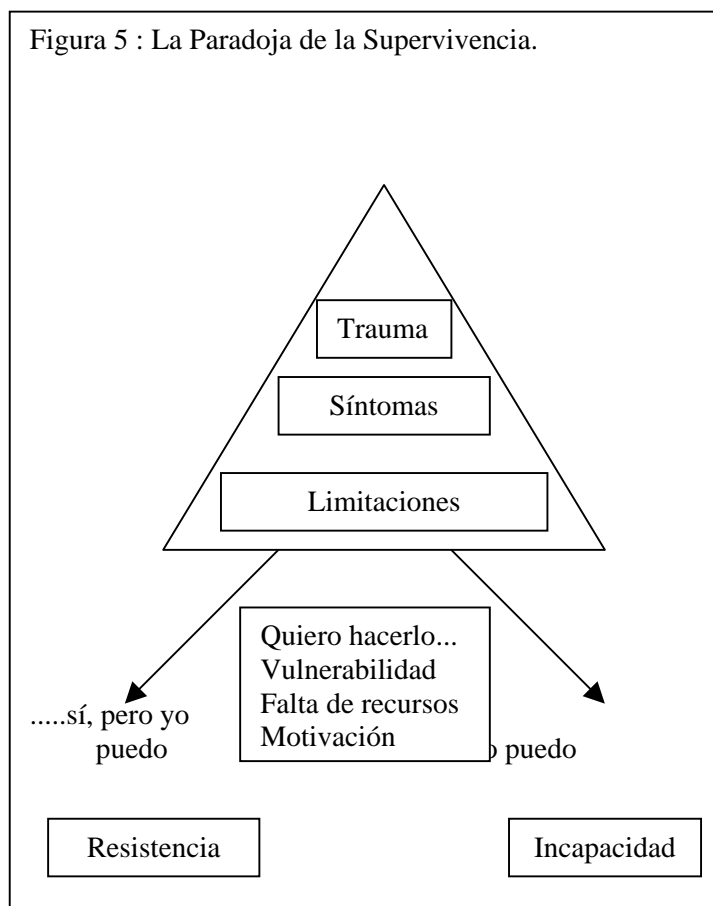
C = Cansancio emocional y fatiga física
H = Habilidades y capacidades
O = Obligaciones y relaciones sociales
R = Rendimiento intelectual
D = Daño físico
D = Desencanto espiritual y moral

El último nivel de la figura nº.3 describe el nivel de discapacidad del superviviente entendiéndolo por ello la habilidad del superviviente para llevar a cabo lo siguiente: (1) actividades básicas para una vida independiente, (2) autosuficiencia económica y trabajo, (3) apoyo a su familia, (4) trabajo comunitario, (5) participación política. Todos y cada uno de estos elementos son esenciales en la reconstrucción. No existe casi ningún conocimiento sobre la relación que existe entre el trauma y su resolución final. Sin embargo, sí se puede hacer una importante advertencia. Es evidente en que muchas situaciones traumáticas (figura 5) personas con alto nivel de trauma, síntomas y limitaciones funcionales pueden ser miembros altamente productivos de sus sociedades. También es igualmente cierta la situación contraria. Independientemente de la experiencia vital traumática vivida, las características personales de los individuos (por ejemplo, las motivaciones), la disponibilidad de recursos y las oportunidades dentro de un entorno postraumático tendrán una importancia decisiva.

Muchos supervivientes son capaces de superar experiencias vitales terribles; es esencial para cualquier actividad de recuperación aprender a reforzar esos factores de resistencia asociados con un “...sí, pero yo puedo”.

Métodos de cada enfoque del trauma.

La Figura n°.6 resume cada uno de los tres enfoques al evaluar las consecuencias del hecho traumático. El síndrome de discapacidad identificado por cada enfoque no ha sido incluido en la tabla



dado que ha sido imposible para el experto de cada enfoque identificar claramente sus criterios para establecer la discapacidad. Mientras que el facultativo de este o aquel método puede ser capaz de identificar las consecuencias traumáticas relacionadas con los síntomas y el funcionamiento, la habilidad de los supervivientes para llevar a cabo actividades social y económicamente productivas parece que está mas influenciada por factores políticos y por oportunidades relacionadas con el trabajo que por experiencias traumáticas previas. Las realidades políticas actuales que afectan a las oportunidades de trabajo, sin embargo, pueden también haber sido la causa inicial de las experiencias traumáticas del superviviente. Cada característica de los tres enfoques se describe bajo técnica/análisis, diagnóstico y limitaciones funcionales. Las investigaciones extensivas y minuciosas de las secuelas médicas de la violencia colectiva, especialmente de la tortura, han sido correctamente

descritas⁹.

Figura 6: Enfoques en la evaluación

	MÉDICO	PERSONAL	SALUD PÚBLICA
Técnica/ Análisis	Revisión de los sistemas Examen físico	Historia oral y vital Testimonio	Estudios Entrevistas
Síntomas de Diagnóstico Específico	“Todos los sistemas vitales afectados”	Transformación de los sentimientos subjetivos de identidad y bienestar	Daño cerebral TEPT Depresión
Limitaciones Funcionales	Habilidades y capacidades Daño físico Cansancio físico/emocional	Cansancio físico/emocional Relaciones sociales Desilusión espiritual	Habilidades y capacidades Rendimiento intelectual Cansancio emocional Relaciones sociales

Psicólogos chilenos que han trabajado con supervivientes de tortura han descrito el enfoque terapéutico del llamado “testimonio”³⁶. La técnica de la historia oral y vital que realizamos en nuestro

equipo ha sido presentada ya previamente. Mientras que en general se acepta que la violencia colectiva y la tortura pueden producir una enorme distorsión del concepto interno de identidad y bienestar de una persona, incluyendo un trastorno profundo de las relaciones sociales, la literatura teórica sobre las consecuencias personales continúa siendo dispersa y desenfocada. Las investigaciones de salud pública con poblaciones que han experimentado situaciones traumáticas están todavía en sus inicios. Excepto los estudios originales de Eitinger, no ha sido hasta hace poco que se han llevado a cabo estudios poblacionales a gran escala con veteranos de guerra, supervivientes del holocausto nazi y refugiados^{37,19,38}. Los resultados revelan la alta frecuencia de morbilidad psiquiátrica y de factores de riesgo relacionados de gran importancia para la salud pública.

Conclusión

A pesar de siglos de violencia causada por el hombre que ha generado sufrimiento a muchos millones de personas, la identificación de sus consecuencias ha sido ignorada, descuidada o incluso negada por aquellas personas responsables de la recuperación de estas comunidades. Los nuevos estudios científicos con poblaciones que han experimentado situaciones traumáticas revelan la existencia de altas tasas de secuelas en la salud mental anteriormente desconocidas. Podemos identificar la *historia del trauma* de cada superviviente dentro de cada uno de los tres grandes enfoques posibles de evaluación de las consecuencias del hecho traumático: el médico, el personal y el de salud pública. Mientras que cada enfoque está en disposición de evaluar las limitaciones funcionales experimentadas por los supervivientes, es difícil aún establecer la relación del trauma con la reintegración económica y social de la persona. Las personas responsables de la planificación en política internacional necesitan aún un estimado de 'casos' que puede permitir correlacionar el hecho traumático, los síntomas y la discapacidad. A pesar de las limitaciones de las investigaciones actuales, están surgiendo nuevas medidas capaces, por primera vez, de describir las consecuencias de hechos traumáticos en poblaciones de todo el mundo.

Bibliografía

1. United Nations High Commissioner for Refugees. *The State of the World's Refugees : the challenge of protection*. New York : Penguin Books, 1993.
2. U.S. Committee for Refugees. *World Refugee Survey*, 1997.
3. United Nations Economic and Social Council. *Peace : Refugee and Displaced Women*. New York, NY : United Nations Economic and Social Council; November 9, 1990. Document E/CN.61991/4.
4. Muscat RJ. *Conflict and Reconstruction : roles for the World Bank*. An unpublished manuscript for the World Bank, 1995.
5. Foucault M. *The Order of Things : An archaeology of the human sciences*. New York : Pantheon Books, 1970.
6. Mollica RF, Jalbert RR. *Community of Confinement : The Mental Health Crisis in Site Two (Displaced Persons Camps on the Thai-Kampuchean Border)*. Alexandria, Va : World Federation for Mental Health, 1989.
7. Henderson DC, van de Velde P, Mollica RF, Lavelle J. *The Crisis in Rwanda : mental health in the service of justice and healing*. Report by the Harvard Program in Refugee Trauma, 1996.
8. Levav I. Individuals under conditions of maximum adversity : the Holocaust. In : Dohrenwend BP (ed.) *Adversity, Stress and Psychopathology*. Washington, DC : American Psychiatric Press, in press.
9. Basoglu M (ed) *Torture and its Consequences : current treatment approaches*. Cambridge : Cambridge University Press, 1992.
10. Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J. *Amidst Peril and Pain*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1994.
11. Wolfe J, Keane TM. Diagnostic validity of post-traumatic stress disorder. In : Wolf M et al. (eds) *Post-traumatic stress disorder : etiology, phenomenology, and treatment*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1990; 48-63.
12. Mollica RF, Caspi-Yavin Y. Measuring torture and torture-related symptoms. *Psychol Asses*, 1991; 3: 1-7.
13. Mollica RF. The trauma story : the psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. In : Ochberg FM. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*. New York : Brunner/Mazel, 1988.
14. Mollica RF, Poole C, Tor S. Symptoms, functioning and health problems in a massively traumatized population : the legacy of the Cambodian tragedy. In Dohrenwend BP (ed.) *Adversity, Stress and Psychopathology*. Washington DC : American Psychiatric Press; in press.
15. Eitinger L, Strom A. *Mortality and morbidity after excessive stress*. Oslo, Norway : Oslo University Press; New York, NY : Humanities Press, 1973.
16. Eitinger L. *Concentration Camp Survivors in Norway and Israel*. Oslo, Norway : Oslo University Press; London : Allen & Unwin, 1964.

17. Strom A (ed.) *Norwegian concentration camp survivors*. Oslo, Norway : Oslo University Press; New York : Humanities Press, 1968.
18. Wilson JP and Raphael B. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, NY : Plenum Press, 1993.
19. Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M, Blendon RJ. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodian living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA*. 1993; 270:581-586.
20. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis*. 1988; 176: 257-263.
21. Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D, Khoun F, Lavelle J. Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 : a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatric*. 1987; 144: 497-500.
22. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Lavelle J, Tor S, Yang T, Chan S, Pham T, Ryan A, de Marneffe D. The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) Manual; Cambodian, Laotian, and Vietnamese versions. *Torture Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. 1996; Supp. 1; 19-42.
23. Eisenbruch M. Commentary : Toward a culturally sensitive DSM: cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 8-10.
24. Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, Laub D, Lazrove S, Vojvoda D, Hyman L. Psychiatric consequences of "Ethnic Cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 536-542.
25. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psycho social impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 1567-1572.
26. Kinzie DJ, Boehnlein JK, Leung PK, Moore LJ, Riley C, Smith B. The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*. 1990; 147; 913-917.
27. Green BL. Psychosocial Research in Traumatic Stress : An Update. *J Traumatic Stress*. 1994; 341-357.
28. Ormel J, Von Korff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common Mental disorders and disabilities across cultures. *JAMA*. 1994; 272: 1741-1748.
29. March JS. What constitutes a stressor? The "Criterion A" Issue. In : Davidson JRT, Foa EB. *Posttraumatic Stress Disorder; DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1993.
30. Stewart AL, Ware JE Jr, eds. *Measuring Functioning and Well-Being : The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC : Duke University Press, 1992.
31. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life : a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273: 59-64.
32. Wilson IB, Kaplan S. Clinical practice and patients' health status : how are the two related? *Medical Care*. 1995; 33: AS209-AS214.
33. Lyons J. Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *J Traumatic Stress*. 1991; 4: 93-111.
34. Watts FN, Bennett DH (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester : John Wiley and Sons, 1983.
35. Bowling A. *Measuring Health : a review of quality of life measurement scales*. Philadelphia : Open University Press, 1991.
36. Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* 1983; 53: 43-51.
37. Goldfeld AE, Mollica RF, Pesavento BH, Faraone SV. The physical and psychological sequelae of torture : symptomatology and diagnosis. *JAMA*. 1988; 259: 2725-2729.
38. Sack WH, McSharry S, Clarke GN, Kinney R, Seely J, Lasinsohn P. The Khmer Adolescent Project. In: Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis*. 1994; 182: 387-395.

Discusión.

Vicente : Siguiendo la pirámide que ha mostrado de las consecuencias de la guerra, las enfermedades mentales quedaban en el cajoncito de arriba, pero por otro lado dice que en sus estudios epidemiológicos la gran mayoría de los camboyanos desplazados sufren de depresión grave. ¿Cómo se entiende eso?. ¿No es incongruente?

Richard: ¿Cómo definimos la enfermedad mental?. ¿Este 70% de población que da en los tests puntuaciones altas en depresión están mentalmente enfermos? Yo pienso que no. En primer lugar hay que preguntarse cual era el objetivo de nuestra clasificación, de nuestra taxonomía. Es diferente utilizar un nivel de criterios de salud pública de unos criterios de intervención clínica. Por ello acudimos al concepto de nivel de funcionamiento. No sabemos cómo definir la salud mental en la población refugiada... mi opción tentativa sería decir que aquellas personas que presentan signos de depresión severa y que también muestran señales de estar incapacitados en todos los indicadores de su vida social, serán los que podemos considerar enfermos. Entonces bajaríamos de un 70% a un 10% probablemente. De otra forma estaríamos medicalizando a toda la población refugiada.

La teoría que nos dan las Naciones Unidas nos dice que el refugiado es como una goma elástica a la que se ha estirado durante 10 años. Si de repente la sueltas va a volver a su estado normal. No he visto ninguna evidencia de que esto sea así. Pero tenemos que empezar a preguntárnoslo, porque la asistencia internacional está basada en estos mitos. Se gastan 55 billones de dólares al año en ello. Necesitamos una definición que nos permita trabajar.

Lynne : He estado trabajando en Gorazde, en Bosnia, en los últimos 6 meses. He tratado a una población en la que quizás el 5% padecía el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). La mayoría padecían de psicosis y acudían a consulta porque sabían que estaban mal. La mayoría de la gente estaba triste e infeliz. Por eso me pregunto porque no has usado el concepto de “ duelo cultural”. Esto es, poblaciones enteras que han perdido algo. Se trata de duelo por lo perdido, más que de depresión y enfermedad. Yo he encontrado en mi trabajo que la gente encontraba éste concepto de gran ayuda y a la vez normalizador. Respecto al Banco Mundial en su tarea de ayuda a Bosnia utilizan un concepto de TEPT sacado del International Rehabilitation Council of Torture Victims que dice que toda la población está traumatizada, con TEPT y lo que necesitan son edificios enormes para hacer grandes clínicas de rehabilitación. Y se gastan enormes sumas en esos edificios que luego quedan sin dotación de personal. Eso es lo que está pasando en Bosnia con los programas del Banco Mundial apoyados por el IRCT. Cuando la realidad es que hay un paro del 95% y lo que la gente quiere es trabajo.

Richard :Yo creo que para ese pequeño porcentaje de gente que está verdaderamente mal, por ejemplo en un campo de refugiados, es una obligación moral proveerles de tratamiento psiquiátrico. Es interesante ver más abajo en la pirámide antes citada cómo la gente con una minusvalía física no está enferma ni mental ni físicamente. El problema con el que se encuentran en algunas sociedades como la camboyana, es que no existe un rol social para ellos. Han perdido su rol en la familia y tienen grandes problemas porque no pueden funcionar en la sociedad tradicional. Hay que discutir el área de la capacitación y el mundo del trabajo.

Pau : ¿Cómo se aplican los conceptos de los que usted nos ha hablado a campos de refugiados como ahora en Zaire, donde nos enfrentamos no a una comunidad o a un grupo manejable sino a decenas de miles de personas?

Richard: Debería haber un énfasis en las intervenciones destinadas a incrementar el funcionamiento de los refugiados. La gente necesita apoyarse los unos a los otros dentro de los usos de su cultura. Hemos de apoyar todas las pequeñas iniciativas que los refugiados toman por si mismos. Por ejemplo a las mujeres de Bangladesh se les dieron pequeños préstamos de 10 dólares para que pudieran hacer ropa por sí mismas. Esta iniciativa tuvo un éxito extraordinario y les ayudó a salir de la situación de extrema pobreza. En segundo lugar deberíamos dejar a los supervivientes que hagan cosas buenas. Porque en estos contextos se suele ver a los sobrevivientes como a alguien que ha hecho mal. Justo después del trauma hay un porcentaje muy alto de comportamientos altruistas. Normalmente se coloca a los refugiados en una situación de dependencia obligada hacia la gente del exterior. Eso destruye la capacidad de conducta altruista. Me siento mal al decirlo pero la verdad es que mucha gente logra recuperarse a pesar de la ayuda internacional más que gracias a ella. Pienso que la mayoría de los sistemas de ayuda internacional realmente obedecen a una lógica de mecanismos de poder político, y lo que hacen en realidad es colocarles en una situación de dependencia por razones políticas. No estoy en contra de las organizaciones humanitarias. Pero creo que hemos hecho muy poco para capacitar y darles fuerzas a los sobrevivientes en su propio proceso de recuperación. En resumen, uno, dejarles hacer, dos, darles apoyo a nivel de, digamos, microempresas y tres permitir el comportamiento altruista.

Vicente Ibáñez. Domingo Díaz.

El papel del clínico en la terapia de las respuestas traumáticas. Tratamientos biológicos y psicoterapias.

Introducción.

Experimentar traumas es algo intrínseco a la historia del hombre, pero no es hasta este siglo que la ciencia ha abordado su estudio, cuando la vida media, al menos en Occidente se ha alargado mucho, la mayoría de los hijos sobreviven a sus padres, y las hambrunas y pestes no diezman la población cíclicamente.

Los seres humanos destacan por su extraordinaria capacidad de adaptación. A través de la evolución, los humanos han superado terribles experiencias sin desarrollar patología, algunos superándolas con creatividad y flexibilidad y otras quedándose fijadas al trauma. Las respuestas de la sociedad han seguido patrones similares a las de los individuos.

La mayoría de la gente que ha experimentado un trauma es de alguna manera capaz de seguir su vida sin sentirse perseguida por la memoria de lo pasado. Tras el trauma se suele estar preocupado por el suceso, teniendo involuntariamente memorias intrusivas. Esta repetitiva experimentación de memorias desagradables suele producir, como los psicólogos del aprendizaje saben bien, una progresiva modificación de la emoción asociada, creándose una tolerancia a los contenidos de la memoria, agotándose la emoción negativa al recordar. El recuerdo también sirve para acomodarse a la experiencia y planear acciones de reparación, y asimilarla aceptándola y reajustando las expectativas.

Sin embargo hay un porcentaje de gente que no es capaz de hacer esta adaptación y desarrolla respuestas de estrés postraumático de evitación e hiperalerta, lo que puede conducir a una desadaptación psicológica y social. Cada recuerdo produce una sensibilización, aumentando la emoción negativa asociada. Esto se debe a la asociación de estas memorias a otras memorias traumáticas en el cerebro, lo que fija la emoción a la memoria de manera biológica y produce síntomas.

Cognitivamente la experiencia que confronta el individuo va más allá de sus esquemas, y hace que se tenga que cambiar el sistema de valores y su actitud ante la vida. Para otros significa la confirmación de temores previos, de los que ya no puede escapar.

Los que no desarrollan síntomas postraumáticos consiguen que la memoria del suceso cambie, pero los traumatizados se enfrentan siempre al recuerdo horrible del horrible suceso. Es a estas personas con síntomas que les producen desadaptación en alguna área a las que el clínico tiene que ayudar, bien por su propia demanda, bien por una demanda social.

Dificultades iniciales. Al abordar como clínico los problemas de las personas traumatizadas nos enfrentamos a varios problemas, relacionados con la opción misma de tratar o no:

- La determinación de si es necesario un tratamiento, o este va a favorecer la victimización o rechazo social de la víctima.
- El paso de la posición de víctima a la de paciente que necesita tratamiento. Aceptar que el distrés es algo desagradable que está de más y que es algo por lo que se puede ser ayudado, es el primer paso. Luego hay que situarse en el papel de enfermo y acudir a un terapeuta.
- La aceptación del sufrimiento como algo natural después de una guerra es lo más común, y la tolerancia es altísima. Por otro lado quejarse, demandar ayuda puede ser una amenaza para uno mismo y los otros. Sitúa al afectado al margen de los otros, y puede generar un sentimiento de pérdida del control sobre uno mismo, empeorando la situación postraumática.
- Aceptar que no puede resolver el problema es un paso difícil. Factores culturales determinarán en gran medida este paso, junto con el miedo a no ser comprendido, humillado o retraumatizado en la terapia.

- Es un problema para muchas víctimas el reexponerse en la terapia a las memorias traumáticas. Un síntoma de traumatización es precisamente el evitar cualquier estímulo que recuerde el trauma y la terapia es evidentemente uno.

Evaluación. Es necesario hacer una detenida evaluación de los síntomas postraumáticos que se pueden presentar, y que es necesario abordar. Hay que evaluar:

1. La **reexperimentación de memorias intrusivas** relacionadas con el trauma, que interfieren con la atención a otra información entrante. Estas memorias pueden no corresponder los sucesos traumáticos, sino a emociones y fragmentos de recuerdos desagradables que, además, pueden desencadenar asociaciones en dominó de otras memorias traumáticas almacenadas.
2. La tendencia compulsiva a **exponerse a situaciones similares al trauma, como víctima (revictimización), o como agresor.**
3. La **activa evitación de desencadenantes** de las emociones asociadas al trauma, que se puede seguir de un **embotamiento de las emociones.** Las memorias intrusivas pueblan el pensamiento y el paciente se sensibiliza ante cualquier estímulo que recuerde al trauma. Con el tiempo se responde menos a estímulos normales necesarios para involucrarse en la vida cotidiana. Esto puede llevar a cambios en el sistema nervioso central que se asemejan a los de la privación sensorial.
4. **La pérdida de la capacidad de modular las respuestas fisiológicas al estrés,** lo que lleva a una dificultad en manejarse con las señales fisiológicas que guían nuestras acciones. El incremento condicionado a estímulos relacionados con el trauma de la actividad autónoma, acaba extendiéndose a gran variedad de estímulos que despiertan sensaciones asociadas a la memoria traumática. La continua anticipación al estímulo traumático temido produce un **estado de alerta mantenido** que impide la atención y concentración normales. Progresivamente todo se teme, el mundo se convierte en amenazante. Este proceso se produce paralelo con los estímulos internos, que ya no se saben descifrar, y se acaba produciendo un **enfriamiento de las respuestas y emociones** (alexitimia).
5. **Problemas generalizados en la atención, distraibilidad, y en la discriminación de estímulos.** Se produce una inhibición de la fantasía, por temor a recordar lo traumático, lo que a su vez impide jugar con opciones en el pensamiento y por tanto discriminar. Es mejor no sentir, no considerar posibilidades, congelarse. Con ello no se distingue lo importante de lo que no lo es. O todo despierta emociones incontroladas, o nada despierta emociones. Esto lleva a un alejamiento de la realidad diaria y dificulta el aprendizaje.
6. **Alteraciones de los mecanismos de defensa psicológicos y en la identidad personal,** lo que cambia que nueva información sea seleccionada como relevante. Se ve confrontado con su posición en el mundo, sus valores sobre lo que es importante. Hay que modificar la visión del mundo para incorporar el trauma a ella. Puede surgir por ejemplo culpa y los mecanismos de defensa deben adaptarse a ella. La humillación puede ser negada, y puede luego actuarse, o conducir a nuevas exposiciones al trauma.
7. **Dificultades en el manejo de la agresividad,** tanto hacia sí mismo como hacia otros.
8. **Problemas psicosomáticos, problemas de memoria y disociativos.**

En resumen, en la gente que manifiesta problemas postraumáticos aparece:

- (a) Permanente alteración de los procesos neurobiológicos de regulación, produciéndose hiperalerta y problemas con la discriminación de estímulos.
- (b) Adquisición de respuestas condicionadas de miedo a los estímulos relacionados con el trauma.
- (c) Alteración de los esquemas cognitivos y de la situación y comprensión del mundo social.

Esta afectación biopsicosocial se convierte en una trampa en la que cada nivel de daño impide que los mecanismos compensadores o curativos se den en los otros niveles. Así la hiperalerta y no discriminación de estímulos impide la extinción espontánea del aprendizaje condicionado. La evitación de estímulos como las memorias internas impide hacer un duelo. La falta de seguridad y confianza en el mundo puede evitar interacciones sociales necesarias para superar el trauma.

Principios básicos del tratamiento

1. **Provisión de seguridad y predictibilidad** que permita hacer planes y buscar objetivos. Los traumatizados toleran mal las emociones intensas y experimentan como peligroso su mundo interno. El terapeuta debe dar seguridad frente a esos peligros.
2. El objetivo de la terapia es ayudar a moverse de la posición de estar perseguido por el pasado e interpretar todo estímulo emocional como evocador del trauma, a **estar implicado en el presente** y ser capaz de responder a sus exigencias.
3. Hay que ayudar a volver a tener **control sobre las respuestas emocionales y localizar el trauma** en una perspectiva más amplia de su vida, un momento histórico determinado ya pasado.
4. Clave es conseguir **integrar lo extraño, incomprensible y terrible en su yo**.
5. Abordar tres aspectos: (1) descondicionar la ansiedad, (2) alterar el modo en que las víctimas se ven a sí mismas y a su mundo restableciendo un sentimiento de integridad personal y (3) ganar control sobre sí mismo. Para estos dos últimos puntos puede ser relevante desde actividades físicas que den control, espirituales que den sentido o actividades grupales que conecten con el grupo, todo ello más allá de la terapia.

Establecimiento de una relación terapéutica. Es básico y muy difícil en estos casos, dada la desconfianza básica y la dificultad en hacer relaciones íntimas que tienen muchos traumatizados. Se debe establecer desde la provisión de seguridad, transmitiendo que lo que se haga va a poder ser manejado adecuadamente. No va a generarse revictimización. Las angustias interpersonales del trauma aparecen en la relación: desconfianza, traición, dependencia, amor y odio. Para establecerla hay que abordar emociones intensas desde la desesperanza a la rabia y deseo de venganza. Se puede producir traumatización vicaria/estrés secundario, que es la traumatización del terapeuta por tratar a la víctima. Este punto sería el tema de otra ponencia.

Tipos de tratamiento. Los estudios publicados sobre tratamientos probados como eficaces para el estrés postraumático se limitan a los cognitivo-conductuales, la EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing), y los psicofarmacológicos. Además se utiliza la terapia familiar y grupal, y otros abordajes como la hipnosis. Las terapias psicodinámicas han sido poco investigadas aunque se usan frecuentemente. Esto último se puede deber al desconocimiento de otras técnicas, o a que el paciente demanda ayuda por problemas asociados más que por síntomas postraumáticos, como problemas afectivos, sentimiento de culpa, situaciones de duelo, disociación, etc. Por otro lado no hay investigaciones que determinen si cada tipo de disfunción requiere de un abordaje diferente: síntomas específicos de TEPT, problemas de relación por la desconfianza básica, dificultades ocupacionales, ...

Situaciones de trauma agudo. El *objetivo del tratamiento* consiste en: conseguir una autorregulación y facilitar una reconstrucción activa de la mayor normalidad posible tomando control sobre ella.

Para ello hay que: (a) establecer seguridad y predictibilidad en la situación del traumatizado. (b) participar activamente en acciones adaptativas: desde reconstruir daños en la casa, involucrarse con otras víctimas, o participar activamente en el cuidado físico propio o de otros.

No está del todo claro si hablar sobre lo sucedido es útil. Algunos estudios sobre “debriefing” han dado últimamente resultados negativos, lo que hace poner en duda dicha técnica. Descrita inicialmente por Mitchel (1983) consiste en ventilar en grupo los sentimientos y la experiencia vivida con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa. Hay diferentes técnicas, más exploratorias de lo ocurrido, más educacionales o directivas. Se suelen hacer nada más ocurrir el trauma, y en una o pocas sesiones.

Raphael (1986) resume así los **principios de la primera ayuda psicológica**:

- respuesta básica de consolar y confortar,
- proteger si se puede de continuar en la situación traumática,
- tomar medidas para el cuidado físico adecuado,
- dar orientación respecto a acciones a tomar y apoyo para poder realizar tareas basadas en la realidad de la situación,
- facilitar la reunión con familiares y otros,
- conectar con sistemas y redes de ayuda,
- facilitar el sentimiento de control y manejo de la situación,
- identificar posibles necesidades de seguir en terapia,
- ventilar los sentimientos y la experiencia de la manera más apropiada para cada cual.

Se ha considerado el *uso de fármacos* que prevengan la aparición de síntomas intrusivos y de alerta, impidiendo así la fijación traumática de la experiencia.

Tratamiento por fases del estrés postraumático.

El tratamiento debe seguir unas fases:

1. Estabilización: Manejar el miedo a las emociones relacionadas con el trauma.

Se debe enseñar al paciente a controlar emociones desbordantes y mecanismos de defensa patológicos como la continua disociación. Esto incluye: (1) la identificación y etiquetado de emociones, identificar y usar adecuadamente el apoyo social, focalizar en el contenido más bien que en el afecto, planificar, programar y anticipar las actividades diarias, hacer uso racional de la comida, el ejercicio y el descanso, y hacer ejercicios de relajación e inoculación de estrés. El manejo de la medicación es muy importante. (2) Educación al paciente y su entorno sobre qué pasa y qué se puede hacer, para proveer de esquemas desde donde manejarse. (3) Identificación de sentimientos a través de la verbalización de estados somáticos (dada la asociación de cualquier sensación a la memoria traumática), con el objetivo de tomar distancia de la experiencia, encajarla entre otras experiencias y ganar control sobre ellas.

2. Descondicionar las respuestas y memorias traumáticas. Se puede tener la tendencia de evitar el sufrimiento a toda costa, pero aprender a tolerar los recuerdos traumáticos es parte esencial del tratamiento. El psicoterapeuta capaz de entender el trauma puede ayudar al proceso de integración acompañando al paciente a través de su sufrimiento, proveyendo una perspectiva que de sentido y esperanza, y ayudando a controlar la experiencia poniendo esta en forma simbólica, comunicable (por ejemplo en palabras). El recordatorio de la experiencia simbolizado en palabras es el paso previo a poder elaborar esta. Es necesario realizar una reactivación controlada de las memorias: el paciente tiene que confrontar sus recuerdos en una relación de confianza y en un ambiente seguro. La disminución de la ansiedad depende de evocación controlada y coordinada de los estímulos que activan los recuerdos, las respuestas psicobiológicas, y el significado que se asocia (culpa, pérdida...).

En esta parte del tratamiento se introducen las *técnicas cognitivo-conductuales* adecuadas de exposición, inundación, manejo de la ansiedad, etc.

También se utiliza la *hipnosis*.

La *desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento*, que consiste en evocar las imágenes traumáticas a la vez que se realizan movimientos oculares lo que produce por mecanismos no conocidos una disminución de la angustia asociada a la memoria.

Nuevas terapias como la *terapia de pensamiento de campo o la de disociación visual kinestésica*, como la EMDR consiguen distanciar el recuerdo de la vivencia angustiante original, facilitando la toma de control sobre la experiencia.

El *testimonio* es una forma de abordaje de personas torturadas desarrollado en el cono sur con implicaciones políticas consistente en recoger detallada y documentalmente la historia del trauma. Al detallar la experiencia se produce la exposición controlada, y desde la posición de testigo se puede dar una nueva interpretación y sentido a la experiencia.

3. Reestructuración de los esquemas cognitivos relacionados con el trauma: Deshacerse del miedo al mundo. Si se quiere manejar adecuadamente una experiencia traumática hay que modificar la visión de uno y el mundo para permitir mantener la atención en la vida diaria y adaptarse. Es necesario no generalizar de esa experiencia a la totalidad de la existencia. Hay que abordar cómo el trauma ha afectado el sentimiento de ser eficiente, la capacidad de confiar y de intimar, de negociar con las propias necesidades y de ser empáticos. Muchos de estos aspectos se trabajan mejor en grupo.

4. Reestablecimiento de conexiones sociales seguras y de la eficacia social. Hay que incluir a la familia y otros recursos disponibles. La terapia de grupo puede facilitar la superación de esta fase.

Los *tratamientos de grupo* proporcionan un lugar seguro, en el que los miembros pueden dar voz a sus recuerdos, y reconstruir la historia del trauma y su efecto sobre ellos.. Una vez localizada la experiencia en lugar y tiempo, comienza a distinguirse de los problemas actuales y se puede enfrentarlos sin asociarlos al trauma.

También son frecuentes los *grupos de auto-ayuda o las organizaciones de víctimas*, que en ocasiones tienen un sentido espiritual. La importancia de la *religión* en determinadas culturas hace de esta y de sus líderes y organizaciones el punto de referencia desde donde afrontar los problemas.

6. Acumulación de experiencias emocionales restitutivas. Desde la actividad física, el arte, actividades placenteras, etc. El paciente debe tener la oportunidad de experimentar situaciones que no evoken el trauma y le devuelvan la capacidad de gratificarse.

Psicofarmacología. El uso de los psicofármacos se justifica por los supuestos mecanismos biológicos que subyacen a las respuestas traumáticas:

-*Disregulación noradrenérgica*, con aumento de la actividad del locus coeruleus, lo que puede generar síntomas de hiperalerta e intrusivos. Para el control del locus coeruleus se utilizan los IMAO, tricíclicos, clonidina, betabloqueantes, benzodiazepinas.

-*Disfunción serotoninérgica*. La evitación, mala regulación del sueño y del autocontrol probablemente se relacionen con esta disfunción, y mejoren con inhibidores de la recaptación de serotonina.

-*Kindling*, mecanismo que explica la disminución del umbral convulsivógeno por reestimulación potenciada por las descargas eléctricas en la misma zona cerebral. Por analogía las memorias intrusivas se pueden originar por kindling, dados los cambios en la excitabilidad cerebral que se dan en el PTSD. Los antiepilépticos como la carbamacepina tendrían aquí su papel.

-*Incremento de la respuesta de alerta*. Puede tener una vulnerabilidad biológica pues este fenómeno se con alteraciones en el cromosoma 5. En modelos animales se ha comprobado la utilidad de las benzodiazepinas y la buspirona. Muchos antidepressivos la empeoran.

Los objetivos de la medicación son la reducción de la frecuencia y severidad de las intrusiones. reducción de la tendencia a interpretar los estímulos como evocadores del trauma, la reducción de la hiperalerta condicionada a estímulos que recuerdan al trauma, la reducción de la conducta evitativa, la mejora en el afecto depresivo y el embotamiento, la mejora en los síntomas disociativos y la reducción de la impulsividad y conducta agresiva hacia otros o uno mismo.

Los estudios encuentran efectos moderados pero positivos en el uso de las medicaciones indicadas para estos síntomas. Lo cierto es que para algunos la disminución sintomática puede prevenir la cronicación por lo que los fármacos deberían ser considerados en muchas ocasiones como parte del tratamiento.

Discusión.

Florentino : Yo me quedo de piedra ante estas respuestas tan genéricas; cuando oigo lo de la cortina, o que no se puede entender lo que han pasado las víctimas de un campo de concentración. ¿Qué hacemos aquí entonces? ¿por qué nos dedicamos a esto?. Tenemos que entender las cosas y para eso es para lo que nos pagan. Hay que explicarlo, no creo que sea inexplicable el que un hermano mate a un hermano.

El otro peligro es un culturalismo excesivo. Ya que intervenir supone de algún modo reaccionar ante una cultura o enfrentarse a algunos parámetros culturales. Lo que hay que ver es como encajan determinados parámetros en determinadas culturas.

La cuestión concreta que quiero plantear a los ponentes es el de la expresión de la experiencia vivida. ¿Le pido que me lo cuente?. Vicente dice que no hay evidencia empírica sobre la conveniencia de que se relate o no se relate. Desde mi propio punto de vista si es bueno que se relate, pero en determinadas circunstancias y atendiendo a ciertos parámetros de la cultura. ¿Qué opinan?.

Vicente : Desde mi experiencia escasa te puedo contestar que si es útil hablar en condiciones muy determinadas de seguridad (inter)personal aunque no estoy muy seguro. Nosotros hicimos algunos grupos y los grupos se extinguían dos días después porque eran incapaces de contener la angustia que producían esos temas. No creo que les sirviera para algo, incluso les pudo perjudicar porque a lo mejor no era el mejor momento. Sin embargo en las personas que tenían una relación conmigo me ha parecido que el hablar era útil, pero no tengo un modelo teórico sobre si en la cultura bosnia en esas condiciones es bueno dar testimonio o no porque no he llegado a esa finura.

Richard : Cuanto mas tiempo estoy en este trabajo mas convencido estoy del valor terapéutico de la relación humana esencial. Las tres cosas que más me han impresionado de este trabajo en los últimos 16 años son: (1) El concepto de dignidad humana existe en todas las culturas. Yo no soy un relativista cultural, creo en el concepto de la dignidad humana. Lo básico cuando tratas con la gente es tu autenticidad, el ser genuinamente tú, un respeto por el individuo lo hagas en el modo cultural que lo hagas. En Camboya a la gente no le gusta que les toquen, son muy reservados, existe toda una serie de tabúes. Si en cambio eres español o italoamericano y muestras mucho entusiasmo a la gente le encanta. Se tu mismo. No puedes ser otra persona para trabajar con los otros. (2) Tienes que analizar, descomponer tu motivación en los ingredientes en que está formada para poder ayudar. Yo creo que no somos *profesionales* de la ayuda, si no que creo que puedes ayudar a la gente, colaborar. En este término de ayuda hay problemas básicos de la relación de poder y es muy difícil no darse cuenta de que un doctor con su prestigio, poder e ingresos cuando se encuentra con una víctima se da una situación de desigualdad de estatus. Tienes que ser honesto contigo mismo y preguntarte por qué haces todo esto. Lo que es realmente patológico es hacer este trabajo. Ser el escucha de la tortura, asesinatos es algo enfermo. No es normal. Tienes que entender dentro de ti mismo tu motivación para comprometerte con los sobrevivientes. (3) El tercer punto tiene que ver con el tema de la biografía. ¿Es la psiquiatría una ciencia o una forma de literatura? ¿Es parte de las artes o de las ciencias naturales? Para mi el 90% del trabajo tiene que ver con la literatura. Me da un poco igual tu pregunta. ¿Puedes tener una relación humanamente digna con una víctima a menos que sepas su historia? ¿Como puedes comprometerte con alguien si no conoces su biografía? Que te lo cuente o no depende de ellos, pero tienes que tener una apreciación personal de la biografía de tu paciente. No me importa si es terapéutico en si mismo, pero se que es terapéutico en el sentido de la relación terapéutica. Y añadiría un cuarto punto que es que en el tratamiento lo más importante es un compromiso a largo plazo con el paciente, quizás 5, 10, 15 años. Puedo verles una vez al mes o cada seis meses a los veteranos. Lo primero que piensan es que a esta persona no le importo, no se va a ocupar de mí durante mucho tiempo. La mayoría de nuestros pacientes no viene a la segunda visita, la gente lo interpreta como una adherencia baja al tratamiento pero yo creo que eso no es así. Es una prueba : ¿Se interesará realmente por mí? ¿Me llamará o no?. En nuestro centro tenemos normas muy claras acerca de eso. Le llamaremos y seremos bastante insistentes, para probar nuestro compromiso. Lo que es bastante difícil ya que estas clínicas en Norteamérica no tienen dinero, están muy marginadas dentro de nuestro sistema de dos niveles. La mayoría de los pacientes de las minorías étnicas no tienen acceso al Sistema Nacional de Salud. Tenemos que prometerle al paciente pobre que se le va a seguir tratando aunque no se pague esos servicios. Nuestra sociedad rechaza el pagar por estos tratamientos prolongados. Con las ONG`s pasa lo mismo, la gente se pregunta: ¿Va a haber alguna ONG de aquí a cinco años en Sarajevo? Tienes que darles la respuesta a cual es la base de tu compromiso. Una vez te comprometes creo que te alejas del peligro de que tu terapia se convierta en una experiencia vicaria, donde el extranjero roba la experiencia del trauma a la víctima para su propio beneficio. Este es el mayor peligro contra el que debemos luchar.

Domingo : A la pregunta me sale depende. Yo me muevo con un modelo en la intervención : el modelo de los aportes de Caplan. El analizar como puedo proveer de más aportes si los precisa. El tema de la catársis como curación ya no lo se lo creía ni Freud. Me parece que depende. Porque si tu empiezas una abreacción de este tipo y a los dos días te vas, puedes dejar a ese señor con un pastel en la boca que no sabe cómo comerlo. Distinto es que tu estés dispuesto a mantener un tratamiento o hayas implicado a los terapeutas locales. Muchos de esos traumas se los pueden contar a su hermana, padre o a un novio que se echen. Hay demasiado exceso de liturgia a veces, la liturgia de esto es lo que hay que hacer.

Laura : ¿Que piensan ustedes sobre el análisis funcional de conducta como método diagnóstico y como paso para la intervención? ¿Qué consecuencias hacen que esa persona siga imaginando?. ¿Por qué no olvidarnos de los diagnósticos que utilizan ustedes los psiquiatras y centramos más en eso?.

Richard : Nosotros utilizamos el análisis funcional, sabemos que la mayoría de la gente acude a médicos de familia, a los líderes religiosos. En Camboya ni siquiera hay psiquiatras, tienen dos en toda su historia, ellos ya tenían sus formas habituales de pedir ayuda. El problema que a nosotros nos llegaba era el de la supervivencia social y económica, esto fue lo que mas enfatizó la gente que estudió la situación, mucho mas que los síntomas. Ellos venían porque no podían recordar, porque habían estado dieciséis años en un campo de torturas. Ellos no acudían al médico por el trauma, si no porque no podían recordar, no podían aprender, no podían ir a la escuela. Nosotros nos focalizamos en el análisis de la situación política, económica, social y cultural porque estas variables eran las consecuencias principales, no el área personal de los síntomas. Lo que les preocupaba era poder proveer y cuidar de sus familias. Creo que podríamos olvidarnos del TSPS y de los síntomas y tener un campo de trabajo psiquiátrico basado en el nivel de funcionamiento.

En nuestro entrenamiento con psiquiatras nos cuesta mucho implicarnos en los eventos de la vida social del paciente. No nos gusta, este ha sido el problema con los enfermos mentales crónicos. A los psiquiatras no les gusta hacer visitas a domicilio, no les gusta llevar a sus pacientes a lugares donde los entrenen a trabajar. Cuando hablamos de la supervivencia social de la persona no nos gusta porque como psiquiatras nos exige mucho trabajo. Sentimos que no contamos con las habilidades necesarias. Tenemos una gran escisión en nuestro campo porque a menudo lo que al paciente le hace falta nos gusta dárselo. Ayudar con una visita a la compañía de electricidad para que a un paciente camboyano que no habla inglés correctamente parece que nos desprofesionalize, que no tiene que ver con nosotros como doctores. En el campo de la Salud Pública en los EEUU se da hoy en día un gran énfasis en la educación para la salud: se manda a los pacientes a la escuela para que dejen de fumar, se les da libros... En la psiquiatría norteamericana no hacemos nada de esto. No intentamos educar a nuestros pacientes. Esto es una desgracia. No les dedicamos ese tiempo y esa energía a nuestros pacientes con TPSP.

Parte II.

La perspectiva de la comunidad

Judith Zur.

Represión y culturas indígenas.

¡Error! Marcador no definido.

Este capítulo habla de un grupo de viudas de una aldea del corazón indígena de Guatemala. Es una aldea -a la que he llamado Emol- en la que la gente intenta dar sentido a lo que ocurrió durante los años de intensa guerra interna que la gente llama *La Violencia* que devastó la Guatemala rural entre 1978 y 1985.

Análisis semántico cultural.

Puede afirmarse -probablemente- que los mecanismos de la represión - violencia arbitraria, terror, la destrucción deliberada de las relaciones sociales etc. - son las mismas en cualquier parte, pero que el medio a través del que se expresan varía de una cultura a otra. Del mismo modo, la represión suele provocar básicamente los mismos efectos en todas partes -intimidación, miedo, silencio -, pero con reverberaciones locales. Las respuestas de la gente a la represión - como la ansiedad crónica- se expresan de acuerdo a pautas locales; incluso los modos en que se puede permanecer en silencio varían de una cultura a otra (y entre individuos).

La gente K'iché encuentra difícil pensar sobre ellos mismos de modo independiente al rol social que desempeñan; no perciben a la gente como individuos que tienen un valor intrínseco y único. Tienen una visión sociocéntrica y no egocéntrica de la sociedad. La muerte representa, por tanto, la pérdida de una persona como agente moral y social cuyos roles deben ser asumidos por otro para que la vida siga. Estas actitudes llevan a la gente a expresar el dolor en forma de las dificultades económicas resultantes de la muerte de alguien que tenía un rol vital específico dentro del hogar. Siempre me impactó el hecho de que la pérdida de un pariente le pareciera menos perturbadora a una persona K'iché que la pérdida de enseres o de otras propiedades que representan los ahorros de toda una vida de esa familia y que nunca podrán recuperarse tras la muerte del marido. Más de una década después de *la Violencia* estas familias están aún económicamente *atrasadas* y han perdido el control de sus recursos y esto es lo que en la actualidad más les afecta como consecuencia de 'aquel tiempo'.

El énfasis en los roles sociales por encima de los individuales queda ilustrado por las prácticas funerarias que dan al doliente la única oportunidad de expresar públicamente su dolor. Al final de los rituales - que duran nueve días- se espera que el viudo/a se vuelva a casar lo antes posible, dejando atrás el pasado. En el caso de los desaparecidos, a muchas viudas se les niega incluso este breve período de duelo público, dado que no hay restos, y la mujer queda en una posición débil y peligrosa.

En este capítulo se analiza la exégesis que realizan estas mujeres en un intento de dar sentido y entender sus experiencias. Las limitaciones de mi formación occidental resultaron pronto evidentes: construimos el mundo de modos enteramente distintos. Para evitar acabar imponiendo ideas preconcebidas por mí, trabajé con la técnica antropológica clásica de observación participante, que consiste, básicamente, en recoger información local a través de la experiencia directa, combinado con una aproximación a través de 'historias de vida'. Una dificultad adicional era el hecho de que la violencia política en Guatemala, aunque se ha reducido en términos de intensidad y frecuencia, permanece idéntica en esencia. Para los K'iché y otros grupos indígenas la represión ha pasado de una fase aguda a un estado crónico, más '*usual*' en el que la violencia y el terror son '*normales*'. Seguían ocurriendo secuestros, desapariciones y masacres en la zona cuando estuve allí en diferentes momentos entre 1988 y 1990. Esta guerra psicológica, oculta, tiene el efecto de colmar los niveles de terror.

Las viudas K'iché manejaban diversos niveles de explicación de la *Violencia* utilizando uno u otro o combinándolos en diferentes modos, algunos de los cuales se exponen aquí.

Terror y miedo.

Las mujeres de Emol son algunas de las más de 80.000 mujeres que han enviudado por la acción de militares o paramilitares. Han sufrido la muerte o desaparición de sus familiares, algunas veces en masa, violaciones en grupo, ser testigos de atrocidades y actos de tortura. Muchos de estos actos de violencia han sido consecuencia de denuncias, cuando no perpetrados por sus propios vecinos, alentado todo ello por el ejército o las fuerzas paramilitares. Estos supieron aprovechar que la gente K'iché en caso de conflicto suele evitar hablar del tema y tiende a dejar de lado todo el asunto. En ciertos casos la estrategia tradicional pasaba por la consulta a un *brujo* que pondrá en marcha mecanismos de venganza que tienen que ver con fuerzas sobrenaturales. A pesar de que este tipo de solución suele ser eficaz y satisfactoria, acusar a otro con el que se mantiene una disputa larga y antigua, de '*subversivo*' resuelve el problema de una vez por todas.

Las viudas suelen ser estigmatizadas como '*mujeres de la guerrilla*' y sus declaraciones sobre las atrocidades que han experimentado o de las que han sido testigo, son desacreditadas públicamente. Nunca se arresta a los soldados, policías, fuerzas de seguridad y agentes locales responsables pese a que las declaraciones o la exhumación de los restos presentando impactos de proyectiles procedentes de armas de uniformados no deje la menor sombra de duda respecto a la autoría de los hechos. Como consecuencia las mujeres viven en un clima de terror derivado de la impunidad de los asesinos que gozan del ala protectora oficial.

Los términos del discurso.

Los K'iché intentan explicar los hechos ocurridos durante los años de la V aplicando las mismas categorías conceptuales utilizadas en tiempo normal: el tradicionalismo Maya conocido como la *Costumbre* o 'puro' catolicismo, descrito como una síntesis de creencias Mayas precolombinas y catolicismo folclorista español del siglo XV; el '*nuevo*' catolicismo ortodoxo introducido por los misioneros en 1950; y 'la organización' (política). Aunque sólo el 10% de los emoltecos sean en la actualidad *costumbristas*, sus metáforas e imágenes impregnan y son una parte integral del lenguaje K'iché. Así, por ejemplo, desde la *Violencia* 'los militares' se han integrado como una entidad externa a tener en cuenta, como lo pueden ser brujos locales o ancestros malevolentes.

Costumbre. Emol fue completamente *costumbrista* hasta los años 50 en que la llegada de misioneros católicos inició su declinar. El sistema de autoridad dominado por ancianos ha sido suplantado por un sistema más fluido y competitivo en el que han aparecido nuevas figuras: catequistas, promotores de salud, pastores protestantes y, por supuesto, responsables de las patrullas civiles que educan y organizan a la gente K'iché en modos nuevos. Pero mucha gente, a pesar de su actual identificación religiosa, aún se adhiere a la creencia en la *suerte*, el cumplimiento de profecías de retribución y equilibrio respecto a ancestros (*castigo*), las ideas respecto al *mal* que aparece como consecuencia de la *envidia* y del que la *brujería* sería la forma extrema. Estos fueron los términos usados fundamentalmente por la gente para explicar la *Violencia* a ellos mismos, entre ellos y a mí.

Suerte y destino. La *suerte* es el término que con más frecuencia usan las personas K'iché como explicación. Acusar a la *suerte* elimina cualquier responsabilidad de la persona en lo ocurrido, la gente, el superviviente, la víctima o el vecino-perpetrador y coloca la responsabilidad en el ámbito de lo sobrenatural en el que nadie puede hacer nada. La *suerte* condiciona cada aspecto de la vida de una persona determinado el día de su nacimiento, la duración de su vida (la muerte por causa natural es atribuida normalmente a la *suerte*), trabajo etc. Es esencial mantener una buena relación con Dios o con los ancestros para mitigar los efectos de una suerte persistentemente adversa.

Me pregunto a mi misma si el hecho de que la gente fuera asesinada por sus propios vecinos sería por que esa era su suerte... ¿Era su destino el ser condenados por su propia comunidad?. No lo creo, porque eran jóvenes y creo que su destino era vivir un tiempo aún. Quien sabe. Quizás Dios hizo su destino así. (Doña Rosaria).

Creo que esa era la suerte de mi marido [morir] y la mía la de quedar viuda... (Doña Candelaria).

Pensé : si me toman, me toman, y si no, no. Vea, pensé, si me secuestran, no hay nada que yo pueda hacer. Si ha llegado mi hora, ha llegado'. (Doña Manuela).

La creencia en la arbitrariedad del destino es un importante elemento protector entre la gente K'iché. Protege del sentimiento de rabia e impotencia ante una circunstancia no prevista. Ante una pérdida masiva, como la de varios familiares, se asume que no podía haberse evitado lo ocurrido. Esto se une, en consecuencia, a actitudes de resignación pasiva: 'lo que deba suceder, sucederá', 'solo Dios sabe' o 'si es la voluntad de Dios, Dios lo envía'.

El tema de la *suerte* sirve también para comprender algunos conceptos respecto al bien y el mal. El hecho de que uno sea bueno o malo depende de la *suerte* que le tocó al nacer. En este sentido se ve a Dios como a alguien que permite que se haga el mal. Dios permite que el mal exista y aflore en ciertos momentos para poner a prueba la fe de los hombres. Aquí se produce una confusión de visiones del mundo: la doctrina cristiana occidental del libre albedrío establece que es la persona quien elige entre el bien y el mal, independientemente de la *suerte* que le tocó al nacer y que serán juzgados por Dios en función de sus actos. Pero mucha gente mantiene en este punto una visión sincrética y afirman, por ejemplo, que la *Violencia* ya estaba escrita en la Biblia y que debía ocurrir porque así era el destino aunque el curso de los hechos no tiene porque estar determinado y el hecho de que una persona sea secuestrada o asesinada puede o no puede serlo.

El concepto de *suerte* refleja también la precariedad de la vida K'iché. La vida es corta (la esperanza de vida está por debajo de los 50 años). Como consecuencia de la malnutrición, de enfermedades crónicas, de la falta de recursos de salud, de agua potabilizada, de médicos y disponiendo solo de fitoterapia básica, la gente muere como consecuencia de accidentes simples o de infecciones. Aunque sean en ocasiones conscientes de algunas de estas causas de muerte, el fallecimiento se sigue atribuyendo en última instancia a la *suerte*. A ello se añade la falta de información sobre el contexto político nacional, político o histórico en el que aparece la *Violencia*. Una viuda desinformada es más probable que apele a la *suerte* que otra más politizada, aunque, de todos modos, ésta última también probablemente acabará pensando en términos de *suerte* como última explicación causal.

Castigo en relación con los ancestros. La gente que defiende que los antepasados son los responsables de la aparición de la *Violencia* se está acusando a sí mismos, bien individual, bien colectivamente, por sus dolores. Divergen las opiniones respecto al grado de involucramiento de los antepasados: para algunos las muertes individuales ocurridas en este período son el resultado de un castigo ancestral; para otros lo que está ocurriendo es provocado por los antepasados o por Dios como castigo a una sociedad que va por una senda equivocada (por ejemplo por haber abandonado el camino católico correcto); en esta exégesis la *Violencia* es un mensaje de los ancestros que señala a la gente que deben cambiar. Los adivinos (*aj q'ij*) fueron los que facilitaron esta interpretación de la *Violencia*, poniéndola de este modo en relación con la noción de enfermedad (*yabil*). La *Violencia* sería enviada, como una enfermedad, por antecesores enojados como un castigo potencialmente letal por los pecados de los vivos. Una mujer me dijo: '*porque nos odiamos los unos a los otros, vino la Violencia. es por nuestros pecados*'. Un *aj q'ij* explicó que tanto la *Violencia* como la enfermedad ocurren por '*el abandono de la costumbre*' y decía a sus clientes que ellos '*habían creado sus propios problemas*'.

El uso de la palabra *yabil* indica que quien habla cree que el agente causal de la *Violencia* es el mismo que el de la enfermedad: los antepasados o Dios. *yabil* y su conexión con la ira de los antepasados es, por tanto, una afirmación de la degeneración moral percibida por la sociedad K'iché. La gente que expresaba estas ideas sentía que sus vidas no seguían el camino correcto y que por tanto merecían que los antepasados les corrigieran. Una viuda mantenía que las mujeres resultaron menos afectadas porque eran moralmente correctas : '*Fue mandada (la Violencia) por nuestros antepasados que querían castigar a los hombres que peleaban y a los que tenían más de una mujer*'

Bajo esta perspectiva el infortunio es percibido, en última instancia, como decidido por los ancestros y fuera del control de la persona, lo que significa eliminar los sentimientos de culpa y la responsabilidad. La creencia en los ancestros provee de '*un esquema institucionalizado de creencias y prácticas por medio del que los hombres pueden aceptar un cierto grado de responsabilidad respecto a*

los que les ocurre y al mismo tiempo sentirse libres de culpa porque las vicisitudes de la vida escapan a su control directo' (Fortes, 1959:29). La creencia, además, de que el mundo es justo y que lo que los ancestros proclaman es justo, mitiga también de algún modo la rabia (cf. ibid:31). Es el aj q'ij el que "provoca un alivio inmediato adivinando la causa de los problemas de la gente y en el caso de un agente sobrenatural, el que indica que pasos deben darse para solucionarlo' (ibid:10). Las indicaciones del aj q'ij 'no permiten a los hombres controlar su destino, sino simplemente les ayudan a restablecer el equilibrio perdido' (ibid:5). Por tanto, la persona en lugar de sentirse desbordada por la rabia por las masacres cometidas por el ejército o las patrullas civiles, puede ver las muertes como un acto retributivo de Dios o de los ancestros y simplemente pedir perdón. De todos modos el aj q'ij puede, por ejemplo, decirle a una persona que su problema fue debido tanto a un castigo de los antepasados como al ataque de un brujo provocado por la *envidia*.

Envidia. La *envidia* es el agente causal de la *Violencia* citado con más frecuencia. La gente que utiliza esta explicación acusa a los demás miembros de la comunidad de su desgracia.

La *envidia* (tiqtil) significa "malos sentimientos que uno tiene por no ser igual a otro". Un anciano me dijo que la *envidia* "aparece entre los pobres que no tienen nada". La *envidia* parece pertenecer a todos los aspectos de la vida K'iché. El denominador común de todas las instancias de la vida cotidiana en que se utiliza la *envidia* como explicación es la relación con la percepción de una amenaza al 'equilibrio' comunitario. Las relaciones que se citan más frecuentemente como causa de *envidia* son las discrepancias en términos de salud, de prestigio o de popularidad, lo que se expresa a través de rumores (los *chismes*) y de las acciones de *brujería*. En el contexto de la *Violencia* la *envidia* también se expresa en forma de falsas acusaciones, de traiciones o de calumnias.

La *envidia* pertenece a las relaciones entre la gente y la gran importancia dada socialmente a la conformidad. Siempre suele estar la *envidia* tras la muerte de alguna persona en Emol, como por ejemplo en el caso del marido de Doña Eugenia: "Tenían *envidia* porque a él la vida le iba bien, por eso lo mataron". Como un modo de racionalizar la muerte llevada a cabo por la propia gente de la comunidad, la *envidia* ilustra que no ser conformista y sumiso era considerado peligroso; ser diferente llevaba a acusaciones de "subversión", siempre entremezclado con acusaciones de *envidia*.

En otra ocasión doña Eugenia comentó que pensaba que su marido había sido denunciado por "una mujer que quiso casarse con él hace muchos años"; una vez más el motivo era la *envidia*. No fue la única mujer que me dio la impresión de que no era raro buscar las raíces de la *Violencia* en viejos problemas - en este caso, de hace más de cuarenta años -. La *envidia* se entremezcla con la venganza, las rivalidades tradicionales y el descontento.

Algunas mujeres expresaban la idea de que casi toda la comunidad era responsable de la violencia de un modo directo o indirecto. La *envidia* se les había ido de las manos y todos sospechaban de todos echando mano de viejas disputas; como resultado se había desarrollado una desconfianza profunda dentro de la comunidad. El mismo esquema podía aplicarse a la hora de buscar explicación a los acontecimientos a escala nacional. El mal, perpetuado por el ejército, tenía sus raíces en enemistades locales, feudos y vendettas expresadas como *envidia*. La gente local era vista como atrapada - o, peor aún, obteniendo beneficios- de esta situación en el que los asesinatos - por patrulleros - que eran gente local -, o por otras personas de la comunidad que buscaban resolver agravios personales- tenían lugar con impunidad y aquiescencia.

Dado que la gente se vio forzada a alinearse de un modo u otro, el concepto de *envidia* comenzó a aplicarse a estos nuevos modos de agruparse y se habla así de que "los protestantes tenían *envidia* de los católicos y por eso los mataron" o de la existencia de *envidia* entre aldeas o municipios.

La *envidia* es también usada como exégesis cuando no hay otra explicación plausible mejor: 'Quien sabe... sería *envidia*'. Esto no es nuevo: el concepto de *envidia* servía, desde antes de la *Violencia*, para explicar lo inexplicable: los casos de muerte súbita, de enfermedades incurables etc. Cómo tal es una expresión de inocencia y exculpatoria de los ancestros a los que, en este caso, no se ve como responsables.

Atribuir las calamidades a la *envidia* también significa disimular el contexto político de los hechos. En otras palabras, atribuir la *Violencia* a la *envidia* puede ser también una estrategia autoprotectora, una expresión de neutralidad política; y que además no dice nada al oyente acerca de la ideología o del posible lineamiento político de la víctima. En resumen, a corto plazo es posible que la

aplicación del lenguaje ordinario a circunstancias extraordinarias sea una manera de hacer que lo incomprensible sea comprensible y además, seguro.

Catolicismo. Una nueva oleada de misioneros católicos llegó a Latinoamérica - y a Emol- en los cincuenta y ganó muchos conversos. Los sacerdotes introdujeron nuevos conceptos respecto a lo que debía ser el desarrollo social y económico de las comunidades y desempeñaron un papel activo en la promoción de las uniones campesinas y otras nuevas formas de organización de la comunidad, acarreado la enemistad del gobierno hacia ellos mismos y hacia las personas que seguían estas nuevas concepciones religiosas. En el momento actual menos del veinte por ciento de los habitantes de Emol son católicos practicantes y muchos de ellos se han convertido a sectas católicas carismáticas que comparten muchos de los presupuestos y asunciones evangélicas de las sectas protestantes favorecidas por los militares.

Algunas mujeres me comentaron que sus hombres fueron asesinados o secuestrados por su trabajo o el de sus familiares como catequistas o por ser miembros activos de grupos de acción católica. Los sacerdotes promovieron esta visión de la *Violencia* y de las muertes. El dolor de doña Eugenia por la muerte de su marido y de su hijo disminuyó después de que el sacerdote local le dijera: "*Los mataron del mismo modo en que mataron a Jesucristo, por decir la verdad*".

Se habla directamente de la inocencia del hombre muerto en conversaciones privadas con estas mujeres: eran "hombres buenos", los "buenos cristianos" que fueron asesinados a pesar de que no habían cometido ningún pecado. Pero las explicaciones de las mujeres y la visión de sus maridos como mártires no son consistentes; tienen memorias ambivalentes de los muertos. Hay momentos en que la viuda ve efectivamente a su marido de un modo idealizado, como un mártir; en otros se pregunta si fue un 'pecador' (guerrilla). El hecho de que muchas mujeres no supieran de modo exacto el grado de implicación de sus maridos con la guerrilla (si es que en algún momento éstos llegaron a tener alguna) exacerbaba las dudas y la ambivalencia de estas mujeres. Incluso las viudas de los catequistas o de los promotores de salud católicos no sabían de las actividades políticas de sus maridos por la simple razón de que la 'organización' era una actividad 'externa' y por tanto algo que los hombres consideraban que no era incumbencia de sus mujeres.

Muchos católicos pueden aceptar que sus desgracias tienen un valor positivo por esa semejanza entre el destino de sus familiares y el sufrimiento de Cristo o de los santos. Los santos se caracterizaron por ser "*gente muy buena que fueron torturados y muertos sin ninguna razón*". Interpretar las muertes como un martirio es impactante para muchos católicos y además enlaza con el martirio de Tecúm Umán, el último héroe maya del período de la conquista. La muerte en el presente es, de este modo, enlazada con un tiempo indiferenciado de héroes, orígenes y mitos en orden a reinventar la tradición, a conectar los hechos del presente con los del pasado de un modo nuevo. Esta conexión da un significado a los hechos. Viendo el sufrimiento propio dentro de un contexto histórico y dotándole de un significado moral lo hace más tolerable.

La visión de estas mujeres de lo ocurrido como un martirio va más allá de la doctrina católica, enlazando con las creencias mayas tradicionales de que el sacrificio constituye el mejor camino a la virtud. Las mujeres explicaban que los pecados de sus maridos muertos serían borrados porque murieron "*diciendo la verdad*".

La organización (política). Estar 'organizado' cubre un amplio rango de actividades, desde simplemente participar en clases de alfabetización o apoyar algún programa de salud hasta ser miembro de la guerrilla. Hoy en día las mujeres son conscientes de la conexión entre la *Violencia* y la 'organización' pero rechazan que haya ninguna relación entre la implicación de sus maridos y la 'subversión'.

Antes de la *Violencia* hubo un fuerte apoyo al movimiento popular en Emol. Las mujeres, de todos modos, fueron mayoritariamente excluidas de las actividades políticas no solo por su posición dentro de la estructura social sino también por su mayor tasa de mono-lingüismo (el lenguaje del movimiento popular es el castellano). Algunas mujeres se concienciaron antes de la V y más lo han hecho desde entonces. Cualquier mujer con un familiar desaparecido se ha, de un modo u otro, politizado, aunque lo más cercano a una explicación política que la mayoría de estas mujeres han elaborado es a través de analogías bíblicas. Esto traduce el hecho de que la mayoría de estas mujeres oyeron hablar por primera vez de la *Violencia* a los catequistas, quienes tradujeron los hechos de modo que fueran comprensibles para la gente local.

Cuanto más politizadas, más tendencia de las mujeres a ligar los hechos de la *Violencia* con la 'organización' y con las fuerzas armadas y menos con los antepasados y Dios. En esta interpretación la *Violencia* es vista como el resultado de los efectos malevolentes de desear los recursos de los ladinos (*envidia*) y los asesinatos a manos de los militares como el *castigo* por el error de colaborar con los denominados subversivos. La tendencia autoinculporatoria que hay en el concepto de castigo de los ancestros parece haber hecho a la gente más susceptible a la manipulación de los militares y los jefes de patrulla de los conceptos K'iché de transgresión y pecado y de su predisposición para aceptar su responsabilidad o la de sus familiares por sus desgracias. En este contexto, los militares y sus cómplices actúan como autoridades omnipotentes, decidiendo quien debe ser acusado y aplicando el correspondiente castigo. Muchas mujeres aceptaron esta nueva interpretación del universo social; así, las oí cuestionarse a sí mismas por el hecho de haber estado en algún momento involucradas en algún tipo de 'organización' y arrepentirse de ello. Una frase típica de este tipo de tendencia sería '*fue por nuestro error que sufrimos... porque permitimos a la guerrilla entrar en la comunidad*'. Estas mujeres hablan incluso de sus propios '*malos*' sentimientos de rabia - que se considera peligrosa no solo para la persona que la experimenta sino también para cualquiera que esté físicamente cerca en ese momento- : las '*malas*' reacciones de la mujer a un '*castigo*' previo pueden explicar la aparición de pérdidas futuras (y de humillaciones por parte de las nuevas autoridades de la aldea). Así, hay veces que las mujeres ven las atrocidades que se cometieron durante la *Violencia* como una tristeza que apareció como consecuencia de sus propios sentimientos "*malos*" ante lo que ocurría. La razón para este tipo de respuestas tiene que ver con la culpabilidad causada, por ejemplo, por su incapacidad para salvar a su hijo adulto de la muerte violenta.

El hecho de que en las mismas personas coexistan las explicaciones tradicionales basadas en la suerte, la envidia etc con otras que tienen más en cuenta el contexto más amplio de opresión económica, social y política indica el carácter transicional del pensamiento de la gente.

Otras fuentes. La insuficiencia del discurso familiar llevó a alguna gente a buscar otras fuentes de información. Alguna gente devoraba ávidamente las noticias que llegaban de los medios de comunicación (especialmente la radio), los activistas, el ejército (directamente o a través de las patrullas civiles) y los rumores: todo se incorporaba a la estructura de significado. Otros recurrieron a las fuentes de explicación tradicional, como la contenida en el Popol Vuh, un texto maya del siglo XVI revivido para explicar los hechos actuales.

Otras personas leyeron el significado en sueños y signos sobrenaturales. Esta es una práctica tradicional, a pesar de que la interpretación de los signos divinos es el rol oficial del aj q'ij. Algunas mujeres me dijeron que, una vez se desencadenó la *Violencia* empezaron a recordar las predicciones de sus mayores o avisos que podían verse en pasajes de la Biblia. El reconocimiento de su valor premonitorio ocurría de un modo retrospectivo: las mujeres decían que a pesar de que habían sido avisadas de lo que iba a ocurrir no pudieron entender el significado porque este era oscuro y estaba desconectado del contexto en aquel momento. Algunas mujeres hablan de visiones como sueños en el que habían sido visitados antes de su muerte o de la desaparición; las mujeres se dieron cuenta, de un modo retrospectivo de que esto era un 'signo' de su inminente partida de este mundo. La predicción es construida de modo retroactiva y confirmada retrospectivamente. La gente no se lamenta de su incapacidad para leer estos signos sino que intentaban adquirir un cierto sentido de control de la situación al reinterpretarlos ahora. Pero esa incapacidad si generaba ansiedad respecto a un mundo que se había vuelto mucho más punitivo e impredecible.

La interpretación de la Violencia.

Las explicaciones de la gente respecto a las causas de la *Violencia* no son estáticas; operan de acuerdo a diferentes exégesis simultáneas. Cada explicación es una versión de la verdad tal como se entiende en ese momento. Esta aparente confusión e inconsistencia reflejan la tolerancia K'iché hacia las explicaciones alternativas y, por supuesto, la necesidad de negociar y renegociar el significado de la *Violencia*. La gente varía en sus exégesis del mismo fenómeno dependiendo del contexto - con quien están hablando, el nivel al que escogen profundizar en su interpretación etc. -. Las explicaciones dependen también de aspectos mudables como el estado de ánimo de la persona, que está pasando en sus

vidas en ese momento - otra muerte, la exhumación de una fosa clandestina por ejemplo -. Las exégesis dependen también del estado psicológico de la persona: en el caso de una viuda, por ejemplo, del punto en el que esté en su proceso de duelo. Ser un perpetrador o una víctima afecta también la exégesis que se realice, así como el carácter de los hechos. La desaparición de una persona deja mucho más espacio abierto a la especulación, proyectando los peores miedos en ese espacio vacío.

En diferentes momentos la gente percibe la situación y a los presentes (incluyéndome a mí) como amenazantes. La gente K'iché suele utilizar términos deflectivos y tiende a ser reticente a hablar acerca de la *Violencia*. La gente algunas veces se veía compelida a darme algún tipo de respuesta por miedo a ser sospechosa de estar ocultando algo; otras veces las personas aparentaban ignorancia contentando 'quien sabe'. Esta es la respuesta más segura posible que se puede dar a un interlocutor que no está claramente marcado políticamente o que es visto con un cierto grado de sospecha; es una respuesta que puede reflejar el deseo de minimizar el riesgo de ser percibido como simpatizante de uno u otro bando. Más que reflejar un vacío de significado 'quien sabe' es simplemente un modo de expresar neutralidad. Otras veces esta respuesta refleja una visión muy desesperanzada de las cosas: quien sabe quien ocupó su lugar, quien sabe cuando, quien sabe qué es verdad y qué es mentira... La respuesta a una pregunta puede ser un campo minado.

La reconstrucción del significado. El marco bio-médico ignora las respuestas determinadas por las concepciones locales que son fundamentales para la comprensión de los hechos traumáticos y sus consecuencias. Las interpretaciones son las que guían los actos: la gente que cree en Dios y/o los antepasados, tanto si estos actúan como protectores o como castigadores, creerán firmemente que las oraciones les salvarán, y rezarán día y noche. El alivio derivado de rechazar cualquier tipo de responsabilidad que conlleva dejar todo en las manos de Dios o de los ancestros encuentra su offset por la falta de un sentido de autofortalecimiento que es reforzado por las exégesis que contemplan al menos algunos aspectos políticos en las causas de la *Violencia*. La gente que cree que sufrieron por brujería visitará al aj q'ij para solicitar rituales de protección; la gente preocupada por la *envidia* o por *calumnias* actuarán con modestia y de modo discreto y tenderán a creer a muy poca gente y a dar muy poca información sobre ellos mismos. La creencia en la *suerte* raramente llevará a realizar acciones positivas de confrontación, aunque puede llevar a formas de resistencia pasiva: la gente rechaza bailar a los acordes que dictan las nuevas autoridades en la creencia de que el momento de su muerte está predeterminando, si bien no hay que olvidar que en esto último siempre hay algo de justificación a posteriori, dado que con frecuencia la gente no hizo nada porque en realidad nada se podía hacer.

Utilizar formas familiares de exégesis coloca límites a adquirir mayores conocimientos respecto a lo ocurrido y enmarca la experiencia en un contexto familiar. Pero estas exégesis causales borran el intento violento de las fuerzas militares atribuyendo los hechos a una causa conocida de muerte y colocando entre paréntesis cualquier acción social de respuesta. Todas estas explicaciones preservan el estatus quo diluyendo el papel de hechos históricos y económico-políticos substanciales.

La gente que no puede escapar del sufrimiento quedan aisladas en sus condiciones físicas y emocionales, deprivadas de ningún vehículo que les permita dar significado a su dolor y hacerlo más sufrible. El duelo de la gente es más intenso cuando no es posible encontrar una explicación e integrar el pasado. El duelo se resuelve sólo cuando se puede dar un significado a la muerte (Eisenbruch 1984:31). Los sistemas de pensamiento que siguen la lógica del 'sentido común', como los que subyacen a la civilización médica tienen sus limitaciones porque "*los hechos a través de los que vivimos van más allá del poder de nuestros conceptos morales, emocionales e intelectuales para comprenderlos*" (Geertz 1968:101).

Conclusiones. A pesar de que la antropología tras un período de violencia no pretende incidir sobre el individuo o a la comunidad como los psicólogos, los psiquiatras o los trabajadores de las ONG's, puede ser también un agente de cambio social documentando los testimonios de las experiencias individuales o colectivas de terror y actuando de intermediarios entre los supervivientes y el mundo exterior (Falla, 1992). No hacerlo sería un "*acto de indiferencia*". Es necesario admitir que es difícil en un contexto de intensa guerra interna en la que "*no se permite que haya neutrales*" (Nash 1986:150) encontrar un punto de distancia de los horrores de la guerra desde el que "*no se meta dentro de ti [...] y a la vez no colocándose tan lejos de la realidad clínica que acabemos sustituyendo una forma de terror por otra*" (Taussig 1990:3). Puede ser difícil encontrar una posición desde la que hablar y escribir sobre la

represión, una posición que puede estar "contigua con la que está siendo representada y no...suspendida por encima o distante de lo representado...que el saber sea darse a uno en relación a un fenómeno más que pensar sobre él desde la distancia" (Taussig 1992:10).

Creo que la perspectiva antropológica es esencial a la hora de entender el impacto psicosocial de la violencia si uno tiene en cuenta que "la ontología de la violencia - la experiencia vivida de violencia- y la epistemología de la violencia, las vías de conocimiento y reflexión respecto a la violencia- son inseparables. La experiencia y su interpretación son inseparables para el perpetrador, la víctima y el etnógrafo" (Robben y Nordstrom 1995:4).

La comprensión a la que los antropólogos llegan así como su metodología de trabajo a través de la experiencia directa, el intento de dibujar el mapa del universo psicológico y social de las víctimas facilita un encuentro menos alienante entre todas las partes involucradas y es más plausible que brinde información sobre la persona que sea usada para fines significativos y positivos que no una aproximación que tome menos en serio el punto de vista de los otros.

Bibliografía

- Eisenbruch, Maurice. 1984. ACross-cultural Aspects of Bereavement. II: Ethnic and cultural variation in the development of bereavement practices@, in *Culture, Medicine, and Psychiatry* 8:315-347.
- Falla, Ricardo. 1980. *Quiché rebelde. Estudio de un movimiento de conversión religiosa, rebelde a las creencias tradicionales, en San Antonio Ilotenango Quiché (1948-1970)*. Colección >Realidad Nuestra=, Vol. 7. Editorial Universitaria de Guatemala. Guatemala: Universidad de San Carlos.
- CCC. 1984. *Massacres in the Jungles. Ixcán Guatemala, 1975-1982*. Colorado: Westview Press.
- CCC. 1988. AStruggle for Survival in the Mountains: Hunger and other pri- vations inflicted on internal refugees from the Central Highlands@, in R.M. Carmack, ed., *Harvest of Violence*. Pp. 235-255. Norman and London: Uni-versity of Oklahoma Press.
- Fortes, M. 1959. *Oedipus and Job in West African Religion*. Cambridge: Cam-bridge University Press.
- Geertz, Clifford. 1968. *Islam Observed. Religious Development in Morocco and Indonesia*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Grele, Ronald J., et al. 1985. *Envelopes of Sound: The Art of Oral History*. Chi-cago: Precedent Publishing.
- Hobsbawn, Eric. 1973. APeasants and Politics@, in *Journal of Peasant Studies* 1(1):13.
- Nash, June and Helen Safa. 1986. Eds Women and change in Latin America. South Hadley, Mass. Bergin and Garvey.
- Scheper-Hughes, N. 1992. *Death Without Weeping: The Violence of Every-Day Life in Brazil*. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press.
- Taussig, Michael . 1984. ACulture of Terror C Space of Death: Roger Casement=s Putumayo Report and the explanation of torture@, in *Comparative Studies of Society and History* 26:467-497.
- CCC. 1990. ATerror as Usual: Walter Benjamin=s theory of history as a state of siege@, in *Social Text* 23:3-20. Reprinted in M. Taussig (ed.), 1992, *The Nervous System*. Pp. 11-35. London: Routledge.
- Tedlock, Dennis, trans. 1985. *Popul Vuh: The Definitive Edition of the Mayan Book of the Dawn of Life and the Glories of Gods and Kings*. New York: Simon and Schuster.
- Wagley, Charles. 1949. *The Social and Religious Life of a Guatemalan Village*. Menasha, Wis.: American Anthropological Association Memoir No. 71.
- Williams, Raymond. 1977. *Marxism and Literature*. Oxford: Oxford University Press.

Discusión.

Pau : Judith ha presentado conceptos como la Costumbre, la Relación de las interpretaciones y los modos de afrontamiento con las creencias y la cosmovisión... que son generalizables a la mayoría de las poblaciones indígenas. A partir del ejemplo maya se pueden extrapolar gran parte de esos conceptos a otras culturas y tenerlos en cuenta en el trabajo en otros países que no son Guatemala. El trabajo de Judith es un ejemplo de una metodología de tipo antropológico, ha aportado una gran riqueza de datos que han partido de estar un tiempo conviviendo con un grupo muy pequeño de menos de diez mujeres. Me gustaría algún comentario tuyo sobre el método antropológico de trabajo, sus ventajas e inconvenientes.

Por otro lado creo que algunas de las interpretaciones que haces son excesivamente funcionalistas. Por ejemplo, el concepto de *envidia* es un concepto universal en todas las sociedades pequeñas, que se encuentra en los cinco continentes, en la mayoría de culturas pequeñas incluyendo la rural europea. Por eso, el decir que la envidia es una estrategia protectora, una manera de no hablar de la realidad, creo que es una visión idealizada. En las sociedades pequeñas uno se fija en lo que hace el vecino y atribuye sus problemas al vecino, el gran contexto político queda muy lejos de la realidad.

La envidia es una atribución de causalidad lógica cuando se funciona en pequeño grupo y se puede aplicar a la represión política como a otros muchos contextos. Por otra parte la palabra envidia tiene unas connotaciones negativas que no reflejan de modo justo el concepto. Estoy de acuerdo con lo que tu indicabas que el concepto de *envidia* tiene que ver más con la ruptura de equilibrios (con la familia, la comunidad, los vecinos...) y la disarmonía que con un sentimiento negativo de querer apropiarse de lo que los demás tienen... necesitaríamos horas para hablar del concepto de envidia en las sociedades pequeñas, pero desde luego el primer paso sería buscar un término más afortunado.

Judith: Respecto a lo primero, mi trabajo está basado en más de diez viudas. Lo que hice fue trabajar estrechamente con siete de ellas y lo que me pareció más interesante, más inusual o lo que más me sorprendió lo exploré en otras personas para ver si tenían puntos de vista similares. Creo que hay que seguir este método especialmente cuando se trabaja con gente de una cultura tan distinta a la tuya. El problema aparece cuando se pretende crear modelos y generalizar. A lo mejor no es muy efectivo, que es lo que le interesa a las ONGs, pero es útil y espero que otras personas puedan utilizar el trabajo de personas como yo. En cuanto a la envidia, no quise decir que se utilizara siempre como una estrategia protectora pero sí en algunas ocasiones. Había más tendencia a utilizarla así cuando la gente no tenía una visión nacional de lo que les estaba pasando.

Isabel: No sé en qué medida la envidia, la suerte y la arbitrariedad de los eventos pueden ser tratadas sólo como creencias y me pregunto en qué medida son situaciones reales. Creo que en los procesos políticos se enlazan las realidades nacionales de los militares y políticos con los conflictos locales y las historias particulares. En Venezuela hay casos de personas que querían la vivienda del otro y lo denunciaban a la policía por motivos criminales o políticos. Hay una realidad nacional pero también hay una realidad local donde la envidia es bien concreta y la suerte también. Otra cuestión es que en un contexto donde las explicaciones son tan autoculpabilizantes y donde la responsabilidad es asumida de una manera tan negativa ¿Cómo se construye un significado que haga posible asumir la pérdida y admita un proceso de reconstrucción de la vida?

Judith: Si miramos el contexto histórico de Guatemala, no empezando con la violencia sino más atrás, vemos que los indígenas durante siglos han estado asumiendo la culpa de distintas cosas, por lo tanto no es sorprendente que en esta situación hagan construcciones que les lleve a sentirse tan culpables. Sobre cómo ayudarles a que hagan una reconstrucción más positiva de la vida, creo que hay que tomar una perspectiva histórica y hacerles entender su posición en la sociedad y por qué tienen esa posición y no solo actuar desde un punto de vista clínico o psicológico.

Carlos: Quiero apoyar parte de lo que Judith dijo sobre las explicaciones de la violencia y decir algunos matices que faltarían por recoger. En el proyecto de la Reconstrucción de la Memoria Histórica recogimos unos cinco mil testimonios de lo que la gente piensa sobre por qué pasaron los hechos. En parte salen cosas que apoyan lo que Judith decía: la primera causa, en cuanto a frecuencia de atribución de causalidad de la represión, es que lo acusaron de ser guerrillero. Después salen explicaciones como la envidia y otras de que no saben por qué sucedió. Con menor frecuencia salen explicaciones relativas al poder de las patrullas civiles o las fuerzas armadas. Por último hay explicaciones más globales, más sociales, como que la causa es el gobierno o por el problema de la tierra, etc...O sea que hay una explicación más tendente hacia lo local que hacia lo general, la gente usa parte de sus propios conceptos culturales para dar sentido a la experiencia. Pero además hay otras cosas que inciden en que la gente diga que esas cosas son más frecuentes, como la relación entrevistador- entrevistado que mediatiza lo que a tí te cuentan sobre lo que han vivido. El tipo de versión que van a dar está en función de la imagen que tengan de tí, de la confianza que te tengan. También influye el contexto político en el que la gente habla. Muchas veces la gente va a decir “no se” porque es lo que ha dicho durante 15 años para sobrevivir. Otra cuestión relevante es el hecho de que se utilizaron determinados conflictos previos y determinados problemas interétnicos o interpersonales como una forma de lograr un mayor control de la población ya sea a través de las patrullas, de las sectas religiosas... Guatemala es un país en el que se han experimentado muchas formas distintas de control social que ha retejido una dinámica comunitaria y eso hace que en muchas de las explicaciones no sea un problema de envidia sino que las relaciones entre las personas fueron

usadas políticamente de una determinada manera para generar conflicto entre la gente. Entonces la gente echa mano del concepto de envidia, no solo porque tenga que ver con un concepto cultural que en otras condiciones le ha ayudado a entender la situación sino porque los conflictos interpersonales, interétnicos, etc... fueron utilizados políticamente para generar control.

Judith : Quiero añadir que cuando tu recogiste los testimonios era en una época distinta de cuando yo lo estuve haciendo, hace 8-9 años, cuando las cosas estaban peor que ahora, así que pienso que la gente hoy se siente más segura para dar algunas de las explicaciones que has comentado. También hay que tener en cuenta con quien estás hablando (mujeres, hombres, uni o bilingües), cómo te perciben, de qué periodo de tiempo se trata y de qué lugar.

Florentino: Has dicho que apelar a la mala suerte, a lo sobrenatural, podría tener orígenes mayas pero para mí tiene también resonancias católicas; no católicas de la teología de la liberación ni de los movimientos carismáticos, pero si de siglos de teología católica tradicional que hacen que aquí todavía se siga hablando de Dios lo ha querido, resignación cristiana, etc...

Isabel: Creo que la discusión supone que hay una realidad objetiva que existe de una manera independiente de las explicaciones y que están las explicaciones que representan, esconden o distorsionan esa realidad. Yo creo que las interpretaciones son construcciones de la realidad, son construcciones que no existen separadamente de la realidad porque son la realidad. Estamos mediados por gran cantidad de interpretaciones, de significados muy propios de esta cultura científica positivista que todos rechazamos, por ejemplo, al hablar de la suerte de un modo identificado con la impotencia asumimos una ilusión de omnipotencia que tampoco es real.

Carlos Martín Beristain. Afirmación y Resistencia. La comunidad como apoyo^f

-Tu tienes la cabeza llena de gabetas, de cajoncitos -me decían-, en las que metés y sacás cosas. En una las ideas, en otra la lucha, en otra el trabajo.

-Y ¿cómo es pues? -les preguntaba yo.

-Pues cómo va a ser, redonda en vez de cuadrada como vos.

(Gurriarán, J.)^g

El objeto de esta ponencia es plantear algunos de los principios del trabajo comunitario como recurso central para enfrentar las consecuencias de las experiencias de la violencia organizada: los principios generales que deberían caracterizar los programas psicosociales en su relación con las poblaciones afectadas poniendo énfasis en las formas de afrontamiento de las experiencias traumáticas.

La victimización se ha convertido en un mecanismo político de control de la población civil y sus expresiones organizativas, en el marco de dictaduras y conflictos armados internos en Latinoamérica y otras muchas partes del mundo. Sin embargo, señalar políticamente la victimización no tiene por qué conllevar la consideración de las personas y poblaciones afectadas como víctimas pasivas. Incluso en los momentos más críticos, las personas pueden desarrollar algunos mecanismos para enfrentar la situación.

Comprender la experiencia de la gente. La ayuda humanitaria y los procesos de acompañamiento, deben empezar comprendiendo cómo las personas viven, interpretan y reaccionan a estos acontecimientos. Tanto las víctimas como quienes tratan de ayudar, interpretan lo que sucede y responden a la situación de emergencia, en base a la influencia de su cultura. Las víctimas de desastres y la represión política, dan sentido a lo que les está ocurriendo basándose en las interpretaciones familiares conocidas, aprendidas a través de la inculturación y la socialización, que se aplicaban también en tiempos normales.

La primera necesidad: la dignidad. La violencia organizada trata de eliminar la dignidad de la gente. Ya sea de una manera individual, como en el caso de la tortura o colectiva, como en el caso del genocidio. Los procesos de acompañamiento y programas de ayuda humanitaria y desarrollo deben tener en cuenta esta restitución de la dignidad como un elemento central de sus acciones. Por ejemplo, muchos de los programas de ayuda para los refugiados en el país de asilo se desarrollan de una manera autoritaria, en la cual los refugiados son recluidos y mantenidos en una situación de dependencia económica, lo que aumenta, en vez de aliviar, los efectos de los acontecimientos experimentados previamente (Brody, 1994)

Las experiencias de afirmación de las poblaciones afectadas

Consideración global de la experiencia

^f Las siguientes reflexiones y propuestas están basadas tanto en la sistematización de experiencias de trabajo en Guatemala, como en la síntesis de los siguientes trabajos colectivos: Martín Beristain C. & Donna G. (1997) Psychological approach of the humanitarian aid, ECHO; .Martín Beristain C., Páez, D. & Valdoseva, M (1996) Coping with fear and loss at an individual and collective level. En Perren-Klinger (ed.) Trauma: From Individual Helplessness to Group Resources. (1996) Haupt, Viena; Herrera, W., Flores, A., Cabrera, R. & Martín Beristain C. (1996). Asistencia a las víctimas de la violencia organizada (mimeo).

Agradezco a Pau Pérez, las numerosas sugerencias con las que ha enriquecido este trabajo.

^g Testimonio de J. Gurriarán. En Martín Beristain, C. (1997). Viaje a la memoria. Ed Virus: Barcelona.

a. *Experiencias comunes.* Muchas de las reacciones y efectos que presentan las poblaciones afectadas, a menudo se describen en términos de síntomas o problemas psicológicos, pero pueden ser reacciones normales frente a situaciones anormales (Perren-Klinger, 1996). Esto no significa negar los problemas, sino reconocer el hecho de que no se puede reducir la experiencia de las personas a un conjunto de síntomas.

b. *La experiencia traumática y los factores actuales de estrés.* La consideración de la experiencia traumática no puede descontextualizarse de sus consecuencias o del conjunto de problemas económicos y sociales que viven las poblaciones afectadas. En la experiencia de recogida de testimonios sobre la violencia llevada a cabo por el proyecto de Recuperación de la Memoria Histórica Remhi (Guatemala, 1995/96), a las experiencias traumáticas que ha vivido la gente se suman muchas veces la situación de pobreza y la falta de recursos posterior, como factores asociados de estrés.

c. *Capacidad de sobreponerse* Sin embargo, a pesar de todas las dificultades, la mayoría de sobrevivientes de hechos traumáticos, incluyendo las situaciones de violencia sociopolítica extrema como los campos de concentración, suelen encontrarse bien adaptados años después (Janoff-Bulman, 1992; Silver & Wortman, 1989).

La experiencia de distintos grupos de población

Los niños y niñas, además de sufrir sus propias experiencias traumáticas, son especialmente sensibles a la desorganización familiar y a los efectos de la guerra y la represión política en sus padres (Desjarlais, 1993). Sin embargo, los niños con un adecuado soporte social y familiar, tienen menos problemas y síntomas a corto plazo aun cuando se enfrentan a situaciones de alto estrés (Dawes, 1990).

Los niños están bien en la comunidad. Los niños juegan pelota, estudian en la escuela. Están tristes por el ejército, porque mataron a los padres, a los hijos y a otras personas. Los niños quieren alimentación para que no estén tristes. Los niños ayudaron a los heridos, los cargaron a la clínica. Que les vaya bien! Los niños lo van a mandar un saludo a toda la comunidad. (Taller con niños, Comunidad Aurora, Guatemala 1996)

En contextos de guerra, la construcción de la identidad de los adolescentes se ve mediatizada por patrones colectivos de identificación o rechazo a la violencia y el reclutamiento. En el caso de las poblaciones refugiadas durante varios años, la población adolescente se enfrenta de manera especial a la construcción de su identidad en un contexto transcultural. Según la gravedad del contexto, los adolescentes pueden manifestar distinta frecuencia de problemas como agresiones, abuso de alcohol y suicidio (UNHCR, 1994b). Sin embargo, los adolescentes pueden también tener actitudes de afirmación de su identidad: iniciativa, apertura al cambio, identificación grupal, identificación con modelos positivos propios, etc. que pocas veces son considerados.

Somos lo que hemos sufrido, pero no hayamos como organizar como jóvenes. No tenemos experiencia, tenemos miedo, y a veces nos vence el miedo y nos quedamos parados. Pero ahora podemos despertarnos para dar seguimiento a las actividades del grupo. Los jóvenes hemos intercambiado ideas sobre nuestro pasado, de como salimos, de como hemos vivido. Así llegamos a entender más la identidad nuestra (Grupo de jóvenes, C. Victoria 20 de enero, 1994).

Aunque los hombres pueden sufrir más la militarización o resentir la crisis de su rol en la familia, tienen en general más posibilidades de participación social y un mayor reconocimiento, lo que constituye elementos de afirmación. Las mujeres, en cambio, pueden estar más expuestas a las agresiones sexuales, a sobrecargas afectivas y de trabajo, especialmente cuando tienen que hacerse cargo solas de la familia, y tener menos espacios sociales para participar. Pero en algunos contextos las mujeres pueden incluso enfrentar mejor la situación centrándose en las tareas cotidianas, o

cuestionando su papel en la sociedad, o incluso abriendo espacios políticos en la lucha por los derechos humanos (formas de identificación colectiva, afirmación de la vida, expresiones de apoyo afectivo, etc.).

Como mujeres tenemos derecho a organizarnos, a reclamar sus derechos, antes nosotras no sabíamos eso. También hay que ayudarles a entender que no es el tiempo de antes. Nosotras mismas nos acompañamos, nos animamos porque vamos a ir muchas mujeres y así no sentimos pena, no nos van a hacer daño (Grupo de mujeres Mamá Maquin, 1995).

Los ancianos son físicamente menos hábiles, tienen en general menos capacidad de adaptación a situaciones nuevas y que cambian rápidamente. La pérdida de amigos o de la familia puede afectarles más debido a su mayor dependencia respecto a la familia y comunidad (UHNCR, 1994). Sin embargo, la posición social del anciano varía en distintas culturas y contextos sociales, por lo que las consecuencias pueden ir desde la marginación social, hasta la protección como autoridad. La experiencia vital de los ancianos que han vivido otras experiencias de catástrofe o guerra, puede ser incluso un factor de protección (Jones, 1995)

Nuestros abuelos nos han enseñado muchas cosas de la cultura que nosotros no sabíamos. Nos han explicado los sueños y la historia de los antepasados. Los jóvenes invitamos a dos ancianos a una reunión para que nos explicaran cómo había sido cuando les capturó el ejército y les hizo soldado (Grupo de jóvenes, C. Victoria 1994)

Las personas con graves problemas físicos o con enfermedad mental son muy vulnerables a las condiciones de desorganización social, que incluyen la pérdida de sistemas de apoyo comunitarios o servicios de salud, y corren grave riesgo de marginación social. Pero las redes de apoyo social o familiar, el apoyo mutuo entre iguales, la participación social, el desarrollo de formas de manejar el estigma y habilidades para su reintegración activa, forman parte de la experiencia por ejemplo, de muchos discapacitados a causa de la guerra.

El afrontamiento de hechos traumáticos

Cuando la gente se encuentra frente a experiencias traumáticas, desarrolla maneras de enfrentar (coping) los sucesos estresantes, percibidos como peligrosos y desafiantes (Lazarus & Folkman, 1986). Una misma estrategia de afrontamiento (coping) puede ser positiva o negativa dependiendo del contexto, la percepción de la persona, las características individuales y la cultura (Aldwin y Revenson, 1987).

La cultura maya como fuente de recursos.

Pensamiento analógico: recurso importante de imágenes y metáforas en el pensamiento y lenguaje.

Concepción del tiempo: circular, no separación lineal pasado-presente, unido a los ritmos de la naturaleza, lento y en función de la sociabilidad comunitaria.

Relación vida/muerte: relación de cotidianidad entre los vivos y los muertos/antepasados. Presencia continua en ritos, sueños, celebraciones y ceremonias.

Cosmovisión: visión de integralidad persona-naturaleza-comunidad. Esas relaciones tienen un conjunto de significados propio.

Valor de la persona y comunidad: La persona es considerada con respeto, como parte de la comunidad. Importante sentido comunitario de la identidad. 1

Variables del contexto. La desconfianza puede ser adaptativa en un medio hostil como es una detención, pero en contextos menos violentos puede ser un obstáculo para obtener ayuda. Suprimir los sentimientos o tratar de no pensar en un hecho, puede ayudar en medio de una tarea o una catástrofe, a ponerse a salvo y ayudar a los demás (Suls y Fletcher, 1985).

La variación de las formas de afrontamiento en función del contexto, se muestra en la experiencia directa de distintos tipos de comunidades. A pesar de vivir en condiciones de violencia extrema, algunas comunidades han mantenido la confianza interna y un grado importante de auto-organización, que han conllevado mayores posibilidades de manejar las experiencias de violencia. Sin embargo, en otras en las que no se ha dado una violencia tan abierta, pero han sufrido un mayor grado de militarización de la vida cotidiana, éste hecho ha producido una mayor pérdida de apoyo social por parte de muchas personas afectadas.

Sin embargo, incluso en esas condiciones, muchas comunidades han desarrollado estrategias de preservación. Cuando no puede desarrollarse una confrontación directa, debido a una posición de debilidad o dependencia, las personas desarrollan otras estrategias de oposición. En investigaciones sobre los mecanismos de adaptación a las condiciones de trabajo en las fincas de terratenientes, se ha encontrado que los campesinos hacían el trabajo más lentamente, hablaban entre ellos del problema sin darse a notar o incluían en sus mitos y celebraciones formas de ridiculización de los patrones (Scott, en Berry, 1992). En muchas situaciones de represión política, cárcel o tortura, las víctimas también desarrollan sus propios mecanismos de adaptación y defensa que son activos aunque no lo parezcan.

Otras comunidades y grupos, en cambio, han tenido más posibilidades de enfrentar y manejar sus experiencias de una manera más abierta. A continuación se presenta una sistematización de los resultados de algunos talleres de salud mental realizados con grupos de comunidades en el exilio, CPR y organizaciones mayas :

1. La búsqueda de significado Dar significado a las experiencias de represión y hechos traumáticos, es señalado como uno de los mecanismos más importantes para afrontar la represión y disminuir su impacto ("*cuando se sabe cual es la cara de la represión, aún con todo lo que produce, el daño es menor*").

Esa búsqueda de significado se apoya tanto en bases ideológicas como culturales (incluye reconocer los objetivos que la represión persigue, para poder afrontarlo de una manera más activa. De esta manera se logra también una resignificación de la realidad que permite afrontarla de forma comunitaria y activa). Frente a la búsqueda de significado autoculpabilizador o los esquemas ideológicos rígidos, la búsqueda de significado utilizando las propias bases culturales (sentido de la tierra, memoria, comunidad), o los aspectos ideológicos que han ayudado a realizar un análisis de la propia realidad y no han llevado a una parálisis de la acción ("*dar vueltas en la cabeza para tratar de comprender pero sin hacer nada*")

2. Reevaluación. Aprendizaje positivo. La reevaluación de las situaciones vividas, en sus aspectos negativos y positivos, se utiliza también como una forma de afrontamiento regulador. Esta reevaluación ayuda a un afrontamiento más activo, y a no dejarse llevar sólo por el impacto traumático, valorando también los recursos y experiencias positivas de resistencia que la gente ha desarrollado para hacerle frente, y que le han ayudado a crecer. Reevaluando los problemas, la gente es también consciente de que son comunes, y por tanto de que puede afrontarlos mejor colectivamente.

También la reevaluación es una forma constructiva de hacer frente a la criminalización de las organizaciones e iniciativas populares que el poder pretende :

"ahora tenemos más conciencia, sabemos por lo que luchamos, tenemos unos derechos que tienen que ser respetados, sabemos que no hacemos nada extraño o ilegal").

Otras cuestiones que se señalan como experiencias positivas de afrontamiento son:

- las experiencias de resistencia frente a la represión
- la creación de organizaciones propias

- las experiencias de apoyo mutuo para hacer frente a necesidades: educación, salud.
- la visión más rica del mundo a partir de los contactos con otras comunidades.
- la revalorización de la identidad (mujeres, mayas)

3. *La organización comunitaria.* No siempre es posible hacer frente de forma directa a la represión o a sus consecuencias, pero el análisis de los problemas y la búsqueda conjunta de soluciones es un mecanismo que tiene un sentido comunitario mayor y es visto como más eficaz. En muchos casos, ese afrontamiento directo es un mecanismo no solo individual, sino y sobre todo, comunitario :

"Uno solo no puede nada, no vale nada, sólo así viviendo en comunidad hemos podido sobrevivir; al organizarse, la gente aporta ideas, propuestas y tiene una postura más activa").

4. *Manejo de la responsabilidad y la culpa.* Analizar la propia actuación, y modificarla si es necesario, es también un mecanismo muy útil para afrontar los hechos traumáticos. Esa aceptación de la propia responsabilidad, parte de un análisis crítico de las situaciones, los factores presentes y las posibilidades de acción :

"si no hacemos nada, si dejamos todo entonces el ejército se mete dentro de nosotros"

Unas experiencias muy difíciles de enfrentar son aquellas en las que la gente se vio forzada a colaborar con la represión , o en las que el impacto de la propia experiencia conllevó parálisis de la acción. En algunos casos, las personas afectadas han hecho un esfuerzo, desde la conciencia de responsabilidad, para evitar la identificación con los represores.

En los términos planteados, la aceptación de la responsabilidad se relaciona con una mayor percepción de control y puede evitar la sensación de impotencia total, en algunos casos. Sin embargo, cuando la responsabilidad del hecho negativo se autoatribuye al "carácter del individuo", las personas muestran una peor recuperación (Janoff-Bulman, 1992). La aceptación pasiva y la culpabilización de los hechos ocurridos, no se ve como mecanismo eficaz, ya que conlleva inhibición de la acción e interiorización del daño

"Cuando la gente se desprecia a sí misma debido a la represión, a veces se siente culpable. Nosotros tratamos de que se den cuenta que le puede pasar a cualquiera, que es debido a la represión y que hay una represión que no la vemos como el hambre, la desnutrición... y que nosotros no tenemos la culpa de esto" (Testimonio de Manuel, Taller con grupos mayas, Guatemala 1992).

5. *Escucha y acompañamiento* La búsqueda de apoyo emocional incluye la escucha y la comprensión por otros significativos (compartir con otros miembros de la comunidad o el grupo), que ayuden a las personas a aceptar y afrontar la experiencia:

"Es como cuando a los animales se les separa de las madres. Al principio se pasa a que mamen cuatro veces al día. Al de pocos días se pasa a tres. Y luego se van quitando así, hasta que se separa del todo. Ellos querían que llegáramos cada noche a acompañarles y nosotros no teníamos mucho tiempo y tampoco está bien porque se acostumbran ellos. Entonces fuimos haciendo eso hasta que cobraron fuerza moral. Todo esto ayudó bastante."(id.)

6. *Autocontrol emocional* Mantener la calma, la serenidad frente a una amenaza, también se relaciona como forma de afrontar los pensamientos intrusivos :

"Cuando se sufren amenazas de muerte, ya uno está mal, necesita apoyo moral, psicológico, porque comienza a decir: bueno, qué voy a hacer?".

También constituye parte de la experiencia de apoyo a las víctimas :

"Hemos experimentado muchas cosas, como por ejemplo que cuando la víctima llora es muy importante que el que lo atiende se mantenga bastante calmado".

7. *Solidaridad práctica*. Especialmente en los momentos inmediatos o posteriores al hecho traumático, se señala como muy importante la búsqueda y obtención de apoyo instrumental y material (medios para huir, apoyo en las pérdidas de cosechas, apoyo en la alimentación de los huérfanos, y otras situaciones que generan necesidad). Así mismo, la solidaridad entre los propios afectados ha sido la base de muchas formas de denuncia :

"nos juntamos con otras mujeres que tenían el mismo problema, para hacer una denuncia; teníamos mucho miedo, pero juntas teníamos también mucho valor").

Esta forma de apoyo instrumental ayuda también a dar un sentido más activo y profundo al afrontamiento, teniendo una validez no solo individual sino comunitaria :

"denunciar para que el mundo conozca, para que no se repita...".

8. *Actividades lúdicas*. Las actividades lúdicas han sido especialmente importantes en dos casos: en el recuerdo intrusivo de las muertes, y en relación a la rumiación de amenazas :

"Yo he descubierto que no es bueno estarle recordando todo el tiempo al familiar. Es mejor hacer otras cosas, cantar, bromear, jugar... porque así pueden ir recuperando el ánimo".

También aparece como importante en los momentos posteriores a una experiencia de violencia :

"cuando el ejército se retira y la gente se queda con miedo, tristeza... es importante jugar, hacer deporte, una fiesta para ayudarnos a dejar el miedo a un lado y seguir después con el trabajo".

9. *Confrontación directa*. "Allá nos fuimos a la ciudad a buscar a nuestros hijos, éramos sólo cuatro, puras mujeres que no habíamos salido de la casa, pero teníamos el valor por nuestros hijos, y allá nos fuimos hasta el Palacio presidencial porque sabíamos que ellos los tenían" (Testimonio de Remhi, 1996).

Este mecanismo es utilizado más frecuentemente en los grupos o comunidades con un mayor sentimiento de identidad colectiva y en las que la confianza interna es mayor. En otras ocasiones este apoyo mediante la confrontación se hace dentro de la familia o de los grupos organizados como formas de solidaridad.

10. *El apoyo informativo*. Útil, tanto en los momentos de crisis (información sobre los movimientos del ejército, para tomar precauciones) como frente a situaciones mantenidas de incertidumbre.

Por ejemplo, en la preparación de varios retornos colectivos desde México, los refugiados organizaron numerosas actividades para proporcionar información sobre la situación real en el interior del país y sobre las condiciones del retorno. De esta manera la gente puede volverse más activa para afrontar los problemas y tener más confianza. El apoyo informativo puede ayudar a objetivar mejor la realidad, proporcionando elementos para una re-evaluación más realista de las situaciones, evitando las imágenes congeladas en el pasado o la alteración del sentido de la realidad que frecuentemente produce el miedo.

Por el contrario, el control de la información por estructuras jerárquicas ha sido un factor de estrés en muchas comunidades, asociado además a expectativas poco realistas sobre el futuro.

11. *Afrontamiento religioso*. La celebración de los ritos y ceremonias, los aniversarios, las oraciones, no han servido sólo para ayudar en los procesos de duelo, sino que también son útiles como formas de enfrentar el miedo y la amenaza vital.

"Durante mucho tiempo no pudimos hacer las ceremonias, eso fue cuando el tiempo no estaba bueno. Pero después, ya encontramos la manera. Cuando no sabíamos qué hacer, los sacerdotes se juntaban. Allá en la montaña pasaban todo el día, los de las tres religiones maya, católico y evangélico. Ellos nos decían luego por donde iba a venir el ejército" (CPR de la Sierra, 1995)

Ya sea a través de la cosmovisión maya, o del culto católico o evangélico, y de las formas de sincretismo religioso en que éstos se desarrollan muchas veces, el afrontamiento religioso ayuda a - dar significado a los hechos, -afirmar el sentido de la acción y -recuperar para la comunidad la dignidad y la relación de cotidianidad con los muertos.

12. Los procesos comunitarios La consulta, las formas propias de resolver los conflictos, o el mantenimiento de estructuras comunitarias de gestión del poder y la participación, han sido también parte de las formas colectivas de enfrentar la represión y reconstruir la cotidianidad de la vida.

"En la comunidad un hombre mató a otro. Pero allá no lo lincharon, sino que se reunieron para discutir qué hacer. La comunidad pensó mucho y decidieron que la persona tenía que reparar el daño que había hecho. Ya no se podía dar la vida, así que la decisión fue que el hombre tenía que hacerse cargo de las necesidades de la señora y los niños hasta que ellos fueran ya mayores" (Testimonio recogido en un taller de Remhi, 1997).

En las sociedades colectivistas, las personas tienen en la comunidad su principal fuente de refuerzo y gratificación, los vínculos con la tierra, la comunidad y la familia son muy importantes para el equilibrio emocional. En algunos casos, cuando alguien agrede a la comunidad, como el caso de haber participado como agente de violencia, los modos tradicionales de defensa pueden ir desde las formas de reparación del daño, como realizar determinadas tareas para restaurar los vínculos rotos, a las formas de sanción moral que puede implicar aislamiento social o incluso expulsión.

Los procesos comunitarios pueden no ser homogéneos, implicando dinámicas generacionales distintas, incluyendo cambios en los conocimientos y tradiciones y crisis de liderazgos.

13. Las organizaciones de apoyo mutuo Aunque las situaciones de catástrofe social producen disgregación de las redes sociales, en muchas de las situaciones de crisis las propias poblaciones afectadas desarrollan formas de apoyo mutuo, tanto material como emocional. Estas formas de apoyo mutuo, la organización de las comunidades y de grupos populares y la defensa de los derechos humanos, constituyen otras formas de afrontamiento colectivas.

Incluso el sufrimiento puede convertirse en experiencias organizativas y movimientos de reivindicación social, como ha ocurrido en el caso de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo (Kordon, Edelman et al, 1986), las Asociaciones de Familiares de Desaparecidos en muchos países de América Latina, y grupos como Conavigua, GAM o FAMDEGUA en Guatemala. Estas experiencias constituyen formas colectivas de enfrentar las consecuencias de los hechos traumáticos, de reconstruir los tejidos sociales y de luchar contra las causas del sufrimiento.

14. Las tradiciones orales y formas de interpretación cultural. La tradición oral supone un conjunto de mitos, leyendas y hechos históricos transmitidos como una memoria colectiva entre generaciones. En el caso de Guatemala sitúan los llamados "años de la violencia" en una perspectiva más amplia de diferentes procesos de agresión desde hace siglos, y relacionados frecuentemente con otros tipos de catástrofes naturales y humanas. Muchas de esas tradiciones se expresan a través de canciones, poesías o narraciones, bailes y representaciones teatrales.

Desde el punto de vista de los recursos culturales, hay que destacar también el papel de los sanadores tradicionales (con terapias orientadas a la reparación de las transgresiones de normas sociales y medicinas autóctonas) y la interpretación de los sueños por parte de las autoridades

tradicionales, como un modo de mantener comunicación con los ancestros, de anticiparse a futuros problemas y establecer pautas comunes de actuación.

"Nuestros abuelos nos contaron que los sueños pasan, pero a veces los sueños salen bien y otras no pasa nada. Soñé que venían varios aviones en el aire y comenzaron a tirar bombas, yo estaba corriendo y fui a buscar palos para protegerme. Llegaban las bombas y no estallaban, y más me asustaba y más voy corriendo y cuando me despierto, estaba temblando por el miedo. El sentido que le di es que no a mí, pero tal vez a otras personas va a pasar, algunas veces eso nos ha ayudado a saber que llegaba el ejército. Los ancianos han guiado mucho a las comunidades. Ahora dan muchos criterios a los jóvenes ("esto es lo que hemos pasado..."), ellos han tenido más conocimiento".(CPR de la Sierra, 1995).

El afrontamiento colectivo del duelo

*El alma del muerto está en el viento, y el viento nunca se pierde.
(Sacerdote maya, CPR de la Sierra, 1993)*

Existen muchas diferencias personales pero también culturales, en cómo se enfrenta el duelo. En algunas culturas indígenas del continente americano, no se concibe la muerte como una ausencia de vida, y la relación con los antepasados forma parte de la cotidianidad (Solares, 1993). Hay que tener en cuenta estas cuestiones para no ofender a la gente ni entrar en conflicto con la comunidad.

Especialmente en comunidades que sufrieron masacres colectivas, muchas de esas "tareas" implican también un afrontamiento colectivo de las muertes. Por ejemplo, en el caso de las CPR, la gente describió como formas de afrontamiento eficaz de las muertes de las masacres:

- "Unirnos más y darnos ánimo entre todos".
- "Pensar que tenemos que seguir adelante".
- "Pensar que el ejército mata, no da vida".
- "Organizarse y pedir respeto por las comunidades".
- "Defenderse del ejército y huir".
- "Sacar nuestra voz, denunciar la situación".
- "Decir la verdad, el dolor a su cara".
- "El ejemplo de las personas más afectadas, da más fuerza para unirse".
- "Celebrar los aniversarios y las fiestas con los muertos".

(Taller con representantes, CPR, 1992)

"En Sahakok, los ancianos soñaron una cruz en el cerro. Una cruz y ocho mármoles con los nombres de novecientos dieciséis personas de veintiocho comunidades. Aquel cerro que está lleno de huesos, ahora también tiene su memoria y su lugar de encuentro La ceremonia fue una celebración compartida. Cada quien llevó lo que pudo: una libra de frijol, masa para tortear, azúcar. La gente se preparó durante meses y dio de comer a los vivos y a los muertos, e hizo el milagro de recordar y tener un lugar donde visitarlos" (Testimonio de una coordinadora de Remhi, 1996).

Estos espacios colectivos pueden conllevar:

- . rituales y ceremonias
- . exhumaciones (sentido cultural, memoria colectiva, proceso judicial)
- . procesos de reparación simbólica (colectiva, pública, sentido cultural/religioso)
- . procesos de sanción moral (de los hechos, los victimarios y los mecanismos que lo han hecho posible)
- . solución de conflictos (sucesión y propiedad de la tierra, reorganización del poder local, negociaciones sobre la tierra, etc.).
- . procesos judiciales

Principios del acompañamiento a las exhumaciones

1. Acompañar el proceso, desde un compromiso humano y social. La dimensión de solidaridad y compromiso supone la base de la confianza y reconstrucción de las relaciones.
2. Promover una postura activa, no victimizando a los familiares y estimulando los procesos de apoyo mutuo y reivindicación social.
3. Facilitar la identificación colectiva. Además del sostén mutuo y la empatía, el grupo puede ayudar a los familiares a dar un sentido social más general a su pérdida y favorecer un proceso colectivo de búsqueda de alternativas.
4. Tener en cuenta las explicaciones del contexto y el clima emocional. Para la gente puede ser muy difícil entender el por qué y enfrentarse con esa realidad. La manipulación social por parte de la versión oficial puede hacer que la gente se encuentre más golpeada y con miedo.
5. Responder a las expectativas familiares y colectivas. Es muy importante que las ceremonias y rituales tengan un sentido de reparación colectiva (pasar de "mi familiar muerto" a "nuestros muertos"), además de los procesos que se puedan dar a nivel familiar (reenterramiento de restos).
6. Tener en cuenta los factores prácticos que pueden facilitar o interferir en el proceso. El lugar, la excavación, la manipulación de los restos, los análisis, etc., tienen significados culturales y conllevan vivencias de la gente que es necesario respetar.
7. Cuidar las diferentes expresiones religiosas y culturales. Escuchar la voz de la gente, y su participación directa en la preparación de ceremonias, rituales, etc. es un indicador del respeto cultural y religioso, así como de la adecuación de la exhumación al proceso de duelo del que forma parte. Una atención de agentes externos excesivamente puesta en factores de tipo político o instrumental puede interferir el proceso y pasar por alto la sensibilidad de las familias y comunidades.
8. Impacto y sentido de los procedimientos judiciales. Ajustar las diligencias y actitud de investigadores a la situación de la gente, proporcionar la información básica inicial y anticipatoria, y evaluar el grado de comprensión y acuerdo de la gente, son condiciones básicas para el buen desarrollo del proceso.
9. Atención al impacto de los procesos de reparación. Estas pueden constituir una forma de resarcimiento, pero también pueden conllevar nuevos problemas por la discrecionalidad, diferenciación social o agravios comparativos. La claridad en los criterios en la gestión de las ayudas, y promover un sentido comunitario de beneficio global para las familias y la comunidad, pueden ayudar disminuir ese riesgo. El control, por parte de las comunidades afectadas, de las formas de reparación colectiva, es un indicador positivo del proceso.
10. Tener una visión sistémica. Los procesos judiciales, el impacto de la impunidad, los conflictos previos o agravados por los hechos, los procesos de culpabilización interna, convivencia con victimarios o criminalización de la comunidad, etc. son factores que deben tenerse en cuenta tanto en la preparación, como en el desarrollo y acompañamiento posterior. La redignificación social del proceso, conlleva no sólo una mayor autoestima para las víctimas sino una readecuación de las normas morales y las relaciones sociales en la comunidad.

Enfoque comunitario de la salud mental

Un enfoque que se centre en la comunidad, dirigido a favorecer el apoyo social y a la integración comunitaria, puede ser más adecuado que las intervenciones psicoterapéuticas específicas. Los enfoques centrados en la comunidad como un conjunto de acciones preventivas y curativas que tienen en común: 1. la facilitación del contacto en grupo, para compartir y discutir

experiencias. 2. la asistencia práctica en áreas como el cuidado de los niños y la obtención de ingresos económicos. 3. proporcionar asistencia individual más específica para aquellos que la necesitan (Ager, 1995). Loncaveric (1996) destaca los siguientes campos de acción :

Promoción de la identidad. La expresión y reconstrucción de la identidad cultural es un factor de bienestar. Las actividades que promueven relaciones sociales, expresiones colectivas y actividades culturales: encuentros, excursiones, oportunidades deportivas, actividades culturales.

Bienestar psicosocial. Prevención del estrés y apoyo para enfrentar los hechos traumáticos, mediante: entrevistas para la discusión individual de problemas, intercambio de experiencias en grupos, actividades informativas y supervisión y apoyo a los profesionales implicados.

Activación. La falta de ocupación es uno de los problemas de los refugiados. La pasividad y la dependencia inducidas por su propia situación y dificultades de inserción, refuerza un sentimiento de incapacidad y falta de poder sobre la propia vida. Para ello se tomaron en cuenta: actividades ocupacionales, actividades con los niños/as., ventas y comercialización de sus productos, talleres.

Algunas claves para un enfoque comunitario.

1. *Identificar situaciones de riesgo:* Personas con problemas psicológicos previos, familias que han perdido algún miembro, situaciones de grave separación familiar, personas que han sufrido directamente situaciones de violencia, y que cuenten con menos experiencia, recursos personales o apoyo social. Determinados indicadores sociales, tales como los conflictos familiares o grupales, las dificultades escolares, las agresiones y el abuso de drogas o alcohol, pueden considerarse indicadores de comunidades en dificultad.

2. *Desarrollar estrategias de red:* Esto supone la activación de redes sociales que están implicadas en el trabajo con las poblaciones afectadas (por ejemplo, la formación del profesorado sobre aspectos relativos a las experiencias traumáticas, constituye una estrategia para mejorar el apoyo a los niños y niñas e identificar situaciones problemáticas), la formación de líderes o multiplicadores de experiencias y la implicación en actividades sociales relacionadas con la dinámica comunitaria (historia - memoria, actividades sociales, celebraciones, etc.).

3. *Relación con sistemas tradicionales.* A pesar de las recomendaciones de la OMS y ACNUR para la relación con los sistemas tradicionales en el campo de la salud mental con poblaciones afectadas por la violencia (UHNCR & WHO, 1992), los intentos de reconciliar la medicina occidental y los enfoques tradicionales, se llevan a cabo habitualmente como una lectura simbólica de las prácticas tradicionales de una forma descontextualizada (Ager, 1995). Eisenbruch (1992) sugiere la incorporación de los sanadores tradicionales en el sistema de salud. En otros programas, la incorporación por ejemplo de las parteras y de los sanadores tradicionales ha dado lugar a proyectos con éxito debido a que tienen prestigio y la confianza de las poblaciones, además de proporcionar continuidad a la atención (UNDP, 1994).

4. *Estimular los factores positivos* Subrayar las estrategias positivas de afrontamiento ideológico, cultural y religioso que ya existen. Las actividades no necesariamente tienen que focalizarse en el daño, sino por ejemplo, en la historia de la comunidad o el trabajo sobre situaciones de conflicto, que puede ayudar a superar estereotipos, mejorar las capacidades de comunicación y crear actitudes sociales positivas.

5. *Reconstrucción de servicios* Por último, la reconstrucción de los servicios de salud existente debería ser una prioridad después de las catástrofes colectivas (Zwi y Ugalde, 1989), como forma de reforzar los propios recursos y la participación. Esto da apoyo a los profesionales locales y proporciona continuidad. Del mismo modo, la construcción de estructuras de salud paralelas corre el riesgo de disminuir los esfuerzos públicos para proporcionar servicios, así como absorber

profesionales que trabajen en dichos servicios, debilitando los esfuerzos de reconstrucción (Apronuc en Camboya, en Biberson y Goemaere, 1993).

El trabajo con agentes comunitarios: multiplicadores. Acompañamiento y capacitación de agentes multiplicadores de las propias comunidades. Los agentes multiplicadores contribuyen a identificar los problemas y recursos existentes, y adquieren mayor preparación y experiencia para apoyar a las comunidades o personas más afectadas. Las experiencias más interesantes de este trabajo con multiplicadores contribuyen a proporcionar un auténtico diálogo intercultural, dan mayor confianza con las personas y comunidades, facilitan la continuidad posterior en el trabajo y suponen un refuerzo de tejidos sociales y redes de apoyo existentes.

a. Problemas para la "multiplicación"

A pesar de la aparente facilidad del trabajo con multiplicadores en el enfoque comunitario, en la práctica encontramos algunos limitantes :

1. Disponibilidad de tiempo. Muchas de las personas que pueden tener esa función se encuentran ya sobrecargadas con otros trabajos. Además, éstas actividades raramente se consideran prioritarias, dadas las graves necesidades sociales de la gente.
2. Dificultades de apertura de espacios por parte de autoridades o líderes poco sensibilizados y que constituyen la puerta de entrada para el trabajo con algunos grupos o comunidades.
3. Algunos multiplicadores pueden ser, a su vez, personas que pueden estar muy afectadas, lo cual puede disminuir su capacidad de enfrentar el sufrimiento de otros.
4. Escasa claridad de criterios o falta de adecuación en la selección de las personas.
5. Necesidades económicas y sociales que limitan el tiempo disponible o de acción.
6. Posible percepción por parte de personas o grupos sociales de que el trabajo es de un grupo u ONG determinado.
7. Necesidad de reconocimiento de su papel en la comunidad (reconocimiento moral, material o económico). Puede suponer un apoyo pero también pueden ser fuente de conflictos importantes.
8. Problemas de seguridad. En los contextos en que se mantienen las amenazas, el trabajo de los multiplicadores puede ser considerado como peligroso y ser objeto de represión.

b. Experiencias y recursos positivos para el trabajo con "multiplicadores" :

1. La sistematización de las experiencias y utilización de materiales básicos, guías de trabajo, etc. facilita la capacidad de realizar actividades comunitarias.
2. El acompañamiento en las primeras experiencias que los multiplicadores pueden ir realizando, aumenta la percepción de seguridad y la autoconfianza. En caso de experiencias problemáticas, ese acompañamiento proporciona la posibilidad de discusión y ajuste y disminuye la percepción de autoeficacia negativa ("no puedo")
3. El entrenamiento en técnicas de multiplicación en las últimas fases de la capacitación, aumenta las habilidades y confianza en sí mismos de los multiplicadores.
4. Facilitar espacios colectivos de apoyo entre multiplicadores, para compartir experiencias, tomar ideas y dar un sentido colectivo al trabajo, que no dependan de la llegada de algún responsable externo.
5. Orientar el trabajo hacia las actividades que los multiplicadores pueden hacer habitualmente en sus grupos de referencia (mujeres, salud, jóvenes, etc.). Adaptación de los contenidos.
6. Compromiso político y/o religioso como base de movilizar los recursos personales de tiempo y dedicación.
7. Concretar los criterios de selección: disponibilidad personal, sensibilidad, capacidad de liderazgo, etc.

Participación y autoayuda: adquirir poder sobre la propia vida. Más que la creación de grupos específicos con carácter de autoayuda, la cuestión clave es incorporar los elementos de apoyo mutuo en las redes sociales, grupos existentes o que se puedan crear aunque sus motivos no estén

específicamente relacionados con la salud mental. Los grupos pueden también constituir espacios sociales de encuentro y crecimiento personal que no siempre se focalizan en las experiencias traumáticas. Por ejemplo en Bosnia Marie Stopes International ha establecido una red basada en centros y grupos de autoayuda para mujeres, en las que la razón más importante para atender a las mujeres no parece ser el estrés traumático sino el hecho de posibilitar que realicen encuentros regulares en un sitio agradable para discutir algunos asuntos propuestos por las mujeres tales como: ¿es el marido el jefe? ¿tienes que casarte para tener un hijo?, mostrando, como en otras guerras, que uno de los efectos psicosociales más notables es el cambio de la forma de pensar de las mujeres sobre ellas mismas (Jones, 1995). En El Salvador la creación de algunos grupos de mujeres que han funcionado como grupos de apoyo mutuo, estaba motivada por la necesidad de responder a la pregunta: ¿qué pasa con nosotras después de la guerra? (Garaizabal y Vazquez, 1992).

Bibliografía.

- Ager, A. (1995). Dislocation. In R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good, and A. Kleinman (eds.), *World mental health: problems and priorities in Low-Income Countries*. Oxford.
- Aldwin, C.M. y Revenson, T.A. (1987). Does coping help? a reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- Berry, J. W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H. and Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Biberson, P. & Goemaere, E. (1993). La reconstrucción de los sistemas sanitarios. En *Escenarios de crisis*. Médicos sin Fronteras. Madrid: Acento.
- Brody, E. (1994). The mental health and well-being of refugees: Issues and directions. In A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Eklad, & J. Orley (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*, pp. 57-68. Washington: American Psychological Association.
- Dawes, A. (1990). The effects of political violence of children: A consideration of South African related studies. *International Journal of Psychology*, 25, 13-31.
- Desjarlais, R. (1993). Political violence and mental health. *Harvard Project on International Mental and Behavioral Health (paper)*. Department of Social Medicine. Harvard Medical School. Boston.
- Pérez-Sales P., Duran, T., Bacic, R. *Muerte y Desaparición forzada en la Araucanía : una aproximación étnica*. De. LOM. Santiago de Chile. 1998
- Eisenbruch, M. (1992). The ritual space of patients and transitional healers in Cambodia. *BEFEO*, 72(2), 283-316).
- Garaizabal, C. y Vazquez (1992). El dolor invisible. Una experiencia de grupos de auto-apoyo con mujeres salvadoreñas. Ed. Talasa. Madrid.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York, The Free Press.
- Jones, L (1995). On a front line. *British Medical Journal*. 310, 1052-54.
- Kordon, D. & Edelman, L. (1986). *Efectos psicologicos de la represión politica*. Buenos Aires: Sudamericana/Planeta.
- Lazarus, R., Folkman, S.; Dunkel-Schetter, C.; DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Loncaveric, M. (1996). MIR: Socio-Cultural Integration Project for Bosnian Refugees. In G. Perren (ed). (1996) *Trauma: From Individual Helplessness To Group Resources*. Vienna: Paul Haupt Publishers Berne.
- Silver, R.C. y Wortman, C. (1989). Effective mastery of bereavement and widowhood. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.): *Successful Aging*. Londres: Cambridge.
- Solares A. (1993) *Estado y Nación: las demandas de los grupos étnicos de Guatemala*, FLACSO
- Suls, J. y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- UHNCR & WHO (1992). *Refugee Mental Health. Draft Manual for Field Testing*. Geneva.
- UHNCR (1994). *Guidelines on the evaluation and care of victims of trauma and violence*. Utrech Consultation. Geneva:
- UNDP (1994) *Human Development Report 1994*. Oxford: Oxford University Press.
- Zwi, A. & Ugalde, A. (1989). Towards an epidemiology of political violence in the third world. *Social Science and Medicine*, 28, 633-642.

Discusión.

Laura : Aunque la labor de un terapeuta sea principalmente de acompañamiento supongo que las comunidades querrán explicaciones de qué es lo que les ha pasado y te lo preguntarán. ¿ Hasta qué punto el terapeuta puede o debe dar información que a lo mejor les ayuda a rebelarse o a formar guerrillas?.

Carlos: No se puede definir un límite. Mucha gente lo que ha buscado en mi trabajo es un contraste de su propia experiencia, no que yo les vaya a sacar de una situación de desconcierto o desinformación, sino darles elementos para contrastar su propia realidad. Respecto a la información de carácter sociopolítico, si he considerado que la gente necesita discutir sobre algún tema o que tiene poca información sobre algo que les es relevante, he invitado a alguien del país para que hable con ellos.

Ramón: Mi duda era sobre si tenía sentido el hacer terapia en situaciones de guerra o violencia, algo distinto a los psicofármacos. Con lo que has planteado hoy veo que sí puede haber una posibilidad: resaltar las cosas positivas que pueden salir de la misma gente y no importar unos modelos con los que si estamos en situación de guerra no podemos garantizar el día después. Me pregunto si no es nuestro deber hacer como de “curas” y llevar la esperanza a esta gente.

Carlos : Yo también me he preguntado muchas veces cual es el sentido de mi acción y por lo que he visto en mi trabajo con la gente, sí tiene sentido. Con esta actuación se abren espacios sociales que de otra manera no se abren para que así la gente hable de un problema o de un tema que antes no habían abordado (como sentimientos de culpabilidad, etc...) por miedo o por cualquier otra razón. En El Salvador recuerdo un taller con mujeres que duró un fin de semana. Fue muy intenso y allí yo prácticamente no hablé nada. Ellas me agradecieron mucho y yo les decía . pero si ustedes fueron las que hablaron. El sentido de mi presencia allí era tener una excusa para reunirse, tener a alguien que les ayudara a superar su miedo a hablar de algo, servir de apoyo moral. En otros lugares está, además, el tener voz y el dar información en otros países...

Joaquín: Escuché una vez a un guatemalteco de una comunidad de retornados que contó cómo había sido el retorno y esos años de experiencia. Lo que más me impresionó era la capacidad para vivir al lado de gente que había asesinado a familiares y amigos sin nada de odio ni ganas de venganza. ¿Cómo se supera eso? ¿Cómo logran convivir con esa gente?

Carlos: Yo tampoco lo entiendo bien pero hay algunas explicaciones. Muchas veces la gente se identifica con los soldados ya que ellos mismos también han sido reclutados a la fuerza en otras ocasiones y se les ha obligado a participar en determinadas actuaciones. Saben que la culpa no es del soldado sino de quien está por encima. Además el odio es una emoción o experiencia que en la cultura maya no se expresa; la cólera no se expresa porque la consideran como algo que tiene materia, como si fuese algo con lo que se golpea y pudiera hacer daño a niños que hubiera delante por ejemplo. Esto no quiere decir que la cólera no exista. De hecho los sentimientos de cólera asociados a los sentimientos de injusticia son muy frecuentes, lo que pasa es que no la expresan.

Lynne : Me gustaría volver al papel del terapeuta. En todas las sociedades hay rituales para hacer frente a las penas y tristezas, especialmente a la muerte de alguien en concreto; hay una persona que muere, sus familiares, sus amigos y también hay espectadores y cada uno tiene su papel, así hay gente a quien se muestra el dolor y gente a quien no. El problema aparece en situaciones de masacre de una comunidad o en el caso de ciudades bombardeadas y destruidas donde ya no hay espectadores y donde los ritos culturales ya no funcionan y la gente no sabe cual es su papel. Aunque los musulmanes sean ya de por sí muy reticentes y no suelen expresar su dolor delante de mucha gente, mis amigos bosnios me contaban que con la guerra se han vuelto mucho mas reticentes en situaciones que antes no lo eran. En estas situaciones el terapeuta tiene un papel muy importante ya que la gente necesita a alguien que no haya tenido sus mismas experiencias para poder desahogarse sin ser una carga para ellos. Los amigos musulmanes no quieren ser una carga entre ellos, no muestran su dolor, hay un enorme respeto mutuo y un enorme silencio y por lo tanto una gran necesidad de hablar con alguien de fuera. Me gustaría saber si algo parecido ocurre en Guatemala.

Carlos: Ya planteé el valor que puede tener una persona de fuera para abrir un espacio que de otra manera no se abre por prioridades políticas, por falta de tiempo o por problemas de desconfianza.

El duelo es un proceso que en las comunidades mayas, tras una masacre, tiene un componente comunitario pero también tiene un componente familiar, interno. En el caso de las exhumaciones me parece importante la posibilidad de respetar y acompañar un proceso de duelo familiar pero también un

proceso de duelo comunitario y dar a la exhumación un sentido de reparación comunitaria. Muchas veces la gente no va a encontrar los restos de sus familiares y se va a pasar toda su vida agarrada a encontrarlos y estarán siempre golpeados por esa experiencia, por eso en el proceso de acompañamiento en las exhumaciones la gente socializa a los muertos y no son solo los muertos de una familia sino que son de la comunidad. Hay otras cuestiones que tienen que ver con las formas de expresión somática, no solo con la represión del llanto. Hay culturas que son muy somáticas y la gente habla de que les duele el corazón o la cabeza, pero no de que están tristes. Por lo tanto no se puede dar solo una explicación, desde un punto de vista más psicológico...

Judith: Me pregunto cómo desarrollas o fomentas estos procesos de ayuda mutua de los que nos has hablado en comunidades donde algunos de sus miembros han sido los que han cometido los asesinatos o han estado implicados en la represión en mayor o menor grado.

Carlos: Para que un grupo funcione tiene que tener unas características determinadas. Si un grupo no tiene confianza interna los procesos no se pueden llevar a cabo. Por eso hay que dedicar el tiempo necesario para que se establezca esta confianza y se den las condiciones adecuadas. Los recursos de los grupos no existen porque sí; se generan. Y hay grupos que pueden tener determinados recursos y otros que pueden no tenerlos porque la gente no tiene capacidad de identificación entre sí, no se identifican con uno que ha sido patrullero por ejemplo.

Florentino: Me gustaría saber cómo se lleva a cabo la construcción del grupo, cómo se logra reunir a la gente, ya que no es lo normal que se reúnan grupos de personas para hablar de algo que no sean las cosechas o cosas concretas. ¿ Hay una organización previa que está trabajando y viviendo en la zona? ¿ Son voluntarios de otros países? Suele haber una desconfianza inicial de las personas que vienen de fuera y me sorprende todo el trabajo que has hecho. Otra cuestión que quería plantear es cómo se hace el reconocimiento de los sentimientos.

Carlos: Yo solo he trabajado cuando hay una demanda por parte de la comunidad y en la que hay un conocimiento previo, un contacto previo a través de promotores de salud, etc... Si no hay una construcción de la confianza humana, política... no hay posibilidades de trabajo, de acompañamiento. Esto supone a veces que no se sabe si se está siendo útil o no pero se va viendo un crecimiento de la confianza. Además hay que entrar al ritmo de la comunidad, no podemos ir con nuestro esquema e imponer lo que queremos hacer; de nuestra actitud y nuestro respeto hacia ellos va a depender ese crecimiento de la confianza. Yo he tratado de trabajar con una estrategia de red, tratando de utilizar los recursos que la gente ya tiene, los grupos que ya tienen formados, aunque no estén directamente implicados en el tema de salud mental. También hay una dimensión de evaluación, la gente va evaluando las cosas diciendo las cosas que sirven y las que no sirven. Sobre el reconocimiento de los sentimientos yo parto de lo social, es decir, planteo una visión general de lo que le ha ocurrido a la comunidad en conjunto y a partir de ahí se entra en la experiencia personal al ritmo que la gente quiera. Es importante que el facilitador no permita una crítica entre los propios miembros del grupo sobre lo que significa tal o cual sentimiento y que nadie sea criticado por otro por haber tenido tal o cual sentimiento.

Florentino: En cuanto a lo de la formación de grupos, por mi experiencia en Nicaragua, he visto que tienen aspectos muy positivos, pero cuando se institucionalizan y se hacen como una forma de trabajo concreto y desaparece la experiencia vivida concreta de la comunidad llega un momento en que pierden su valor positivo y se convierten en una necesidad de estar permanentemente recordando lo que sucedió, haciendo siempre los mismos sociodramas... incluso pasados 10 o 15 años del hecho y eso es perjudicial. Creo que este es un error que comparten algunos de los programas de cooperación, que no se sabe cuando acabar, y creo que salud mental es una de las áreas de cooperación en la que hay que saber mejor cuando terminar.

Pau Pérez Sales.

Etnopsiquiatría y terapéuticas autóctonas.

Uno de los aspectos más conflictivos en el trabajo en salud mental en contexto de guerra es el del respeto a los sistemas culturales autóctonos. Esta ponencia se estructura en dos partes. La primera quiere ser una introducción a algunos conceptos de antropología médica, especialmente en lo que se refiere a aspectos transculturales del enfermar y su curación, enfatizando las diferencias entre el modelo occidental y los modelos indígenas o tradicionales. Entender estas bases ha de bastar por sí solo para hacer ver las insuficiencias de los abordajes basados en los modelos occidentales y plantea diversos dilemas referidos al diálogo intercultural, uno de los cuales se aborda en la segunda parte : ¿Existe un papel para las terapéuticas autóctonas?. ¿Tienen una base científicamente aceptable para un profesional occidental?. ¿Es deseable y posible la colaboración?. La tesis que se defiende es que pese a las enormes dificultades y contradicciones que surgirán constantemente es imprescindible tener en cuenta a las etnomedicinas autóctonas en el trabajo en salud mental con víctimas de guerra o violencia política, allí donde éstas existan.

Bases antropológicas.

Los sistemas médicos son construcciones culturales (Kleinman, 1980; Helman, 1995), como lo son las diferentes clasificaciones y nosologías. Desde el punto de vista de la antropología médica en general y de la psiquiatría transcultural en particular deben establecerse cinco niveles de comprensión en el proceso salud / enfermedad :

1. Los **síntomas** como la fiebre, el dolor, la tristeza o la rabia constituyen fenómenos inherentes al ser humano y como tales son universales^h.
2. Cada cultura agrupa los síntomas de un modo peculiar para construir **síndromes**. Su utilidad radica en que detectado un síntoma, el sanador buscará la presencia de los demás. Se trata de agrupaciones arbitrarias, sancionadas por la experiencia de los sanadores que se adhieran a esa clasificación.
3. Cuando se conoce el origen de un síntoma o síndrome y puede establecerse por tanto la relación causal que lleva al trastorno, hablamos de **enfermedad**. Las etiologías que pueden *atribuirse* a un conjunto de síntomas dependen de la cultura. Hoy por hoy, los trastornos mentales, tal como los entiende la medicina oficial entran en este nivel : son categorías pactadas por consenso por el estamento médico a partir de la investigación y la experiencia. Aceptarlas o no constituye un acto de fe sobre el que cada terapeuta optará, y los conocimientos que cada persona ha adquirido a lo largo de su vida en su medio culturalⁱ.
4. A la enfermedad, además, cada cultura le atribuye un significado distinto. Puede ser interpretada como benigna o maligna, como buen o mal augurio, como indicativo de conflicto intrapsíquico o de dificultades interpersonales etc. El significado es también culturalmente dependiente.
5. Según esa interpretación, la persona tendrá un modo de enfermar y adoptará unas conductas de persona enferma que son, también, culturalmente dependientes.

Si se aceptan estos cinco niveles y que sólo el primero es universal, resulta menos difícil entender que tiene poco sentido buscar no ya *estrés post-traumático* – uno de los caballos de batalla de este curso -,

^h Una exhaustiva revisión reciente (Fernández-Dols JM, Iglesias J, Mallo MJ. (1990)) considera que habría consenso desde la psicobiología, la psicología social y la etología en considerar como básicas y universales la alegría, la tristeza, la ira (=agresión) , el miedo (= protección/huida) , la sorpresa, el desagrado (=rechazo) y el interés /curiosidad (=atracción). Sólo para las cuatro primeras el acuerdo es total.

ⁱ Una reflexión sobre la facilidad con que aparecen y desaparecen las categorías diagnósticas con cada nueva edición de las modernas clasificaciones psiquiátricas y las conocidas luchas de poder entre los diferentes lobbies psiquiátricos para imponer o vetar diagnósticos, bastan para justificar esta afirmación.

sino *depresiones* o *trastornos de ansiedad generalizada* entre la población de bases culturales no occidentales.

Si tomamos como ejemplo la cultura mapuce, vemos que no existe un equivalente al término depresión ('enfermedad'), ni un conjunto de fenómenos similar ('síndrome'), si bien hay mucha gente que experimenta tristeza ('síntoma'). El mapudungun tiene varias palabras que definen la tristeza : Ūrküyawlu cuya traducción literal sería 'El que anda cansado', Lladken que es identificado como pena en algunas zonas y en otras como Rabia o Ira, Weñagkun como tristeza que dura largo tiempo, pensar mucho, tener dolor en el corazón , no comer.

Pero el término que más se acerca al de depresión es el de 'enfermarse' entendido éste como un proceso de afectación integral del cuerpo (orinar mucho por la noche, estar sin hambre, querer estar sólo, la comida se atora en la garganta...). Esta tristeza, este enfermarse puede ser de causa natural (frío, esfuerzo, contraste brusco de temperaturas....) o de causa sobrenatural (mal por transgresión o envidia), y se vive *desde el cuerpo*, originándose del mismo modo que cualquier otra enfermedad (Pérez-Sales P. 1997).

La tabla resume las diferencias existentes entre las concepciones indígena y occidental de trastorno mental.

	CONCEPCIÓN OCCIDENTAL	CONCEPCIÓN CULTURAS TRADICIONALES
Origen	Agente INTERNO (Quiebre personal).	Agente EXTERNO (Agente físico (frío, agua...) o sobrenatural).
Inicio	En la MENTE	En el CUERPO (ENFERMARSE) : Orina mucho, Cansada, Dolor de cabeza, Lloro.
Modelo Cultural	Problemas biológicos Problemas personales o de relación.	Problemas biológicos (Temperatura, alimentos). Problemas de relación (envidia). Transgresión de normas

Estos dos modelos (occidental y tradicional) no son sistemas estancos sino estructuras dinámicas en constante cambio e interacción. No se trata de modelos fijos, cerrados y contrapuestos ("closed systems") sino de modelos "ideales" ("ideal type") que representan los polos de un determinado continuum. La practica en cada sistema se insertará dentro del contexto cultural (e histórico, político, social, económico), y siempre interrelación entre los diferentes sistemas médicos que coexistan en una zona. En las sociedad occidentales proliferan las formas de medicina popular que se basan en ideas similares a las de la medicina tradicional. Muchos sanadores tradicionales africanos han adoptado el uso de las inyecciones intramusculares como un modo simbólico de asimilar la tecnología occidental –ayudando a la rápida difusión del HIV en este continente -. Un sanador tradicional mapuche separa las enfermedades susceptibles de mejorar con la medicina occidental (*wigka kutrán*) de las atendidas clásicamente por él y reconoce la necesidad de utilizar los diferentes sistemas médicos según el tipo de trastorno.

El **diálogo intercultural** entre sistemas en constante imbricación encuentra su sentido en la capacidad de las medicinas tradicionales para percibir los enormes avances de la medicina occidental, y en la capacidad de ésta para percibir los elementos de la medicina tradicional de los que se carece, es decir la parte donde el terapeuta occidental no tiene respuesta y donde se requiere el diálogo con los sanadores tradicionales.

Terapéuticas Autóctonas.

Los sanadores tradicionales han recibido diferentes nombres. Mircea Eliade (1968) popularizó el término chaman, un término acuñado por la antropología de principios de siglo a partir de estudios etnográficos en Siberia y Asia central. Este concepto no ha ayudado a avanzar en el conocimiento, sino que ha acabado por ser un obstáculo. Michael Taussig (1980) lo expresa así: *'El chamanismo es un invento postizo, una categoría moderna, occidental, una reificación artefactada de prácticas disparatadas, flashes de folclorismo y folclorizaciones sobregeneralizadas, residuos de mitos establecidos hace tiempo mezclado con los intereses políticos de los departamentos académicos, los curriculums, las conferencias, los artículos de revistas y de los comités de ediciones y las agencias financieras'*. Desde esta visión es necesario intentar hablar de sanadores tradicionales y no de chamanes, de terapéuticas autóctonas y no de tratamientos *mágicos*, de técnicas que no conocemos bien, y no de efecto placebo.

El concepto de *efecto placebo* ha sido en este sentido un obstáculo especialmente importante. Se trata de un cajón de sastre, una categoría mal definida que agrupa a todo aquello para lo que la medicina académica no le encuentra una causa definida. Si bien se reconoce el poder del mismo (de un 25 a un 75% de la mejoría global de los pacientes según diagnósticos (Roberts H. et al, 1993) se considera más bien una molestia que contamina al científico puro que una herramienta a entender y optimizar.

En salud mental (utilizando el término euroamericano), los sanadores tradicionales utilizan un amplísimo abanico de técnicas que explican su eficacia. Con las peculiaridades propias de cada área geográfica y contexto cultural, destaca :

1. **Recontextualización del problema según las concepciones culturales.** El sanador ofrece una explicación y un marco de referencia coherente al problema. Este se vuelve lógico y comprensible, lo que tiene un efecto tranquilizador y terapéutico^j. La enfermedad tiene un nombre y una causa.
2. Esta comprensión es además, **integral** (el proceso de recontextualización sólo tiene sentido cuando se realiza de modo congruente con las propias normas culturales) y **empática**.

Hablamos de empatía como de la identificación que se produce entre terapeuta y paciente, la existencia de una comprensión y una sintonía íntima entre ambos. Los estudios muestran como la empatía es el principal factor responsable de mejoría en los estudios comparativos entre escuelas de psicoterapia. Aunque aparentemente para una buena empatía no es imprescindible compartir los códigos culturales, puesto que la comunicación no verbal desempeña un papel decisivo, en realidad ésta sigue también unas convenciones y normas. Así, un joven español de actitud entusiasta, con contacto visual directo permanente, con alto contacto físico e importante cercanía corporal puede resultar extraordinariamente empático en culturas latinas, pero invasivo en otras donde podría ser rechazado.

En un ritual de curación se ponen en juego múltiples elementos :

3. **Elementos de relajación corporal : Masajes**, que se pueden prolongar durante horas, **sahumerios** (es decir combustión de plantas aromáticas y ahumado de la persona), **aspersiones** (se introduce agua en la boca con la que sopla sobre el cuerpo del paciente) etc.
4. **Elementos de Hipnoterapia.** A través de los rituales de sanación la persona puede entrar en un estado mental especial a medio camino entre el sueño y la vigilia, en el que hay una mayor predisposición a la introyección de todos los elementos del proceso terapéutico.

^j Es importante entender que este proceso es universal en todas las técnicas terapéuticas. Cuando alguien consulta a un terapeuta por dificultades de relación con los demás, según el marco teórico del terapeuta recibirá una recontextualización u otra. Si es cognitivo-conductual puede explicarle que tiene problemas de asertividad o de autoestima, si es psicoanalista, el marco será tal vez de un super-ego insuficiente o de un déficit narcisista, desde una escuela sistémica se puede hablar de separaciones infantiles tempranas y de problemas en el establecimiento de vínculos (*attachment*) etc. Ninguno de estos marcos de referencia tiene en sí mismo mayor valor que el de constituirse como universos en los que terapeuta y paciente pactan una explicación y un camino terapéutico, y esto, en sí mismo, tiene un indudable valor terapéutico (puede profundizarse más en este tema en Kleinman A. *Rethinking psychiatry*. The Free Press. New York. 1988).

5. **Catarsis Pasiva.** La catarsis es el proceso por el que la persona, contando lo que le ocurre en este caso al terapeuta, logra ir teniendo una visión más distanciada emocionalmente de lo que le está pasando e implica, por tanto, buscar un término medio en la implicación emocional, de modo que ni la persona se olvida de lo que le ocurre ni está tan metida que no puede reaccionar. En la psiquiatría occidental la catársis es un proceso activo, es decir, es la persona la que en primera persona refiere lo que le está ocurriendo. Pero esto no debe por fuerza ser siempre así. En las terapéuticas tradicionales es igualmente frecuente la catarsis pasiva. En este caso es el terapeuta el que va narrando de modo prolijo y extenso lo que le ha ocurrido a la persona, reconstruyendo la historia de su dolor y resituando las cosas en un punto de mayor distanciamiento emocional. Este escucha y se deja llevar por la narración. Se trata de una técnica que requiere de un esfuerzo por parte del terapeuta.
6. **Abreacción.** La abreacción tiene mucho que ver con la catarsis activa. La abreacción es el proceso de acompañamiento que el terapeuta hace para conseguir que el paciente le ponga palabras a lo que siente y consiga verbalizarlo. En este caso lo que se busca es que un miedo inespecífico y mal definido se concrete, que la amenaza quede a la vista.
7. **Utilización de metáforas, mitos y leyendas.** La utilización de metáforas y leyendas permite (1) una función de espejo (en la cual el oyente empieza a asociar en la narración, reflejando su problema), (2) una función de modelo (las historias proponen soluciones y nuevos puntos de vista para el problema), (3) una función mediadora (se disminuyen las defensas, porque se habla en un espacio neutro, mítico, que permite esquivar la vergüenza, las inhibiciones, el ridículo o la culpa), (4) función nemotécnica (el ejemplo queda fácilmente en la memoria), (5) función desdramatizadora (a través de la narración se quita trascendencia al tema). En suma, se construye un espacio alegórico en el que jugar la partida, que ambos comparten y entienden y que evita muchos de los problemas de las terapias denotativas o explícitas.
8. **Curación simbólica.** Pero el núcleo del tratamiento es la curación simbólica. El sanador suele trabajar sobre símbolos (un animal que luego puede o no ser sacrificado, un trozo de ropa u otra pertenencia del enfermo, algún objeto manchado de sangre...) que catalizarán el mal, permitirán actuar sobre él y extraerlo, exteriorizarlo, derrotarlo. Se trata de una simbología pactada y comprensible^k. No podemos entrar aquí a la discusión completa de lo que son las terapias simbólicas. En esencia el sanador asimila las emociones de los pacientes a símbolos particularizados construidos en el proceso de recontextualización terapéutica. A continuación el sanador manipula esos símbolos transaccionales para ayudar al paciente a traspasar sus emociones. Desde una perspectiva sistémica los diferentes estratos de la realidad (ecológico- social - mente (yo consciente) – cuerpo – células – moléculas - átomos) estén en una mutua relación dinámica. Esta relación permite la manipulación de los procesos de la mente a través de la manipulación de los parámetros simbólicos a nivel social. El punto clave es que *el mundo mítico contiene los símbolos que ponen en relación (emparejan) el sistema social con el pensamiento y las emociones del paciente*^l y que una vez establecidos esos puntos de enlace se dispone de un instrumento poderosísimo para actuar sobre las emociones negativas de un modo directo, lo que ayuda a entender que las terapias tradicionales cuando son efectivas, tiene unos resultados prácticamente inmediatos.
9. **Psicofármacos : Fitoterapia, productos animales, productos minerales o productos elaborados.**
10. **Utilización del tiempo.** Se puede, en ocasiones, llegar a dedicar mucho tiempo a una ceremonia. Se concentra una gran cantidad de energía. Hay culturas en las que a través de largos cantos se pide ayuda a las fuerzas superiores, se escucha, se aconseja o se hace balance de la vida de la persona, se indaga a través del trance las causas del problema y se busca una explicación

^k Puede consultarse . Levi-Strauss C. Antropología estructural. EUDEBA. Buenos Aires. 1968 (original de 1958). Capítulo IX : El Hechicero y su magia. Capítulo X. La eficacia simbólica. y Dow J. Universal aspects of symbolic healing : a theoretical synthesis. American Anthropologists (1986) 88: 56-69.

^l El flujo del pensamiento es inconsciente, es decir, que la interpretación de los símbolos puede ser mediada por el subsistema somático sin necesidad de ser procesado por la mente consciente. Esto es una ventaja adaptativa : el inconsciente es capaz de almacenar miles de estímulos potencialmente amenazantes que requieren de respuestas no-conscientes .

comunicándose con fuerzas sobrenaturales. La persona percibe ese extraordinario esfuerzo que se realiza para él. Se trata de un tratamiento excepcional que requerirá de él un esfuerzo y un compromiso similares.

- 11. Persuasión y Prescripción de nuevas conductas.** Se refuerza la explicación del trastorno y se utiliza la autoridad moral y el poder de persuasión para prescribir conductas futuras que eviten nuevos problemas.
- 12. Apoyo de la familia y la comunidad y compromiso ante ésta.** En la mayoría de culturas tradicionales las ceremonias diagnóstico-terapéuticas tienen lugar delante de la familia y la comunidad que con su presencia o sus cantos ayudan al proceso de curación. A veces los asistentes se van acercando uno a uno al enfermo para desearle una pronta recuperación y a pedirle que siga las instrucciones del sanador y que se comporte de modo adecuado para que no vuelva a enfermar. Cualquier conducta de ahora en adelante, tendrá a toda la comunidad como juez^m.
- 13. Se provee de un ambiente social estructurado.** El tratamiento prescrito, además, refuerza por regla general el vínculo con la comunidad y la cultura. En el caso de un paciente psicótico esto es especialmente importante desde un punto de vista de rehabilitación y no exclusión.
- 14. Resignificación del rol de la persona** dentro de su familia o de su comunidad. Cuando por tradición el hecho disruptivo ha cambiado el estatus de la persona, se puede recuperar el estatus anterior (p.e. ritual de purificación tras una violación, reequilibrio con fuerzas naturales o sobrenaturales tras una transgresión de normas, resolución de un conflicto de envidia...)
- 15. Se permite la comunicación con ancestros o con espíritus de personas fallecidas.** Ritual de aplacamiento de los dioses tras una muerte violenta o un suicidio, comunicación con personas fallecidas para intentar recuperar el equilibrio con ellas.

El siguiente cuadro resume las diferencias entre un terapeuta tradicional y un psiquiatra occidental :

	Terapeuta tradicional	Psiquiatra
Recontextualización del problema.	+	+
Esta comprensión es además, integral y empática.	+	+/-
Elementos de relajación corporal	+	+
Elementos de Hipnoterapia.	+	+/-
Catarsis Pasiva.	+	-
Abreacción.	+	+
Utilización de metáforas, mitos y leyendas.	+	+/-
Curación simbólica.	+	+
Fitoterapia.	+	+
Tiempo.	+	+
Persuasión y prescripción de nuevas conductas.	+	+
Apoyo de familia y comunidad y compromiso ante ésta.	+	+/-
Se provee de un ambiente social estructurado.	+	+
Resignificación del rol de la persona	+	+
Permite la comunicación con ancestros o con espíritus de personas fallecidas	+	-

Exceptuando algunas técnicas concretas, los terapeutas tradicionales ponen en juego buena parte de los elementos que emplea un psiquiatra occidental y que estudian las modernas corrientes de psicoterapia integradora (Prochaska JO, 1984; Prochaska JO, DiClemente CC (1984), pero adaptado a (1) el contexto cultural (creencias, mitos, símbolos, estructura social y de relaciones), (2) tomando el cuerpo (visión unitaria) y no la psique (versión dualista) como elemento de partida.

Es obvio que la psiquiatría occidental utiliza recursos que no utilizan los sanadores tradicionales como psicofármacos o técnicas específicas de intervención familiar o grupal que le hacen tener un extraordinario potencial. Lo relevante es entender que todos los sistemas médicos

^m Esto significa que, como en toda estructura de sanación de base colectivista, hay un elemento positivo (apoyo) y uno negativo (opresor - controlador).

aportan elementos relevantes y que existen argumentos científicos que avalan la eficacia de las terapias tradicionales en general y muy en especial el papel de la eficacia simbólica, que, como vemos, tiene una base psicobiológica.

Conviene añadir, por último, que en el trabajo en salud mental es de una gran trascendencia respetar y potenciar las **estrategias de adaptación y afrontamiento** propias de cada cultura. Es más probable que un sanador tradicional recomiende estrategias culturalmente adecuadas que no un psiquiatra occidental. La siguiente tabla muestra esta idea. Mientras algunas estrategias de afrontamiento parecen ser universales, otros varían considerablemente :

Elementos Comunes	
<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo familiar . Apoyo social . Aumento de la cohesión grupal . Trabajar para no pensar en lo que ocurre . Autodisciplina y responsabilidad. . Apoyo en la fe religiosa. 	
Culturas idiocéntricas	Culturas Sociocéntricas o Colectivistas
<ul style="list-style-type: none"> . Aceptar la responsabilidad individual . Buscar más información . Buscar un significado profundo a la experiencia. . Reducción psicológica del agresor. . Fortalecer la identidad y los valores personales. . Fantasías compensadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> . Creencia en el Karma y el destino y el sufrimiento como caminos a estadios superiores. . Aceptación pasiva de los hechos. Resistencia por la apatía y la cosificación de uno mismo. . Negación y silencio. Evitación. . Focalizar en los nuevos problemas a resolver. . Focalización en síntomas somáticos inespecíficos. . Remarcar la responsabilidad y la solución colectiva de problemas.

Con todo ello no se intenta transmitir que es imposible trabajar en otra cultura, lo que sería caer en el nihilismo que acompaña al relativismo cultural extremo, sino que es necesario entender : (1) que hay que trabajar desde el cuerpo y no desde las cogniciones, (2) que hay que esforzarse en mantener un diálogo intercultural constante con la realidad local –generalmente mezcla abigarrada de conceptos y prácticas occidentales, populares y tradicionales y (3) que ese diálogo sólo es posible desde el respeto sincero e igualitario y no sólo desde la curiosidad intelectual.

Experiencias con sanadores tradicionales en situación de guerra o violencia política.

Existen muy pocas referencias bibliográficas de trabajos con terapeutas tradicionales, probablemente muchas menos de las que se han llevado a cabo. Peltzer (1996) describe la integración de un sanador tradicional en el trabajo con refugiados sudaneses en un campo en Uganda. El esquema es el de evaluación del caso por el psiquiatra con remisión posterior al sanador. :

‘ Una mujer de 40 años, refugiada, había sido diagnosticada de Asilaza (enfermedad – tristeza del corazón), Jok-jok (enfermedad del espíritu) y Inyanya (hechizo). La mujer había tenido un negocio en Sudán. Su marido murió durante la guerra y todas sus propiedades fueron incautadas. Por eso huyó con sus hijos a Uganda. Se presentó al puesto médico con los siguientes síntomas : hablaba a veces cosas sin sentido, temblores, dolores de cabeza, sueños de personas que la atacaban, oía voces estando sola, era capaz de adivinar donde había agua envenenada y cuando una persona había sido envenenada. Ella decía que estos poderes le venían de familia y que ya su madre los había tenido. El tratamiento tradicional consistió en la aplicación de versos del Corán, danzas rituales con tambores y sacrificar un pollo y un toro. Después de tres meses de tratamiento había habido una gran mejoría y pudo ser dada de alta tras la ceremonia de sacrificio’. (pp 126-7).

Cita un trabajo de Efraime en Mozambique en el que se describe a un muchacho que ha sido soldado y que consulta a un sanador porque siente que le persiguen los espíritus de aquellos a los que ha matado. El sanador decide hacer una ceremonia en la que deben estar presentes los padres del soldado y

en la que se permite que estos espíritus hablen a través de él. El muchacho puede escucharles y pedirles perdón. Los fallecidos piden compensación material y que el soldado ayude a los familiares supervivientes a seguir adelante, lo que éste acepta y efectivamente hace sintiéndose mucho mejor.

Hiegel (1994), describe un programa de coordinación en los campos de refugiados atendidos por Cruz Roja Internacional en Tailandia cuando llegaron los refugiados de los Khmer rojos. Su razonamiento inicial para impulsar ese programa que fue muy criticado por el resto del personal es que era éticamente inaceptable empezar a dar neurolépticos a los pacientes psicóticos cuando el futuro de los refugiados es incierto, no saben cuando van a volver a su país y en cuanto lo hagan no van a conseguir la medicación. Es un dilema similar al que se presentaba con la gente que tenía malaria. Si se la trata, después resultan mas vulnerables a las formas mortales de la enfermedad. ¿Cual es la conducta éticamente recomendable?. Hiegel crea Centros de Medicina Tradicional. Inicialmente solo había el lugar, después se dan cuenta que es necesario dotarlo de elementos fitoterapéuticos y de los requerimientos que el sanador precisa. Remarca algunas dificultades en este proceso :

- Los sanadores tradicionales no van a aceptar en seguida y con agrado el diálogo porque saben que la medicina occidental les tiene en menos y se van a sentir fácilmente juzgados o minusvalorados. Hay que demostrarles que se les respeta y se quiere una relación entre iguales. Es importante no entrar en competición y reconocer que ambos sistemas médicos tiene éxitos y fracasos.

- Algunos sanadores pretenden ser capaces de curarlo todo. No es buena táctica intentar demostrar lo contrario, porque solo se va a provocar un mayor empecinamiento y posturas más extremas. Para Hiegel suele tratarse más de afirmaciones para defender su prestigio que de autentica falta de sentido común.

- Es muy importante que los sanadores sientan que pueden trabajar con entera libertad sin preocuparse por el porcentaje de éxitos o fracasos que tengan. Debe quedar claro que los sistemas son complementarios y no que están compitiendo. Así se favorece que haya referencias mutuas.

Respecto a si debe entrenarse a los sanadores tradicionales en la medicina occidental, lo rechaza frontalmente. Considera que lo que se consigue es hacer una especie de payasos que no son una cosa ni la otra y refiere, anecdóticamente, de algún sanador entrenado en medicina occidental por ONGs que se paseaba por el campo con un estetoscopio que no sabia usar.

En su trabajo pone varios ejemplos de trastornos mentales para los que parece haber una superior eficacia de los sanadores respecto a los psiquiatras : 'Llegaban con frecuencia niños Khmer a los que se les veía infelices. Los padres les acusaban de golpear al resto de la familia, de huir de casa, destruir las pertenencias familiares etc. Entre los antecedentes en común estaba el que todos habían nacido con el cordón umbilical rodeando alguna parte de su cuerpo, generalmente el cuello. No lloraron inmediatamente después del parto y necesitaron reanimación. De acuerdo con una creencia tradicional Khmer los niños desde su estancia en el feto tienen un espíritu (Kru Komneut) que resulta ofendido por un parto tan malo. Se requiere una ceremonia para desagrarar al espíritu del niño. La ceremonia del sanador se realiza en presencia del niño. La gente se agrupa alrededor de un arbol-banano joven. se queman diversas hojas, incienso, velas, nueces y flores de jazmín y se hacen ofrecimientos. A los dos días el comportamiento de los niños comienza a cambiar y se vuelven sonrientes, relajados y felices. Nosotros vimos bastantes casos que seguimos durante años comprobando que el cambio era total y permanente'.

La explicación que da es que la madre cuando nace sabe lo ocurrido e inconscientemente actúa en concordancia al tipo de niño que 'seguro' que tiene. Esto lleva a un patrón de interacción. El niño responde a estas expectativas con su conducta. La comunidad funciona en este sentido de igual modo. La ceremonia sirve para cambiar el estatus del niño delante de la comunidad y de la familia. Tras la ceremonia se asume que ya es un niño 'curado' y se le trata de modo distinto, con lo que también su conducta cambia.

En el campo de refugiados los sanadores tradicionales recomendaban elementos específicos a tener en cuenta en el tratamiento : por ejemplo en qué orientación debía colocarse la cama, o que para muchas mujeres era necesario respetar la costumbre Khmer de quemar incienso baja la cama de una mujer que acaba de parir para evitar que se acumule 'mala sangre' en el útero. Los médicos de los campamentos observaron cómo cuando se convenció al personal del hospital para que lo hicieran, el numero de quejas post-parto o de problemas psicosomáticos posteriores disminuía. En los casos en que estas quejas se producían esta claro, los sanadores tradicionales las podían resolver a través de una ceremonia de 'limpieza'.

Ventajas y Desventajas del trabajo con terapeutas tradicionales. Trabajar con terapeutas tradicionales, si se lograra, tiene unas innegables ventajas, aunque no hay que tener tampoco una visión romántica. La Organización Mundial de la Salud ya señalaba en su famosa declaración de Alma Ata (1979) y en documentos anteriores (WHO, 1978) la necesidad de integrar a los sanadores en la consecución del objetivo de atención primaria en salud de cobertura universal. Como consecuencia de aquellos documentos hubo un interés renovado por los terapeutas tradicionales.

El tiempo ha ido mostrando que se han integrado poco, con dificultades y que su aporte al objetivo Salud para Todos no ha sido el esperado. El mensaje era que había que intentar, de algún modo una *profesionalización* de los terapeutas tradicionales lo que se ha mostrado como muy difícil. Aunque ha habido un aumento de la organización y han surgido asociaciones nacionales de terapeutas tradicionales en muchos países y áreas geográficas del mundo, los antropólogos constatan en múltiples culturas cómo el número de sanadores va disminuyendo rápidamente en estas últimas décadas, creciendo el sector de la medicina popularⁿ o siendo directamente sustituidos por la medicina occidental. La integración se ha mostrado imposible por múltiples razones : competencia desigual y en inferioridad al entrar en una dinámica pseudomédica que no es la propia, heterogeneidad de prácticas, pérdida de cohesión de las comunidades y cambio del estatus de autoridad moral a favor de otras figuras externas a la cultura (políticos, ejército, autoridades locales...), cambio del patrón de residencia de la población etc. Además su legitimidad no puede emanar de la validación externa, sino de su propio carisma y de las tradiciones. Es difícil que el prestigio pueda venir desde una lejana burocracia gubernamental.

Velimirovic (1990) hace la crítica más radical. En su opinión la iniciativa de la OMS era bien intencionada, pero mal orientada. Considera que la integración de sanadores desde 1978 no ha contribuido prácticamente en nada a conseguir los objetivos de salud universal para el 2000, en parte, afirma, porque la definición de la OMS de medicinas tradicionales nunca fue clara, ni su asunción poco fundamentada de que es eficaz, ignorando sus muchos fallos y carencias –como por ejemplo su incapacidad para prevenir o curar la malaria, el cólera, la fiebre amarilla u otras enfermedades. En muchos casos su visión de las enfermedades fueron tan perjudiciales para el trabajo que se convirtieron en un problema más que en una ayuda. Además, en muchos países en desarrollo la medicina tradicional no es tan popular como se quiere ver, y hay mucha gente que prefiere consultar a la medicina oficial o a paraprofesionales entrenados, aunque estén mucho más lejos geográficamente.

Estas críticas tiene un fondo de verdad : la contribución de los terapeutas tradicionales a la disminución de la morbi-mortalidad infecto-contagiosa ha sido sin duda escasa, y algunos terapeutas se han enfrentado a las formas de medicina oficial por considerarlas contrarias a la cultura. Pero la medicina –sobretudo en atención primaria- es mucho más que el alargamiento cuantitativo de la vida a través del control de neoplasias e infecciones.

En la atención en salud mental hay algunos puntos críticos relevantes :

- (1) Atribución de causalidad. Acorde con lo que decíamos anteriormente, ante la detención, la tortura o la muerte, la interpretación de un terapeuta tradicional es probable que tenga que ver con causas locales (envidia, ruptura del equilibrio con vecinos o con fuerzas naturales....) lo que entra en contradicción con la visión de un terapeuta occidental que consideraría en primer lugar las causas generales (sistema político represor, conflicto bélico, núcleos de poder...). Así, ante la desaparición y posterior ejecución de una persona pueden comprender y apoyar el proceso de duelo de la familia, pero llevarnos a contradicciones cuando en lugar de hablar de, por ejemplo, la represión, se formula el problema en términos de una antigua disputa por animales entre la familia de quien denunció y la familia del desaparecido y se plantea la resolución en términos de restaurar

ⁿ La Medicina Indígena tiene sus raíces en las culturas originarias de cada zona y se distingue de la Medicina Popular surgen a lo largo de los procesos de colonización por el contacto. Así, por ejemplo, en América Latina frente a los sistemas médicos maya , quechua o aymará, existe en la actualidad una medicina popular que surge como fenómeno sincrético a partir de las prácticas de la medicina nativa prehispana introducida por los conquistadores (flebotomistas, barberos, herboristas, comadronas, curanderos, hechiceros...) y de las prácticas tradicionales indígenas y expresados hoy en otras figuras (santiaguadores, quebradores de empacho, yerbateros, componedores de huesos, parteras, naturistas, iridólogos etc.). Mientras los primeros son sistemas reglados con un proceso de asunción de rol y de formación más o menos largo y estructurado, la segunda se trata de un conglomerado polimorfo y no reglado.

el equilibrio entre las familias. Esto puede dar lugar a graves problemas al interpretarse erróneamente que detrás hay una convivencia de la medicina tradicional con las estructuras represoras.

- (2) En función de ello, los objetivos del tratamiento también pueden diferir sustancialmente, centrándose en la comunidad, pero sin una perspectiva socio – política.
- (3) Independientemente de que desde una perspectiva tradicional se primen la causas locales, lo que no significa nada respecto a la posición política del terapeuta, si puede que además, efectivamente, algunos sanadores sean parte de la estructura de poder opresor. Taussig (1980) ha publicado en profundidad sobre la relación entre chamanismo, terror y poder. Un exceso de preocupación por favorecer a los terapeutas locales dejó a refugiados rwandeses en manos de aquellos que precisamente habían sido co responsables del genocidio de su pueblo unos meses antes.
- (4) No es difícil distinguir entre un terapeuta tradicional y un charlatán. Todo sistema médico tiene unos ritos de admisión / elección de la persona, un largo proceso de aprendizaje más o menos reglado y unos criterios de validación desde la comunidad o desde de otros terapeutas. Pero si se desconocen todos estos aspectos, puede ser un serio problema.

Ventajas	Inconvenientes
<ol style="list-style-type: none"> (1) Trabajo desde la cultura. Utilización de estrategias terapéuticas no asequibles con facilidad para un terapeuta occidental (2) Más respetuoso éticamente, (3) Eficacia documentada. (4) Refuerzo de las estrategias adaptativas propias de la cultura (5) No problemas con idioma ni necesidad de traductores. 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Atribución de causalidad imprevisible, (2) Objetivos divergentes, (3) Algunas prácticas podrían no ser respetuosas con los derechos humanos. (4) Los sanadores a veces pueden estar aliados con las fuentes de poder. (5) Es necesario poder distinguir a los auténticos terapeutas tradicionales (ritual de iniciación, proceso de formación de años, experiencia) del terapeuta empírico sin formación o el charlatán.

Modelos de interacción.

Para Hiegel (1994) hay tres modelos posibles de interacción : (1) los pacientes son examinados primero por médicos entrenados que deciden si el caso es susceptible de ser remitido al sanador. (2) el sanador los ve primero, actuando como un médico de cabecera que deriva a atención especializada aquellos casos que no puede atender, (3) lo que ellos recomiendan : los dos servicios están abiertos y es la propia gente la que decide cual quiere que sea la 'puerta de entrada' al sistema. Después hay un sistema de referencias mutuas o incluso de valoraciones conjuntas, de los casos.

Una opción alternativa es la del modelo KCBM (Kruu Khmer, Counseling, Buddhism, Medication). Se trata de un esquema de tratamiento en salud mental que se viene desarrollando desde hace más de 15 años en el campo II de desplazados camboyanos en la frontera tailandesa (Harvard Program in Refugee Trauma (1996). Se basa en las prácticas de los terapeutas tradicionales del pueblo Khmer (Kru Khmer) - que utiliza fitoterapia, masajes y diferentes tipos de ceremonias rituales -, considera al Counseling y al Budismo métodos diferentes pero compatibles de permitir que la gente emocionalmente afectada encuentre apoyo, y utiliza las Medicaciones occidentales como un modo de dar alivio inmediato a ciertos síntomas particulares –indicados especialmente en trastornos psicóticos – . Es decir, se usan elementos terapéuticos Khmer y occidentales desde los esquemas de cultura y pensamiento Khmer. Para ello se trabaja en equipos de co-terapia con un trabajador de salud mental local bilingüe y un terapeuta occidental que discuten y preparan las sesiones, o pueden interrumpir la sesión para discutir entre ellos cómo está yendo la entrevista y por donde debería seguirse. Ambos acuerdan el mejor enfoque posible para el paciente dentro de los ejes K.C.B.M., recurriendo para ello a los terapeutas tradicionales o a los monjes budistas que viven en el campo de refugiados–con los que previamente se ha venido estableciendo contacto -. Es importante tener en cuenta que, pese a que las sociedades asiáticas son colectivistas, el modelo budista tradicional entiende el sufrimiento y las

tragedias como resultado del 'karma' individual, relacionado con hechos y vidas anteriores, lo que significa que se estimula la supresión de la ira y la conformidad individual más que las formas de apoyo y organización colectivas, lo que obliga a primar, en muchos casos, el tratamiento individual en lugar del grupal preferible en otras culturas.

Cualquier que sea el esquema que se elija, la articulación siempre va a ser difícil. Estos son algunos de los problemas que pueden encontrarse (Peltzer, 1996, Hiegel, 1994, Pérez-Sales 1997) :

Problemas estructurales.

- Educar a los sectores más reacios (iglesia, sanidad oficial, oficiales de agencias internacionales...) respecto a la conveniencia y a la necesidad de trabajar con los sanadores tradicionales.
- Los promotores de salud que tienen convicciones cristianas tradicionales pueden rechazar el trabajo con los sanadores tradicionales. Identificación con brujería
- Falta de materiales –especialmente en campos de refugiados- (hierbas etc)
- Los sanadores tradicionales no están reconocidos
- Problemas de transporte.
- Dificultades para seleccionar con quienes trabajar (envidias, pueden generarse problemas entre ellos).

Problemas de articulación entre sistemas.

- Identificar los principales síndromes (etnoclasificación local) para facilitar el diálogo entre los dos sistemas.
- Identificar diferentes especialidades dentro de los sanadores.
- Identificar las enfermedades susceptibles de referencia mutua .
- Disponer de un listado de sanadores de la zona que aceptarían integrarse en un sistema intercultural y ponerla a disposición de los facilitadores culturales.
- Discutir la conveniencia de mantener algún tipo de registro común con algunos datos básicos respecto a datos de identificación, motivo de consulta etc., sopesando las ventajas desde un punto de vista epidemiológico y de seguimiento de casos y las desventajas de desvirtuar y contaminar el trabajo de los sanadores tradicionales.
- Precio (sacrificio de un animal versus atención gratuita por parte del Estado).
- Articulación práctica de los sistemas mutuos de referencia.

Hay algunas áreas donde –a priori- tendría especial interés la perspectiva intercultural. :

1. Problemas derivados de la esfera sexual :

- a) Abuso, relaciones forzadas, embarazo. Ventaja : Mejor comprensión del papel de la sexualidad y sus connotaciones en la cultura. Inconvenientes : En algunas culturas los sanadores son mayoritariamente masculinos; problemas de confidencialidad respecto a la familia, algunas normas pueden ser muy represivas y sancionar negativamente este tipo de problemas aumentando la culpabilidad o el estigma.
- b) Infertilidad. Dificultades en la relación de pareja.
- c) Problemas menstruales.

2. Problemas derivados de la relación con la muerte :

- a) Muerte o asesinato de algún miembro de la familia, especialmente si éste se ha producido lejos del hogar y no se han podido celebrar los rituales de despedida del difunto.
- b) Suicidio.

3. Problemas con síntomas somáticos prominentes, especialmente cuando el sanador tradicional y la persona afectada reconocen una posible influencia de elementos espirituales (pérdida de energía interna o de fuerza espiritual, agresión o posesión por fuerzas externas).

4. Cuando la persona pide explícitamente algún tipo de consejo : dudas sobre la identidad cultural, el futuro personal, decisión respecto a trabajo, cambio de residencia etc.
5. Problemas de conducta en niños.
6. Síntomas de ansiedad : insomnio, pesadillas, inquietud, incapacidad para trabajar .
7. Consumo abusivo de alcohol, especialmente cuando este tiene que ver con evitar los problemas.

Resumen y Conclusiones.

En cada cultura coexisten diferentes sistemas médicos. Estos no son elementos estancos y aislados, sino dinámicos y en continuo intercambio e interacción. Desde esta perspectiva . los terapeutas tradicionales propios de las culturas indígenas, aunque no son la panacea de nada, si constituyen elementos a tener siempre en cuenta en el trabajo con víctimas de la guerra y la violencia, puesto que disponen de herramientas terapéuticas adaptadas al medio y de algunas herramientas adicionales de las que un psiquiatra o un psicólogo ajenos a la cultura suelen carecer. En la actualidad sabemos más de las dificultades de articulación que de los éxitos y constituye sin duda un reto avanzar en esta dirección. Para ello hará falta construir una relación de mutuo respeto y confianza y entender que se trata de sistemas médicos que deben aprender y complementarse el uno del otro. El punto es, como en la fábula, encontrar ese justo término en el que los erizos se daban calor los unos a los otros sin pincharse.

Si finalmente se llega a la conclusión de que la colaboración, por cualquiera de las múltiples razones citadas, es imposible, queda al menos intentar aprender lo máximo para aplicarlo en nuestro trabajo. Como primera y más importante lección es muy importante la idea de que la terapia centrada en el trauma es relevante en las sociedades con modelos causales intrapsíquicos, pero en aquellas en que el origen del problema sea externo, en que haya modelos colectivistas, y atribuciones de causa de índole generalmente local, hay que trabajar desde una concepción comunitaria, centrada en los síntomas somáticos y que incida en los vínculos de la persona con quienes le rodean.

Bibliografía.

- . Eliade M. (1968) El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Extasis. Fondo de Cultura Económica.
- . Harvard Program in Refugee Trauma. (1996) Harvard Guide to Khmer Mental Health. Cambridge. Massachusetts.
- . Helman C.G. (1994) Culture, Health and Illness. Butterworth & Heinemann.
- . Hiegel JP.(1994) Use of indigenous concepts and healers in the care of refugees : some experiences from the Thai border camps. En Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J. Amidst peril and pain. The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees. American Psychological Association.
- . Fernandez-Dols JM, Iglesias J, Mallo MJ. (1990) . Comportamiento no verbal y emoción. En Palafox S, Vila J. Motivación y Emoción. Alhambra Universidad.
- . Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture. University of California Press. Berkely. California.
- . Peltzer K. (1996) Counselling and Psychotherapy of victims of organised violence in sociocultural context. IKO. Frankfurt.
- . Pérez-Sales P. (1997) Elementos de cultura mapuce para trabajadores de salud mental (mimeo). Temuco. Chile.
- . Pérez-Sales (1997) Perceived and attended mental health needs in relatives of people detained-dissappeared or executed for political reasons in Chile. A study in mapuce and non-mapuce persons. (en prensa).
- . Pérez Sales P, Durán Pérez T, Bacic Herzfeld R. Muerte y desaparición forzada en la Araucanía. Una aproximación étnica. Efectos psicosociales e interpretación sociocultural de la represión política vivida por los familiares de detenidos-desaparecidos y ejecutados mapuches e hispanochilenos. IX Región. Chile. (1973-90) (en prensa)
- . Prochaska JO. (1984) Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis. Homewood. Illinois. The Dorsey Press.
- . Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach : crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood. Illinois. Dow Jones. Irwin.
- . Roberts A.H., Kewman D.G., Mercier L, Hovell M. (1993) The power of nonspecific effects in healing: implications for psychosocial and biological treatments. Clinical Psychology Review 13:375-391.
- . Taussig M. (1980) The Devil and Commodity Fetishism in South America. University of North Carolina Press.
- . Velimirovic B. (1990) Is integration of traditional and Western medicine really possible?. En Coreil J. And Mull JD (ed) Anthropology and Primary Care. Boulder. Westview Press pp 51-78. (Citado en Helman C.G. (1994) Culture, Health and Illness. Butterworth & Heinemann)
- . World Health Organization (1978) The promotion and development of traditional medicine. WHO Tech. Rep. Ser. 622. Ginebra. WHO.
- . World Health Organization (1979) Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000 : Guiding Principles and Essential Issues. Ginebra. WHO.

Discusión.

Judith: En nuestra cultura a veces no tenemos en cuenta el hecho de que hay múltiples terapias distintas a la psiquiatría y a la psicología, que no es lo único disponible, como por ejemplo la imposición de manos y otras. ¿ Verías estas terapias como una posibilidad para curar una depresión? En cuanto al hombre al que le desapareció la depresión en 36 horas con el rito del machitún. ¿Cuántos casos así viste y por qué le llamas depresión mayor? ¿Cómo el sanador tradicional explicó la curación? ¿Era realmente una depresión?

Pau: El diagnóstico de depresión mayor venía del servicio de psiquiatría del hospital y era allí donde le habían puesto el tratamiento antidepresivo. Lo que hizo la machi en esta ceremonia fue reinterpretar todas las muertes que habían sucedido en muy poco tiempo en la familia de esta persona y hacerle ver que en realidad lo que ocurría era que él había tomado conciencia de su propia muerte. Le estuvo hablando durante horas de lo que es la muerte, de que no había que tenerle miedo porque la muerte y la vida son la misma cosa, tranquilizarle y hacerle ver que la muerte de los familiares y la suya era parte de un proceso natural necesario. El manejo de causa que hizo fue cultural, la machi se circunscribió al tema de la muerte y no habló de las causas o del contexto político en el que esas muertes se produjeron.

Richard: Creo que estamos eludiendo el tema esencial que tiene que ver con la visión que el mundo moderno tiene del sanador tradicional. Y ¿ Qué quiere decir ser una persona moderna en un mundo moderno?. Cuando yo era pequeño y me estaba preparando para la primera comunión me dijeron que iba a comer el cuerpo y a beber la sangre de Jesúscristo, y me lo creí. Por lo tanto ¿qué quiere decir ser moderno?. Estamos evitando el plantearnos temas como ¿existen los espíritus? ¿existe la sangre y el cuerpo de Jesús? ¿ Hay vida después de la muerte?. Los grandes misterios. Dentro de nuestro “ mundo moderno” tenemos los mismos planteamientos espirituales que los sanadores tradicionales y la gente de otras culturas, pero lo negamos porque decimos que somos gente moderna. En Camboya estuve con unos 50 médicos que habían tenido una formación euroamericana y sin embargo me decían que creían en la posesión de los cuerpos por espíritus; uno por uno me dieron testimonios sobre, por ejemplo, una hermana que se estaba muriendo y entró un espíritu y la curó y otras historias similares. Y me hicieron la pregunta que yo le planteo ahora ¿usted cree en los espíritus?

Pau: Da igual que yo crea o no en los espíritus si TU crees en ellos. Lo importante no es lo que yo crea, sino lo que tu crees. En psiquiatría, se coja el modelo que se coja, se trabaja siempre con símbolos y mitos. El edipo, el chivo expiatorio, la fobia como *condicionamiento* no son sino símbolos de un paradigma compartido como lo es la eucaristía, la reencarnación o cualquier otro. Entonces ¿existe o no existe el edipo o la eucaristía o la posesión por espíritus? Para quien le sirva que lo use. Si es útil hay que usarlo. Ese es el dato relevante en salud mental.

Elizabeth: ¿Crees que el terapeuta necesita compartir la creencia para ser eficiente?

Pau: No necesariamente, lo que está claro es que si compartes la creencia eres mas eficaz, eres más empático, la manera de interactuar es distinta, pero no es condición necesaria aunque ayude mucho.

Antonio : En todo lo que respecta a la mente humana, de lo que sabemos muy poco, el contexto cultural es muy importante y sin estar de acuerdo con ese contexto es muy difícil que se realicen ciertas curaciones. Pero con esas afirmaciones de que las enfermedades son sistemas y constructos culturales no estoy de acuerdo ¿cómo se puede considerar un cáncer de estómago o un derrame cerebral o una infección como un constructo cultural?. Actualmente está de moda entre los sociólogos el considerar que la ciencia son puros convenios y tampoco estoy de acuerdo con eso. Además las terapias tradicionales pueden tener sus peligros, incluso pueden llegar a la violación de los derechos humanos como ocurre en Egipto con la ablación de clítoris de las niñas.

Pau: Respecto a lo primero, el cáncer de estómago es una enfermedad para quien sepa que el cáncer de estómago existe y, efectivamente, se morirá de cáncer de estómago, pero, para él, se está muriendo de otra cosa distinta. Estoy de acuerdo con que la cultura llega hasta donde llega el respeto a los derechos humanos. Nada que objetar. No creo que nadie discuta eso hoy en día.

Dario: Hay un problema de conceptualización, algunos podemos aceptar un determinismo cultural pero no tenemos por qué aceptar una visión construccionista de la realidad. Por ejemplo, a mi me da igual que la gente diga que el SIDA es SIDA o que no lo es, pero el caso es que la población africana tiene una disminución de la expectativa de vida y una crisis económica por el SIDA. Si alguien define algo como real tiene efectos reales, pero a la inversa es incorrecto, si alguien no define algo como real, no por eso no va a tener efectos reales.

Pau: Cada sistema cultural da nombres distintos a las distintas cosas. El SIDA existe, pero es un determinado sistema médico el que agrupa unos síntomas constituyendo un síndrome y le pone una causa y en otro sistema médico eso puede tener otra agrupación, otra explicación y otro nombre. Está claro que la realidad está ahí, pero la manera como se construye socialmente es distinta en las distintas culturas.

Dario: No hay que confundir el que algo no tenga una denominación cultural específica con que no esté muy desarrollado cognitivamente y con que no tenga un efecto. El efecto placebo no hay que desdeñarlo, en nuestras culturas mejora al 30% de la gente y no tiene por qué ser explicado mágicamente. El efecto placebo es explicable y hay que tenerlo en cuenta.

Pau: El problema del efecto placebo es que la medicina euroamericana lo considera como algo molesto que hay que controlar en los estudios experimentales y en la realidad para encontrar lo que *de verdad* hace efecto, en lugar de intentar entenderlo para manejarlo de un modo óptimo. También hay que tener en cuenta que no hay que confundir lo que es la medicina tradicional de lo que es la medicina popular o los charlatanes y a veces en culturas distintas a la nuestra no es fácil distinguirlos.

Parte III

Las actuaciones psicosociales a debate

Elizabeth Lira.

Mirando hacia atrás: un balance de 20 años de iniciativas en el cono sur

Introducción

Las dictaduras del Cono Sur han sido descritas como regímenes de terrorismo de Estado. En Uruguay y Chile los golpes militares ocurrieron en 1973 y en Argentina en 1976. A pesar de sus diferencias específicas, cada uno de esos regímenes represivos tuvo modalidades análogas aunque con distinta magnitud, intensidad e impacto. Se masificó la tortura, el exilio, la desaparición de opositores o su muerte. El miedo caracterizó las relaciones sociales. La defensa de la vida de los perseguidos dependió en cada país de las estructuras sociales y jurídicas existentes y en particular en Chile dependió de la capacidad de las comunidades religiosas de convocar a una defensa moral de los perseguidos, lo que se tradujo en la organización de su defensa legal y social en el Comité de Cooperación para la Paz, creado en octubre de 1973, continuando a partir de 1976 en la Vicaría de la Solidaridad, organismo pastoral del Arzobispado de Santiago, que se cerró a fines de 1992. En Uruguay no fue hasta 1981 que se estableció un organismo de derechos humanos, el Servicio Paz y Justicia, después del Plebiscito de 1980. Probablemente el carácter secular de la sociedad uruguaya implicaba que las instituciones religiosas tuvieran escasa legitimidad social y escasa influencia real en las conciencias de los individuos y en las instituciones sociales. Al mismo tiempo es allí donde se dio la represión más intensiva. En una población de 2 millones setecientos mil habitantes, según informaciones de la época, uno de cada 50 habitantes fue detenido, interrogado y torturado o padeció el allanamiento de su hogar. El miedo fue, entonces, la principal característica de la convivencia social generándose un exilio masivo. Era como si toda la sociedad uruguaya estuviese en prisión.

En Argentina existían organismos de derechos humanos creados con anterioridad al golpe militar de 1976. Algunos se habían generado en espacios religiosos de carácter ecuménico. La mayoría fueron creados después de 1976 como redes entre personas e instituciones que no tenían relaciones con instituciones religiosas de ningún tipo, menos aún con la Iglesia Católica, ya que la mayoría de sus obispos tenían gran cercanía al régimen militar y no prestaron ningún apoyo oficial a la defensa de los perseguidos. La mayoría de estos organismos se mantuvieron, a pesar de la represión política de la que fueron objeto, prestando servicios legales, sociales, de denuncia y de salud mental.

Panorama general

La mayoría de las acciones de salud desplegadas inicialmente, dependieron de redes profesionales solidarias privadas y semi clandestinas que existieron en todos los países, sin mayor apoyo. En Uruguay y Argentina la atención de salud y salud mental se institucionalizó al término de las dictaduras. En Chile, ya desde 1974, los organismos de derechos humanos y esas redes solidarias trabajaron conjuntamente. Más tarde se crearon instancias de salud en los propios organismos, que existieron hasta el cierre de dichas instituciones, lo que se ha ido produciendo paulatinamente a partir de la transición. Las orientaciones teóricas y clínicas en el campo de la salud mental dependieron de la formación de los profesionales y del desarrollo de las disciplinas (psiquiatría, psicología) en cada país. Los hechos están próximos, las condiciones en las que se trabajó tuvieron enormes limitaciones, lo que repercutió en la posibilidad de registrar la atención prestada y documentar las acciones de salud realizadas. Estos factores inciden en que cualquier balance de ese período sea muy limitado. La mayoría de estas experiencias se conservan en manuscritos, documentos de trabajo y testimonios personales y no han sido publicadas. Los trabajos más difundidos, corresponden en cada país, a aquellas publicaciones que tuvieron una perspectiva psicosocial y política.¹ Los trabajos propiamente clínicos han tenido una menor difusión. El trabajo clínico y psicosocial desarrollado en Chile ha sido comparativamente el más documentado incluyendo la experiencia institucional.² En el caso de Uruguay, la mayor parte de la sistematización sobre el impacto de la represión política en la salud

mental, fue desarrollada por profesionales en el exilio y luego en el país, desde que empezó el des-exilio y por los profesionales que empezaron a trabajar en los organismos de derechos humanos. Parte de ese trabajo se encuentra en artículos de revistas y en un número de publicaciones de difusión limitada. Otros fueron presentados en congresos y no fueron publicados posteriormente.³

En todos los países los registros dan cuenta de reflexiones frente a problemas específicos y existe escasa documentación referida a las instituciones, su forma de organización y sus modalidades concretas de funcionamiento. En Argentina las publicaciones de libros y documentos, más allá del campo de salud mental, las discusiones en el campo universitario y público han permitido documentar problemas y tener mayor información. Hay además dos instancias importantes a destacar: la creación de la cátedra obligatoria de Psicología, Ética y Derechos Humanos en la Universidad de Buenos Aires como recomendación del Informe de la Comisión Sabato y el Tribunal Ético de la Salud, realizado en noviembre de 1987, juzgando, en ausencia, a profesionales de salud, de quienes constaba que colaboraron profesionalmente con la represión política. Se trataba principalmente de médicos que transgredieron el juramento de Hipócrates.

En síntesis, en el Cono Sur, las posibilidades de organización de equipos de salud mental variaron de país a país, de acuerdo a las situaciones específicas de la represión política local y de la institucionalización de la demanda. En los organismos de derechos humanos y los programas de salud existía un gran consenso respecto al carácter político de la represión, a las semejanzas y diferencias represivas en cada país y a los efectos del terrorismo de estado y sus secuelas, no solamente a nivel de la salud y la vida de las víctimas, sino a nivel psicosocial y político. En Argentina y Uruguay la orientación psicoanalítica predominaba en los profesionales que se vincularon a esta tarea. En Chile, en la creación de los programas de derechos humanos, tuvo mucha influencia la perspectiva médica de salud pública en el campo psiquiátrico y el enfoque psicosocial desde la psicología, sin identificarse específicamente con una orientación teórica y clínica determinada. A ello se sumaba la fuerte tradición organizativa de los sectores sociales, que se expresaba en las modalidades de constitución de la demanda. Se crearon equipos interdisciplinarios de salud mental en los que participaron trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos, cuyo abordaje de los problemas fue básicamente proporcionar atención en crisis, lo que fue definido posteriormente como atención de emergencia. Paralelamente los organismos de derechos humanos se preocupaban de los problemas legales y sociales tales como desempleo, falta de vivienda y situación represiva. En consideración de esos problemas se crearon talleres de capacitación para diversos tipos de oficios y artesanías, buscando comercializar esa producción. Estas iniciativas tuvieron efectos sociales y terapéuticos más que económicos, dadas las condiciones de sobrevivencia de los pacientes, y las sucesivas crisis económicas que afectaron al país entre 1974 y 1982. El tipo de desarrollo de la economía chilena no facilitó que estas iniciativas en pequeña escala tuvieran posibilidades de ser rentables.

Las modalidades represivas dirigidas a los profesionales de salud mental en cada país fueron diferentes. En Argentina y en Uruguay los profesionales vinculados a personas afectadas por violaciones de derechos humanos se les suponía simpatizantes de los subversivos -incluso los abogados-. En general, el criterio predominante fue la persecución de los profesionales en tanto militantes de partidos políticos de izquierda o de personas con real o supuesta vinculación con las organizaciones políticas perseguidas, más que en su calidad de profesionales de organismos de derechos humanos. Sin embargo, algunos casos contradicen esa tendencia, señalando una vez más la dificultad de establecer las características nítidas de la represión concreta, favoreciendo el impacto de estos hechos sobre el clima de miedo existente en esas sociedades.

La magnitud de la población afectada por violaciones de derechos humanos ha sido difícil de dimensionar hasta ahora. El grado de terror que se generó en las sociedades influyó fuertemente en la percepción subjetiva de la represión política. La convicción colectiva generalizada aludía a cifras muy altas de presos, muertos, desaparecidos y de nacionales en el exilio, de acuerdo a la modalidad represiva de cada país. Las cifras que se aceptaban corrientemente hacían referencia a cientos de miles de personas afectadas. Estos números constituían más bien una metáfora del terror que se hizo parte del imaginario social, indicando que el miedo era enorme y los afectados, incontables. Dadas las restricciones de información disponible, ya señaladas, no es posible efectuar un balance y una

comparación más específica entre los países del Cono Sur, especialmente en referencia a la conceptualización clínica, los diagnósticos utilizados, las modalidades de intervención, la evaluación y el impacto de este trabajo en general.

La segunda parte de este trabajo se refiere a aspectos específicos del trabajo de salud mental en Chile, en particular al proceso de búsqueda de una conceptualización apropiada al problema y a las formas de intervención grupales y comunitarias desarrolladas.

Aspectos teórico - prácticos desarrollados por los equipos chilenos en el trabajo de salud mental y derechos humanos

Los organismos de Derechos Humanos, ya desde 1977 mostraban un volumen sostenido de consultantes. Los motivos de consulta hacían referencia de manera directa al padecimiento psicológico causado por la situación represiva, la que afectaba integralmente la vida del paciente. La detención y la tortura se asociaba al allanamiento violento de la morada, al amedrentamiento de la familia, vecinos y personas cercanas, a la pérdida del empleo. De esta manera se trata de una situación compleja. Desde el inicio se realizó una distinción importante entre las reacciones psicopatológicas observables y la noción de trauma. Era evidente que la gran mayoría de las personas afectadas por la represión política podían ser descritos como traumatizados, sin embargo había menos convicción acerca de la utilidad de utilizar las categorías psicopatológicas para identificar la sintomatología y el padecimiento. Por ello las categorías psicopatológicas conocidas no se utilizaban como criterio de clasificación de los pacientes sino las situaciones represivas padecidas por los sujetos, lo que se denominó posteriormente diagnóstico situacional.⁴ Esta identificación provenía originalmente de la categorización legal asignada, la que resultó ser un dato relevante para diferenciar el origen y tipo de padecimiento del sujeto o la familia, identificando la o las situaciones traumáticas sufridas. Esta categorización refleja a su vez, uno de los elementos del enfoque terapéutico que se desarrolló progresivamente en los equipos de salud mental.

Este tipo de diagnóstico difiere de los tradicionales porque hace referencia a la situación de violación de derechos humanos que está en el origen del padecimiento, lo que no permite que un problema de origen sociopolítico se encubra como un problema de origen psicopatológico individual ni se desconoce tampoco las dimensiones psicopatológicas específicas que puedan estar implicadas. Esta manera de nombrar el padecimiento- identificando la situación que lo origina - impide su reducción a la sintomatología, la que puede ser observable en situaciones de origen muy diferente. Sería erróneo entenderlo como un diagnóstico referido a un síndrome específico de la tortura, del torturado, del exilio o del exiliado, no obstante la situación política que les ha afectado pueda ser descrita en términos semejantes o análogos. Cada sujeto (y cada familia), como lo ha demostrado nuestra larga experiencia clínica, reaccionará a una experiencia traumática en el marco de sus circunstancias vitales actuales y de acuerdo a su historia pasada. Con sus recursos personales y sus limitaciones. De acuerdo a su estructura de personalidad y de acuerdo al significado atribuido a la situación, es decir, según todos aquellos factores que posibilitan la respuesta específica de cada cual. El diagnóstico de estrés postraumático ha intentado ser aplicado a las situaciones de violaciones de derechos humanos, en especial a la tortura. Sin desconocer la funcionalidad de este diagnóstico, al estar incorporado dentro de los cuadros psiquiátricos reconocidos oficialmente en la mayor parte de los países, tiene diversos inconvenientes producto de su carácter general y de la imprecisión respecto al proceso psicopatológico que se desencadena. En el cono sur no ha sido aplicado a los casos de padecimiento psicológico ligados a violaciones de derechos humanos, principalmente debido a que estas situaciones fueron anteriores a su divulgación, construyéndose un modelo que reconocía el trauma como un elemento central, agregándose descriptivamente otros elementos esenciales referidos a procesos psíquicos más generales, tales como la alteración de la relación con la realidad, las dificultades en la regulación de los afectos y otros que forman parte de los diagnósticos observados en la casuística publicada en los tres países.⁵

En la actualidad los diagnósticos continúan siendo un tema controversial. Sin embargo el cuadro siguiente refleja las aproximaciones actualmente en uso. La tendencia ha sido a integrar dimensiones médicas, sociales, psiquiátricas y psicológicas que posibiliten entender y responder a la demanda de los pacientes.

Diagnósticos⁶

Situacional	Médico	Psicopatológico	Sociales	Nuevos Diagnósticos
-Familiar de: Preso político, detenido desaparecido, ejecutado.	Cuadros somáticos a veces diagnosticados también como psicosomáticos	Neurosis, psicosis, psicopatías, otros cuadros. Trastornos neurológicos	-estado de resolución de las necesidades básicas	Estrés post traumático (TEPT)
-Desplazados:	- Cuadros gástricos	-Desorganiza- ciones psicóticas	- Alimentación, agua, vivienda, higiene	- Reacción traumática compleja:
Comunidades	-Respiratorios	depresión, reacciones depresivas	condiciones ambientales, calidad de vida	- alteración de: La relación con la realidad.
grupos: - Jóvenes, niños, mujeres, familias.	-Enfermedades: Corazón, piel, huesos, cáncer.	Cuadros psicosomáticos	nivel de ingresos, empleo, educación, salud,	-regulación de afectos
Familias	-Secuelas de la tortura (musculares, óseos)	reacciones angustiosas	- Niveles de aislamiento o integración social	-de la conciencia, - de la autopercepción
- Ex-presos políticos	- Diabetes	ataques de pánico	Grupos de pertenencia	- de la percepción del tiempo
- absueltos, - liberados, - indultados		fobias actuales	comunitarios, religiosos, Políticos, otros.	- del represor, victimario, perpetrador
- Exiliados - Retornados				- de las relaciones con otros
- Torturados				- de los sistemas de significados.

A mi juicio el curso de los procesos políticos, los cambios en los contextos sociales o la intensificación de la política represiva son dimensiones importantes para proporcionar elementos de análisis de la realidad personal y social y en muchos casos dan sentido a la experiencia vivida por los individuos y familias. Quienes experimenten estas situaciones sin poder vincularlas al curso de su

historia individual y de su proyecto vital, se encuentran en mayor riesgo que aquellos que pueden otorgarles algún sentido. Sin embargo, es preciso relativizar esta afirmación, en el largo plazo. Lo que tuvo sentido para un individuo, a los 20 años, puede ya no tener sentido a los 40 años de edad. La militancia política en un período histórico- los años 60 o los 70- en América Latina se ha redefinido casi por completo en los 90, transformando de manera radical las significaciones por las que parecía haber tenido sentido arriesgar la vida. Estos factores inciden en las motivaciones vitales actuales sin que haya tenido ninguna legitimidad social elaborar las pérdidas que implican la cancelación política de esos proyectos. Es necesario discutir acerca de la retraumatización que puede emerger cuando dejan de tener vigencia los proyectos y las significaciones que dieron sentido al sufrimiento y potenciaron las motivaciones de los militantes en el período de mayor represión.

Intervenciones terapéuticas grupales

La mayor parte del trabajo clínico y las modalidades de intervención individual que se realizaron en Chile, durante la dictadura, han sido documentadas⁷. No ha ocurrido lo mismo con las intervenciones grupales y en el ámbito de las comunidades que es el objetivo de este curso. Las que se mencionan a continuación fueron realizadas por equipos de las instituciones de derechos humanos y por psicólogos voluntarios reunidos en el Colegio de Psicólogos de Chile. Tuvieron el propósito de facilitar el reconocimiento de las dificultades emocionales ligadas al miedo, al desempleo, al amedrentamiento masivo, al exilio, al retorno al país y a los duelos traumáticos que se produjeron en las comunidades cuando varios de sus miembros fueron asesinados simultáneamente. Estas actividades intentaban reparar las repercusiones de la represión política en el sujeto y en los grupos afectados. Lo que se intentaba era restablecer la relación del sujeto con la realidad, recuperando su capacidad de vincularse a las personas y a las cosas, su capacidad de proyectar su quehacer y su futuro, mediante un mejor conocimiento de sí mismos y de sus propios recursos, y también mediante la ampliación de su conciencia respecto a la realidad que le tocaba vivir. No es posible dar cuenta de todas estas experiencias y analizar sus particularidades, pero se han escogido cuatro de ellas para señalar sus modalidades metodológicas, el contenido del trabajo y los resultados obtenidos.

1. - El Programa de Orientación al exilio. (1977-1978) El primer trabajo específico de salud mental de tipo grupal desarrollado fue el programa de orientación al exilio. Inicialmente FASIC⁸ atendía a individuos y sus familias que cambiaban la pena de cárcel por extrañamiento (exilio) y los casos de reunificación familiar, cuando uno de los miembros de la pareja, especialmente el padre, había sido expulsado del país o había huido por sus medios y solicitaba el traslado de su familia al lugar donde se encontraba. En los casos de conmutación de pena, la mayoría de las familias se reunían por primera vez en los días previos al viaje para hacer sus trámites y salir del país. La mayoría de ellos tenían niños pequeños, los que presentaban en la mayor parte de los casos la existencia de alteraciones emocionales significativas familiares e individuales que se habían presentado desde el momento en que fueron afectados por la represión política. La posibilidad de salir al exilio, implicaba simultáneamente un conjunto de procesos emocionales de alta intensidad: el reencuentro con el padre o la madre presos desde hacía varios años, a quienes, en la mayoría de los casos, apenas habían podido visitar; la decisión de dejar el país para salvar la vida; el temor de llegar a un país desconocido a lo que se sumaba en la mayoría de los casos el temor ante la ignorancia del idioma del país de destino, así como de su cultura, su geografía y de su gente; una vaga conciencia de las múltiples pérdidas que significaba dejar a sus familias, vender la mayoría de sus pertenencias o guardarlas para un eventual regreso, y sentirse emocionalmente despojado de la posibilidad de seguir viviendo en el país, con todas sus implicaciones personales y políticas. La posibilidad de asumir conscientemente estas pérdidas era opacada por las esperanzas de reconstituir la vida de la pareja y de la familia bajo circunstancias más favorables idealizando las ventajas potenciales del exilio.

La decisión de ir al exilio era evaluada positivamente sin tomar en consideración que era, al mismo tiempo, la pérdida del derecho a vivir en la propia patria. Esa decisión implicaba cerrar una historia o una etapa de la historia personal y familiar en medio de emociones contradictorias y con una enorme dificultad de poner en palabras estas experiencias, soñando y padeciendo al mismo tiempo. Para esas circunstancias se desarrolló esta modalidad de intervención psicológica específica,

tomando en consideración que el tiempo disponible era muy escaso, ya fuese una sesión o a lo más cuatro. Estaba dirigida a familias o a grupos de presos y sus familiares. Los grupos se formaban de preferencia con quienes habían estado recluidos en el mismo lugar. Salir al exilio implicaba reunirse con sus familias y al mismo tiempo separarse de aquellos con quienes habían compartido las experiencias más dolorosas e intensas de sus vidas.

Los objetivos de estos grupos fueron: (a) compartir el significado de la experiencia vivida por ambos lados: lo que la familia quería comunicar a su familiar preso, lo que el preso quería decir a su familia y a sus compañeros. (b) recoger y analizar sus expectativas respecto al exilio en general como experiencia vital y en particular respecto al país y lugar de exilio. (c) lograr una aproximación lo más realista posible respecto a las dificultades previsibles del viaje, de la llegada, de la instalación y del comienzo de la nueva vida. Se hablaba desde lo que ocurría con los trámites en el aeropuerto, los alimentos, los baños en el avión, la duración del vuelo, el lugar de llegada, el lugar de destino final y las características, geográficas y culturales del país y de la ciudad de asilo. Esto se construía con los conocimientos compartidos de todos y en caso de faltas de información se les daba la tarea de reunirla para poder anticipar en que consistiría la vida que llevarían en el exilio.

Fue evidente la utilidad de esta intervención, al disminuir las ansiedades de los padres y de los niños incorporados a estas sesiones, quienes reportaron posteriormente la enorme importancia que tuvo para ellos poder anticipar lo que sucedería desde la partida de Chile al exilio. La mayor contribución de esta intervención fue desidealizar el exilio y poder asumirlo con sus posibilidades y frustraciones de una manera más realista.

2. - *Intervenciones frente a duelos colectivos y violencia masiva.* Esta iniciativa se desarrolló con profesionales de la Vicaría de la Solidaridad⁹, del Colegio de Psicólogos y del equipo de FASIC. Se hizo necesario asumir los efectos angustiosos y el terror generado por los (a) allanamientos masivos de poblaciones ubicadas en sectores populares, (b) la detención de grandes grupos de pobladores con el fin controlar su identidad, reteniéndolos en determinados recintos sin alimentación, sin agua y sin información acerca de los procedimientos que se les aplicaban, generándose mucha ansiedad y por (3) situaciones de muerte, que afectaban a una comunidad, ocurridas en las protestas¹⁰ o en períodos de estado de sitio. Estas situaciones constituyeron una demanda específica y definieron formas de trabajo colectivo de intervención en crisis, especialmente las situaciones de amenaza colectiva y las situaciones de muerte de personas (duelos traumáticos).

Se diseñaba una jornada de un día, o una sesión larga de una tarde, las que normalmente se realizaban en la capilla o iglesia del lugar donde habían ocurrido los hechos. Se hacía una introducción general para todos y posteriormente se dividían en grupos de no más de 20 personas, para asegurar que todos podrían participar efectivamente. Todos los grupos trabajaban en el mismo recinto para no perder de vista, simbólicamente, que la situación les afectaba a todos. Se llegó a trabajar con 10 grupos simultáneos en una capilla de la Zona Sur de Santiago en Septiembre de 1984, con ocasión del asesinato de un sacerdote francés, el Padre André Jarlan, que vivía que y trabajaba pastoralmente en la Población La Victoria.

La metodología se adaptaba a la situación específica de trabajo y era simple: cada uno de los participantes era invitado a contar como había vivido el hecho o los hechos que los convocaban. Cada uno contaba al grupo dónde estaba, qué había sentido, qué había hecho cuando sucedieron los acontecimientos. La mayoría de las vivencias comunicadas eran semejantes y permitían disminuir la ansiedad de todos al percibir esas semejanzas, legitimando el temor y la incapacidad de superar por sí mismos el impacto de estas experiencias. Posteriormente los participantes eran invitados a reflexionar y hablar acerca de los recursos que tenían, qué era lo que les había ayudado a estar mejor y cuales eran los obstáculos que sentían para desplegar esos recursos.

La experiencia de analizar recursos y limitaciones introducía una forma de contención frente al desborde emotivo que implicaba la primera parte de la reunión. Finalmente la reunión colectiva final posibilitaba que cada grupo pusiera en común lo que habían trabajado, generando una vivencia de comunidad reunida que siente y piensa sobre hechos dolorosos que nos afectan. Normalmente estos trabajos requerían de más profesionales de los que contaban las instituciones, especialmente después de las protestas que se iniciaron en 1983. Fue posible contar con profesionales voluntarios a través de los colegios profesionales: médicos psiquiatras y psicólogos principalmente. Este tipo de trabajo se realizó entre 1983 y 1987.

3. - Trabajo psicológico sobre el miedo En 1980 se desarrolló un trabajo sobre el miedo y sus efectos en la población, sistematizado en un documento que se distribuyó ampliamente, aunque nunca fue publicado en ninguna revista ni dentro ni fuera del país¹¹. Allí se diseñaba un modelo de intervención que fue desarrollado al comienzo con dirigentes sociales y sindicales en un taller que se repitió varias veces entre 1980 y 1982, introduciendo en los que se realizaron en 1982 un análisis histórico del movimiento social chileno como un elemento motivacional para personas que tendían a la negación masiva de sus dificultades personales, sociales y familiares. La mayoría de los que participaron se reinsertaron en sus organizaciones y recuperaron un cierto nivel de participación, lo que fue considerado un índice de éxito del taller. En dicho documento se hacía una propuesta de intervención grupal y se afirmaba que el énfasis debe estar puesto en (a) compartir acerca del miedo experimentado y (b) en el diseño de un aprendizaje grupal de participación en las condiciones del momento que posibilitara la reinserción de las personas fuera del ámbito terapéutico, adecuándose a las dificultades sociales, políticas e individuales.

La tarea del grupo era lograr una comunicación básica, compartiendo entre todos sus experiencias de participación, de miedo, de represión y sus motivaciones personales en relación con la situación política. La segunda tarea era proyectar, mediante el desarrollo de un aprendizaje de instrumentos, conocimientos y técnicas, un proceso que facilitara la reinserción social, controlando los factores intervinientes entre ellos el miedo, reconociéndolo en sus expresiones directas e indirectas, tanto grupales como individuales.

El objetivo final del grupo era facilitar la reinserción de sus participantes en otras instancias. Se trabajaba con el marco conceptual de grupo operativo. El supuesto básico era uno de los efectos más importantes de la represión política y del miedo era la alteración de la relación con la realidad, la perturbación de los vínculos privados y sociales y de la inserción social, dada tanto por el empleo como por la participación social y política. Por ello, la tarea de aprender, de aumentar la propia información para recuperar un espacio social, parecía ser un instrumento adecuado para abordar la problemática de los participantes, sin enfatizar demasiado las dificultades emocionales en sí, sino integrándolas a las discusiones de otros temas. Las bases de este enfoque era la crítica de la rutina y la estereotipia, destacando que el grupo siempre tendía a recurrir a la elaboración de la tarea con pautas viejas y no con las conductas que le imponía la situación del momento. Este trabajo se desarrolló en una primera etapa entre 1980 y 1982 en FASIC. Esta problemática fue desarrollada posteriormente (1984 en adelante) en otras instituciones, CODEPU¹² y PIDEE¹³ principalmente, generándose una modalidad de trabajo para superar el miedo y enfrentar la tortura con recursos personales,¹⁴ principalmente psicológicos. La problemática del miedo fue un tema permanente de trabajo con grupos y reflexión teórica.¹⁵ En 1988 y 1989. ILAS¹⁶ llevó cabo una actividad de trabajo masivo sobre el miedo que consistió principalmente en trabajar con grupos y organizaciones sociales desde Iquique a Punta Arenas. (Extremo norte del país hasta el extremo sur) Los grupos solicitaban trabajar el tema del miedo. La modalidad común empleada fue simple: a cada participante se le pedía que escribiera en un trozo de papel a qué le tengo miedo hoy, enumerando todos sus miedos, los que después se ponían en común en el grupo y se trabajaban los recursos desplegados hasta ese momento para reconocer el miedo, asumirlo y enfrentarlo en los participantes del grupo. Se desarrollaron variaciones metodológicas de acuerdo al número de participantes. Los grupos estuvieron formados por miembros de organizaciones que eran contestatarias al régimen político. Participaron activistas de derechos humanos, religiosos, pobladores, dueñas de casa, estudiantes y dirigentes sociales y políticos. El miedo fue uno de los problemas psicosociales y políticos más relevantes y fue necesario por tanto, abordarlos bajo diversas modalidades. Por razones de seguridad en la mayoría de los casos no era posible trabajar directamente con las comunidades. En la mayoría de los casos se trabajó en recintos de Iglesia o en las instituciones de derechos humanos. Estas circunstancias limitaron la participación en estas actividades, pero al mismo tiempo no era posible imaginar condiciones más abiertas ya que la represión política, el control y la vigilancia existieron hasta el fin de la dictadura¹⁶.

4. - Trabajo grupal sobre el desempleo Entre 1980 y 1982 se fue gestando una crisis económica muy profunda en el país, que afectó a todos los sectores sociales. El desempleo llegó a cifras superiores al 40%. La gravedad del problema generó iniciativas diversas para asumir la supervivencia de los afectados, incrementándose los comedores infantiles, ollas comunes y otras formas colectivas

generadas por los propios afectados y las redes de solidaridad existentes. En ese período, el cardenal Silva Henríquez propuso una serie de iniciativas para encarar la situación, y entre ellas solicitó a los Organismos de Derechos Humanos una estrecha colaboración con los Obispos, Vicarías Zonales, Decanatos y parroquias para enfrentar los problemas de salud mental derivados del desempleo. En este sentido se desplegó un trabajo muy amplio con organizaciones sociales, grupos de jóvenes desempleados y comunidades parroquiales de todos los sectores sociales. La mayor parte del trabajo se desarrolló desde fines de 1981 hasta fines de 1982 trabajando con 200 grupos de todos los sectores de Santiago. La base del trabajo grupal realizado en el período fue, en cada reunión, hacer una breve presentación acerca de los efectos psicológicos de la cesantía invitando a los participantes a comentar y completar lo que se había señalado, evaluando los recursos desplegados por ellos para enfrentar la situación. Se produjeron cartillas de apoyo fundamentadas en los textos básicos de las psicólogas¹⁷, las que fueron distribuidas ampliamente y fueron la base del trabajo con los comités de desempleados. Este trabajo produjo un impacto importante en la medida que abrió la participación de los que habían formado comités de desempleados en procesos de auto ayuda materiales, económicos y en la salud mental. Terminó a fines de 1983.

Análisis de la experiencia

Este tipo de demandas, provenientes de organizaciones sociales en su mayoría, facilitó la identificación de los procesos psicológicos que se producían en experiencias políticas que tenían efectos traumáticos. No es posible ejemplificar los procesos trabajados en cada grupo y por tanto revisar la eficacia de la metodología o el cumplimiento de los objetivos en cada una de estas intervenciones. Sin embargo, el relato de la experiencia en el ámbito grupal permitió ponerle palabras a sucesos vividos de manera individual y enclaustrada generando un sentimiento contradictorio: por una parte una gran indignación moral por lo que sucedía, lo que en muchos casos generó la necesidad de denunciar, no solamente los hechos en sí sino también las emociones asociadas, y el impacto psicológico sobre los individuos y las familias. Dichas emociones compartidas al nivel de cada familia eran reconocidas como propias y colectivas en estos grupos. Fue posible nombrar el terror experimentado por la persecución, por los allanamientos. Fue posible hablar de las humillaciones, de las pérdidas y frustraciones, del miedo generalizado, del temor a la muerte. El temor a padecer torturas, al exilio, a las detenciones arbitrarias. El penoso drama de la existencia de detenidos desaparecidos. Los efectos psicosociales de esos hechos en los individuos, en los grupos afectados y en la sociedad.

Fue cada vez más evidente que el trabajo de las organizaciones sociales se había dirigido casi siempre a las consecuencias de las situaciones represivas y que era necesario trabajar por ponerles fin. Es decir vincular políticamente esos efectos de manera de concitar apoyo en la población en general, a pesar del miedo a la represión. Por otra parte, estas actividades grupales tenían el efecto de validar la experiencia subjetiva y concreta de las situaciones padecidas, las que en el discurso oficial eran negadas. Permitía a los participantes reconocer sus propios recursos para asumir estas experiencias. El hecho de hablar de lo que los afectaba tenía un valor emocional aliviador, generaba vínculos con otros y permitía identificar dichos recursos, abriendo posibilidades para ampliar su capacidad de organización y acción. A juicio nuestro el trabajo desarrollado respecto al miedo tuvo mayores efectos, en particular por reconocer y aceptar la legitimidad del miedo en condiciones de persecución. El objetivo no era, pues, no tener miedo sino identificar los efectos del miedo, especialmente se hacía referencia a la alteración de la identidad como uno de los resultados de la represión política, principalmente mediante la desarticulación de la práctica social y la reinterpretación de la experiencia. Esta perspectiva fue comentada por Patricio Vela señalando que este enfoque terapéutico va más allá de la relación terapeuta-paciente y parte de la premisa que para superar el daño sufrido, la persona debe desarrollar la capacidad de retomar el curso de su vida. Por consiguiente el objetivo de la terapia apunta a la elaboración de los sufrimientos mediante una relación dialéctica entre la superación y la transformación interna del padecimiento y el potencial transformador del sujeto de las condiciones que originan su padecimiento. En otras palabras, se busca que la persona pueda retomar su proyecto vital, pudiendo acceder a las distintas esferas de la práctica social, comprometiéndose con la sociedad y asumiendo la responsabilidad de transformarla¹⁸. Esta afirmación escrita a principios de los 80 requiere ser contextualizada a fines de los 90, no solamente respecto a la subjetividad de los involucrados sino respecto a las realidades políticas y sociales

cuyas modificaciones son de tal magnitud que esas afirmaciones han perdido su sentido político, conservando una dimensión moral, la que sin embargo para muchos no constituye hoy día ni un proyecto realizable ni una dimensión posible.

Las redes de intercambio y solidaridad.

Dadas las características del trabajo de salud mental en derechos humanos, especialmente en los países donde su violación ha sido un hecho cotidiano, la solidaridad tuvo y puede tener dimensiones muy concretas. El reconocimiento de la importancia de esta solidaridad contribuyó a desarrollar diferentes iniciativas en el campo profesional, una de las cuales fue la Red de Salud Mental y Derechos Humanos que funcionó en América Latina entre diferentes países y grupos y con grupos de Estados Unidos y Europa y que fue declinando a partir de 1992. Esta solidaridad se expresó en apoyo profesional, supervisión a distancia, intercambio de textos de diferente elaboración, envío de libros y actividades de formación. Participaron en ella grupos muy diferentes tales como el grupo de México de Marie Langer, quienes leyeron y comentaron los materiales producidos en un seminario clandestino, realizado en Chile en abril de 1980. Posteriormente este material fue publicado clandestinamente en Chile y algunos de los trabajos fueron finalmente publicados por la editorial siglo XXI¹⁹ Hasta entonces todas las publicaciones se habían realizado bajo seudónimos.

Esta preocupación se había concretado también en trabajos de formación e intercambio que se iniciaron con muchas dificultades en 1983 entre diversos grupos latinoamericanos. Dichas experiencias de colaboración se desarrollaron mediante talleres de formación y seminarios de trabajo, entre grupos de Bolivia, El Salvador, Argentina, Chile, Perú, y Uruguay. También a través de investigaciones internacionales en diferentes grupos con objetivos limitados y orientados a beneficiarse mutuamente de las experiencias alcanzadas. La colaboración y solidaridad ha sido un aspecto muy central que posibilitaba el acercamiento entre profesionales en el exilio y profesionales en el país y también el acercamiento entre latinoamericanos. El fin de las dictaduras en Argentina y en Uruguay facilitó estas colaboraciones en el Cono Sur. La solidaridad fue desarrollada también desde organizaciones de profesionales de los Estados Unidos²⁰ tanto desde las organizaciones gremiales, como desde grupos de derechos humanos organizados por profesionales de salud mental para desarrollar esta solidaridad de manera específica. En el Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología en Buenos Aires en 1989 se realizó un simposium sobre este tema integrando psicólogos latino y norteamericanos. La intervención de Ignacio Martín Baró fue particularmente relevante: "*¿cómo puede ayudar una Red de Salud Mental y Derechos Humanos a hacer frente a estos problemas, (...) enumero tres formas que a mí me parecen importantes: a) Aportar en la discusión de teorías, métodos, técnicas que han sido utilizadas, las que son útiles y las que no lo son, profundizar algunos de estos problemas que están insuficientemente tratados. (...). En segundo lugar, creo yo que una Red debe ayudar a entrenar. Yo esperarí que la red no se quede en ser simplemente una red con flujos de información, sino que genere también flujos de formación. (...) es importante que potenciemos los recursos pocos o muchos de que dispongamos el gremio de psicólogos latinoamericanos, para enfrentar este campo latinoamericano que son las víctimas de la guerra, de la guerra sucia, y de la guerra, también sucia. (...) Un tercer aspecto importante es la solidaridad directa y personal". Sobre esto añadía: "En tercer lugar (la tarea de una red es) proporcionar apoyo moral. Yo he experimentado muchas veces la importancia que tiene sentirse comprendido y sentirse apoyado, así no sea por una carta que uno recibe un día y que le dice estamos preocupados por ustedes, cuentan con nuestro apoyo, cuentan con nuestra solidaridad. (...) creo que, nosotros, psicólogos, por profesión debemos tener conocimiento de la importancia que tiene esta solidaridad humana. Y en ese sentido el propio nombre lo dice, si hay red, debe haber solidaridad, manos unidas y yo creo que esto es bien importante para empezar a superar nuestros problemas²¹ "*

Qué hemos aprendido sobre las dinámicas generadas dentro de los propios equipos de trabajo.

Poco se ha escrito sobre las conflictivas inherentes al trabajo de salud mental y derechos humanos y las dinámicas que se generan al trabajar con la violencia²². La experiencia de trabajo en

los equipos de salud mental tuvo distintos procesos en el Cono Sur y en particular en Chile. Uno de ellos ha sido el manejo de los conflictos internos, el desgaste de los equipos profesionales lo que en muchos casos llevó a divisiones de los grupos y al cierre de otros. Todos estos aspectos requieren ser analizados. Es innegable que la amenaza política generaba fuertes ansiedades tanto por la percepción de peligros personales o porque un grupo sienta en peligro su tarea. En nuestra experiencia el riesgo central de estos equipos es que se reproduzcan en su interior aquello que se aborda como tarea. Los equipos, entonces, son grupos con una matriz subjetiva básica, en la que se producen ansiedades y mecanismos defensivos que ponen al equipo en dinámicas de riesgo y cuidado. La mayor parte de la documentación existente sobre este tema enfatiza la importancia de la supervisión de casos como una modalidad específica de apoyo y sostenimiento al trabajo terapéutico. A través de la supervisión del caso es posible ampliar la discusión acerca de los otros factores que afectan el trabajo profesional²³.

Hay dimensiones de este trabajo que se entienden mejor desde las reacciones de indignación moral frente a la represión por parte de los profesionales produciendo respuestas caracterizadas por el voluntarismo, la falta de límites entre el trabajo y la vida personal, la falta de conciencia respecto a las medidas de protección individual y del trabajo y generando riesgos para los profesionales y e institucionales. Probablemente, por razones de supervivencia, algunos equipos tuvieron más capacidad de influir en esas actitudes y reducir los riesgos.

Las diferentes dinámicas al interior de las instituciones fueron muy sensibles a la naturaleza de la represión política y mantuvieron durante muchos años formas rígidas de funcionamiento para asegurar la viabilidad de las instituciones. Esta rigidez se manifestaba en la selección del personal, en la concentración de la toma de decisiones y en la restricción de la información, aspectos que funcionaban de manera diferente en los equipos de salud mental. Ciertamente las diferencias políticas están presentes en la constitución de diferentes instituciones con los mismos propósitos, sin embargo su modo de funcionamiento y la influencia de esas perspectivas políticas requiere un examen más a fondo que el que es posible desarrollar en este texto.

Las **dificultades** manifiestas más comunes, planteadas por los miembros de los equipos (en el tiempo de la dictadura y después) son:

- Dificultad para establecer criterios realistas de logros parciales en relación a los casos.
- Dificultad de reconocer las capacidades reales y la experiencia de algunos profesionales para abordar los casos, asumiendo actitudes excesivamente críticas en el funcionamiento interno lo que dificulta la fluidez del funcionamiento y tiende a regular un rendimiento promedio mediocre.
- Dificultad para el establecimiento de un encuadre adecuado y para la determinación de criterios de ingreso, tratamiento y derivación.

Las dificultades mencionadas tienden a estar inscritas en constelaciones polares de sentimientos, que tienen a la base una ansiedad básica de desamparo, abandono y destrucción propia de la violencia, que impelen a la reparación y a la justicia, y al mismo tiempo al olvido y la impunidad. Esta vivencia confusa que se materializa en estos profesionales es la que da pie a estas polaridades de sentimientos ambivalentes.

Las **constelaciones polares** a las que se hace referencia son :

Omnipotencia-Impotencia: En los equipos es posible observar la negación de las limitaciones individuales, familiares, institucionales y contextuales, en el abordaje de los casos individuales y familiares, desde una potencia expresada como la noción de capacidad ilimitada de acogida, comprensión, empatía, y de promover una motivación que los consultantes claramente no presentan ("*podemos salvarlos, podemos rescatarlos del daño, podemos hacerlo todo*"). Cuando la movilización material y emocional del equipo respecto de un caso no da resultados, se produce una gran frustración. Como reacción ante ello, en muchas ocasiones el equipo se presenta y se asume sin recursos. Otras veces surge la vivencia de que la intervención terapéutica realizada no ha dado ningún resultado, en circunstancias de que los consultantes experimentan alivio sintomático y alguna noción

de reparación con el "mero" apoyo emocional respecto de un proceso judicial referido a Derechos Humanos ("*Es imposible hacer algo, nada resulta, no podemos superar las condiciones políticas*"). Así, era frecuente ver como los trabajadores de los equipos oscilaban entre los dos polos y tan pronto se estaba en una hiperactividad omnipotente irreal como se podía pasar al desánimo, a la sensación - igualmente poco realista- de derrota, impotencia o inutilidad de los esfuerzos.

Confianza ingenua versus desconfianza defensiva: En los equipos sorprende como éstos acogen acríticamente consultantes con historias traumáticas relacionadas con la violación de Derechos Humanos teniendo herramientas y canales para obtener dicha información. En el contexto era fácil que se infiltrarán personas de los cuerpos represivos como presuntos pacientes, pudiendo de este modo tener conocimiento de las actitudes políticas y el estilo de trabajo de los terapeutas y actuar en consecuencia. Frente a esto hubiera sido necesario tener medidas de resguardo y comprobar la identidad de cada nuevo consultante a los organismos de derechos humanos. Pero con frecuencia los equipos quedan capturados en una sensación culposa si dudan, cuestionan o exploran la biografía personal o contextual de los consultantes. Por oposición a lo anterior, en otros momentos los equipos en algunos momentos pueden desarrollar sentimientos de desconfianza hacia el contexto institucional., que no filtra adecuadamente a los pacientes "verdaderos." y adoptar una actitud defensiva y autoprotectora que dificulta seriamente el trabajo cuando lo que se requiere es un vínculo terapéutico comprometido.

Sobreinvolucración versus distanciamiento emocional. Cuando no existe un encuadre claro las personas del equipo se pueden ver desbordadas por las expectativas de los consultantes en las que se mezclan aspectos jurídicos, sociales, reivindicativos o económicos, junto a los propios del trabajo clínico. Esta apelación junto al dolor y el sufrimiento hace extremadamente difícil establecer límites, y puede generar dinámicas simbióticas o expulsivas respecto de los consultantes. Se oscila así en una bipolaridad que tiene en un extremo la adopción de actitudes inadecuadas de implicación excesiva en tareas que competen a otros organismos o instituciones o a la comunidad y en el otro un distanciamiento técnico que enmarque la intervención en el estricto ámbito clínico.

Por lo mismo, los equipos desarrollan mecanismos de defensa grupal frente a las ansiedades de desamparo ligadas a las constelaciones polares nombradas.

Entre algunos mecanismos observados podríamos mencionar:

Hostilidad Intraequipo: Los equipos que han trabajado bajo condiciones amenazantes han tenido grandes dificultades para discutir sus diferencias y enfrentar los conflictos tanto en asuntos profesionales como personales. Como hemos dicho, parte esas dificultades provienen de la incapacidad para aceptar y explicitar las limitaciones de su trabajo, sus propias ansiedades y su impotencia política. Estas dinámicas pueden manifestarse como competitividad personal, sobrevaloración de los niveles de excelencia profesional y descalificación de los profesionales jóvenes y sin experiencia. Los terapeutas necesitan mecanismos para protegerse a sí mismos y su autoestima de la agresión infligida contra ellos, o contra el grupo y de la autoagresión, así como de la agresión infligida desde el grupo hacia alguno de sus miembros. Esta agresión puede ser entendida a veces como si fuera un resultado de la violencia que proviene de los pacientes o como si fuese todavía un legado del terrorismo de estado al interior del grupo.

Sobrevaloración técnica: Las estrategias de los equipos para afrontar las ansiedades, las debilidades, el miedo y otros sentimientos perturbadores como los mencionados, pueden desplazarse hacia el hecho de subrayar la necesidad de tener actividades de formación y capacitación centradas en las habilidades necesarias para llevar a cabo este trabajo. Los miembros de los equipos reconocen la complejidad y la dificultad de su tarea, y sus necesidades de incrementar sus conocimientos sobre estrategias y metodologías para trabajar con la violencia.^o Esto a veces deriva en la sobrevaloración de

^o Cabe señalar que cualquiera fuese el grado de formación de un profesional, creemos que nadie está realmente preparado para afrontar los efectos de la tortura y el terrorismo de estado, menos aún si eso ocurre en su propio

una técnica determinada sin considerar el contexto de su uso. No se trata de desdeñar la preocupación técnica, sino de pensar que lo técnico tiene una relación de sentido con cada caso en tratamiento y con la posibilidad de revisar las dinámicas de equipo en relación también a un caso determinado.

Los mecanismos descritos permiten "*objetivar*" en cierta forma algunas de las ansiedades que circulan en los equipos y mejorar su eficacia.

No neutralidad ética. El trabajo desarrollado tanto en el ámbito clínico como psicosocial en Chile fue el resultado de la respuesta proporcionada ante la demanda de los afectados. Como se dijo, al inicio fue una respuesta ante la emergencia, diseñada como intervención en crisis. Progresivamente se constituyó como una respuesta diferenciada a nivel, individual, familiar, grupal y comunitario. La oferta terapéutica implicaba una identificación clara de los niveles en que surgían los problemas. Todas las instituciones respondieron al máximo nivel posible frente a la demanda de la población afectada y de esta manera la mayoría de las intervenciones fueron mucho más allá de los límites de los modelos clínicos utilizados. Los equipos de salud mental, a pesar de sus diferencias institucionales, coincidieron en la necesidad de denunciar lo que había ocurrido a los consultantes. Reconocieron también la necesidad de establecer vínculos reales en un contexto institucional que proporcionara condiciones para una relación de confianza aspecto trabajado de manera abierta y explícita y denominado vínculo comprometido. Esta modalidad aludía a la imposibilidad de una neutralidad ética y al carácter indispensable de reconstituir la confianza en una relación humana, que estuviera más allá de la neutralidad. En este tipo de situaciones se produce una no-neutralidad ética y política que es definitoria de la relación establecida. Finalmente los marcos teóricos enfatizaron abordajes sistémicos, psicoanalíticos, fenomenológicos o psiquiátricos pero todos ellos fueron mucho más allá que una psicología aplicada desde un enfoque determinado. Fueron una forma de lectura de un padecimiento humano que había que detener y confrontar para impedir que se siguiera reproduciendo. En esta dimensión, fundamentalmente ética, todos los organismos coincidieron. Cualquiera de esos equipos, no obstante sus prioridades, proporcionaban algo más que la atención médica o psicológica de los pacientes y por tanto asumían el dilema de la sociedad chilena : ¿qué sentido tenía seguir tratando torturados o familiares de detenidos desaparecidos si la multiplicación del problema provenía del hecho que la propia sociedad no podía poner fin a la represión? En ese sentido los equipos de salud mental chilenos tuvieron simultáneamente un objetivo político: denunciar la represión política y trabajar por las libertades políticas y el fin de la dictadura. Desde una perspectiva global se pueden apreciar diferencias teóricas y prácticas en el trabajo profesional y en la percepción del quehacer político lo cual explica también la existencia de diferentes organismos.

El papel de las organizaciones internacionales en los modelos de trabajo. En las orientaciones de esos organismos y en su quehacer no puede afirmarse que las agencias de cooperación tuvieran incidencia favoreciendo determinadas acciones profesionales o determinadas líneas teóricas. Los equipos profesionales chilenos desarrollaron por sí mismos los programas que parecían adecuados a los problemas que abordaban cotidianamente buscando conceptualizar su práctica profesional desde el inicio. La relación con equipos o personas que trabajaban en el exterior existió desde el comienzo de estos programas, aunque correspondían a relaciones personales más que institucionales. Hasta 1981 no fue posible desarrollar formas de cooperación sistemática con equipos de salud mental de otros países. En el Cono Sur esa posibilidad se abrió con el cambio político en Argentina y Uruguay entre 1983 y 1984. Los procesos de transición política posibilitaron diferentes programas y procesos en cada país. En Chile, el Informe de la Comisión de Verdad y ²⁴ Reconciliación, propuso como una de sus recomendaciones la creación de un programa estatal de Reparación y atención integral de Salud para las víctimas de violaciones de derechos humanos (PRAIS), dependiente del Ministerio de Salud. Dicho programa contó con la colaboración de todos los equipos de salud mental que existían a la época en los organismos de Derechos Humanos. Esta apretada síntesis de algunos de los problemas comunes en este ámbito de trabajo, requieren de mayor profundización y discusión especialmente en lo que se refiere a los profesionales que lo desempeñan, al diseño de intervenciones comunitarias y

grupales, a los diagnósticos utilizados y particularmente respecto a la explicitación del marco científico, ético, ideológico y político que es inherente a este trabajo.

En conclusión puede decirse que en el Cono Sur en general y en Chile en particular los equipos de salud mental de los organismos de derechos humanos tuvieron una respuesta diseñada como intervención en crisis, en un primer momento, y como una oferta terapéutica estable, en fases posteriores, que identificaba una respuesta diferenciada a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. En este sentido todas las instituciones fueron más allá de los modelos clínicos habituales en un doble sentido : desarrollar, además del trabajo clínico en el centro, estrategias de intervención social y comunitaria, y participar activamente en la denuncia de lo que había ocurrido a los consultantes. Reconocieron también la necesidad de establecer vínculos reales en un contexto institucional que proporcionara condiciones para una relación de confianza (vínculo comprometido) que estuviera más allá de la neutralidad. A esto es a lo que algunos autores han llamado el 'modelo chileno' de trabajo en salud mental y derechos humanos.

Notas

¹.Ver (1)Castillo M.I. y Elizabeth Lira (1986) *Psicología, Justicia y democracia* Instituto del Nuevo Chile. Editorial Fundamentos, Santiago (2) Kordon D., Edelman L., (1986) *Efectos psicológicos de la represión política* Editorial Sudamericana Planeta Buenos Aires. (3) Puget Janine y Käes René (1991) *Violencia de Estado y Psicoanálisis* Bibliotecas Universitarias Centro Editor de América Latina Buenos Aires (4) Lira Elizabeth y María Isabel Castillo (1991) *Psicología de la amenaza política y del miedo* Ediciones Chile América CESOC Santiago Chile (5) Viñar Marcelo *Fracturas de la memoria* (1994) Ediciones Trilce, Montevideo Uruguay. (6) Martín Baró Ignacio (1990) *Psicología Social de la guerra* UCA Editores San Salvador El Salvador

².Kovalskys Juana, Faúndez Héctor, Jordán Claudio, y Aguilar María Inés (1992) *Catastro de publicaciones de los equipos de salud mental y derechos humanos* CESAM (Coordinadora de equipos de salud mental y DH)Santiago Chile.

³.Etchegoyhen C (compilación artículos de Uruguay, Paraguay, Argentina y Chile) *El sur también existe: efectos psicosociales del terrorismo de estado en América Latina*. Ed Kairós Salud y derechos humanos Scea Montevideo Uruguay

⁴. Ver en *Revista de Psicología de El Salvador* (1988) Psicoterapia en situaciones políticas traumáticas. Nro. 30. Vol. VII. David Becker, María Isabel Castillo, Elena Gómez, Juana Kovalskys., Elizabeth Lira, Pp. 293-308. UCA, San Salvador, El Salvador C.A.

⁵.Lira E.,Weinstein E.,(1984) *Psicoterapia y represión política* Siglo XXI Editores México DF.

⁶.Ver Ruderman Matilde y Lira Elizabeth (1997): *Informe del Taller de Salud Mental. Coordinadora Nacional de DDHH*. Lima Perú, Mayo.

⁷. Ver Weinstein, Lira et al. (1987) *Trauma Duelo y reparación* FASIC Editorial Interamericana Santiago de Chile.

⁸.FASIC: Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas, organismo ecuménico de derechos humanos, fundado por representantes de cinco iglesias en 1975. En 1977 fue creado el Programa Médico Psiquiátrico para prestar atención de salud mental a las víctimas de violaciones de derechos humanos.

⁹. La Vicaría de la Solidaridad fue creada por el Cardenal Arzobispo de Santiago, Monseñor Raúl Silva Henríquez y formaba parte de la Pastoral del Arzobispado de Santiago (1976-1992). Fue el principal organismo de Derechos Humanos que existió en Chile en ese período.

¹⁰Las Protestas fueron expresiones populares de rechazo al régimen militar que se iniciaron en mayo de 1983, y que después se extendieron al resto del país, como manifestaciones de la oposición política al régimen. Fueron reprimidas de diversas maneras y en algunas de ellas se produjeron situaciones de extrema violencia que terminaron en numerosas detenciones y muertes de personas.

¹¹. *El miedo una experiencia compartida. Análisis de sus efectos y una propuesta a desarrollar*. Ponencia presentada al Encuentro de Investigación-acción y Educación Popular en Chile. Manuscrito Elizabeth Lira y Eugenia Weinstein. Agosto de 1980.

- ¹².CODEPU: Comité de Derechos del Pueblo, organismo no confesional creado para la defensa de los derechos humanos en 1980.
- ¹³.PIDEE : Protección a la Infancia Dañada por Estados de Emergencia. Organismo no confesional dedicado a la atención integral de los niños afectados por la situación de represión política.
- ¹⁴.Ver Inger Agger y Buus Soren (1996) *Trauma y cura en situaciones de terrorismo de estado. Derechos Humanos y salud mental en Chile bajo la dictadura militar*. Ediciones Chile América CESOC: Santiago - Chile. págs 189 y siguientes.
- ¹⁵.*Revista Chilena de Psicología El miedo: un enfoque psicosocial*. 1986. Vol VIII Elizabeth Lira, Eugenia Weinstein y Sofía Salamovich
- ¹⁶.ILAS Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, organismo de Derechos Humanos creado por profesionales de salud mental en 1988, dedicado a la atención clínica, a la investigación psicosocial y la formación y supervisión de profesionales en estas áreas en varios países de AL.
- ¹⁷.Los resultados de este trabajo fueron publicados en 1991 como *Psicología de la amenaza política y del miedo*. Elizabeth Lira y María Isabel Castillo. CESOC Ediciones Chile y América. Santiago de Chile
- ¹⁸.En Diciembre de 1980 se publicó en la *Revista Mensaje* el artículo La cesantía. Elizabeth Lira y Eugenia Weinstein. . Nro. 295 -. y en la *Revista Chilena de Psicología* se publicó en 1981 una versión ampliada del mismo artículo Desempleo y daño psicológico. Vol. IV Nro. 2.
- ¹⁹.Ver Patricio Vela en Un desafío y una respuesta: una realidad política en Chile y el trabajo psicoterapéutico de FASIC en *Revista Chilena de Psicología* 1984 y en *Boletín de la Sociedad Interamericana de Psicología*, 1984 con ocasión del premio Colegio de Psicólogos otorgado a seis psicólogos que trabajaban en FASIC: Rosario Domínguez, David Becker, Adriana Maggi, Elisa Neumann, Elizabeth Lira y Eugenia Weinstein.
- ²⁰. *Psicoterapia y represión política* (1984) Siglo XXI Editores.
- ²¹.Boston Committee for Health Rights in Central America (Comité de Boston por los derechos a la salud en América Central) CHRICA (California Committee for Health Rights in Central America) San Francisco California.
- ²².Tomado de la grabación del simposium. No fue publicado.
- ²³. Ver libro *Derechos humanos, Reparación y salud mental* (1997) E. Lira e I. Piper editoras, CESOC - Chile América Santiago de Chile y *Beyond Trauma* (más allá del trauma) de Kléber, Figley et al. Plenum Press 1995.
- ²⁴.Comisión creada por el presidente de la república, Dn Patricio Aylwin para conocer y formular políticas específicas antes las pasadas violaciones de derechos humanos . Entregó su informe en 1991

Bibliografía.

- Agger Inger y Jensen, Soren Buus (1996) Trauma y cura en situaciones de terrorismo de estado. Derechos humanos y salud mental en Chile bajo la dictadura militar. Ediciones Chile América CESOC. Santiago - Chile.
- American Association for the Advancement of Sciences- Committee on Scientific Freedom and Responsibility (1990) Health Service for the treatment of torture and trauma survivors. Washington DC USA.
- Balogi, S. y Hering, M. (1992) ...y entonces, me dediqué a mis hijos. CODEPU. Santiago - Chile.
- Barudy, J. (1990) **El Dolor invisible de la tortura en las familias de exiliados en Europa**. En S. Pesutic (Ed.), Tortura: Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento (págs. 88-124). CODEPU. Santiago - Chile.
- Barudy, J. (1990) **La psicoterapia de la tortura: El valor terapéutico de la solidaridad, la esperanza y la justicia**. En S. Pesutic (Ed.), Tortura: Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento (págs. 212-222). CODEPU. Santiago
- Becker David y Lira Elizabeth Editores(1989) Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira. ILAS Santiago Chile.
- Becker David, Castillo María Isabel, Gómez Elena, Kovalskys Juana y Lira Elizabeth (1989) **Subjectivity and politics: The psychotherapy of extreme traumatization in Chile**. Publicado en el International Journal of Mental Health. Volume 18 No 2: Mental Aspects of political repression and violence. USA.
- Becker, David y Kovalskys Juana (1990) **Dentro y fuera de la cárcel. El problema de conquistar la libertad**. En Psicología social de la guerra. Trauma y terapia. Selección e introducción de Ignacio Martín-Baró. UCA Editores. San Salvador - El Salvador.
- Becker David, Morales Germán y Aguilar María Inés (1994) Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos: Formas de acción grupal. Ediciones CESOC, Santiago - Chile.

- Cienfuegos Ana y Monelli Cristina (1983) **The testimony of political repression as a therapeutic instrument** (El testimonio de represión política como instrumento terapéutico) *American Journal of Orthopsychiatry* Jan. N.Y. U.S.A.
- Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1991) Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. 3 Volúmenes Edición Oficial. Santiago - Chile.
- Departamento Pastoral de Derechos Humanos Arzobispado de Concepción (1988) Por la Sagrada Dignidad del Hombre. Editado por Departamento Pastoral de Derechos Humanos. Concepción.
- Faúndez, H., Estrada, A., Balogi, S y Hering, M. (1991) Cuando el fantasma es un totem. Manuscrito. CODEPU T.F. Santiago.
- Fruhling Hugo Editor (1986) Represión Política y defensa de los derechos humanos. Programa de Derechos Humanos - Academia de Humanismo Cristiano y Ediciones CESOC - Chile América - Santiago - Chile.
- Gómez Mango Edmundo (1986) **El secreto y la tortura**. Temas de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Uruguaya. Montevideo - Uruguay.
- Jensen, Soren Buus y Agger Inger (1990) **El método testimonial como ritual y evidencia en psicoterapia para refugiados políticos**. En Pesutic Ed. Codepu Tortura: Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Prevención y Tratamiento. (Págs.316-319). CODEPU. Santiago - Chile.
- Kovalskys Juana, Faúndez Héctor, Jordán Claudio y Aguilar María Inés (1992) Catastro de Publicaciones de los Equipos de Salud Mental y Derechos Humanos. CESAM. Santiago -Chile.
- Lira Elizabeth y Eugenia Weinstein (1984) Psicoterapia y represión política. Siglo XXI Editores México DF.
- Lira Elizabeth (1988) **Consecuencias psicosociales de la represión política en Chile**. Vol. VII, Nro. 28. Junio. En Revista de Psicología de El Salvador. Edit. UCA. San Salvador - El Salvador.
- Lira Elizabeth, Becker David, Castillo María Isabel (1990) **Psychotherapy with victims of political repression in Chile. A therapeutic and Political Challenge** (Psicoterapia con víctimas de represión política en Chile. Un desafío teórico y terapéutico) en Health Services for the treatment of torture and trauma survivors. (Servicios de Salud para el tratamiento de sobrevivientes de trauma y tortura) Publication of the Office of Scientific Freedom and Responsibility American Association for the Advancement of Science. Washington DC. USA.
- Lira Elizabeth (1990) **De la Solidaridad a la Reparación Social: el quehacer psicológico en las dictaduras y en los procesos de democratización del Cono Sur**. Vol IX No 37. Págs. 279-298. En Revista de Psicología de El Salvador. San Salvador - El Salvador.
- Lira Elizabeth (1990) **Subjetividad y política: los derechos humanos en la transición**. En Justicia y Perdón Revista Persona y Sociedad. N° 2-3- ILADES. Santiago - Chile.
- Lira Elizabeth y Castillo María Isabel (1991) Psicología de la amenaza política y del miedo. Ed. ILAS CESOC Ediciones ChileAmérica. Santiago - Chile.
- Lira Elizabeth (1992) **El sufrimiento del terapeuta**. En Terapia Psicológica Revista Chilena de de Psicología Clínica. Año X N° 17-18. Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile.
- Lira Elizabeth (1995) **The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile** (p. 115-127). EL desarrollo de enfoques terapéuticos con víctimas de violaciones de derechos humanos en Chile. Capítulo en Beyond the Trauma. (Más allá del trauma) Selected papers from the First World Conference on Traumatic Stress edited by Kleber, R., Figley, Ch. y Gerson, B. Plenum Press.
- Martín Baró Ignacio Editor.(1990) Psicología Social de la guerra. UCA Editores. San Salvador. El Salvador.
- Naciones Unidas E/CN.4/1995/42: Preliminary Report submitted by the special rapporteur on violence against women. Its causes and consequences. Ms.Radhika Coomaraswamy,in accordance with Comission on Human Rights resolution 1994/45.
- Orellana Patricio (1989) Violaciones a los derechos humanos e información: La experiencia chilena. FASIC. Santiago - Chile.
- Orellana Patricio y Quay Hutchinson Elizabeth (1991) El movimiento de derechos humanos en Chile 1973-1990. Centro de Estudios Políticos Simón Bolívar- CEPLA. Santiago - Chile.
- Organización de los Estados Americanos (Comisión Interamericana de D.D.H.H.(1985) Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile. Doc 17. 27 de septiembre de 1985. Washington U.S.A.
- Pesutic, S. (Ed.) (1990) Tortura: Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento. CODEPU. Santiago - Chile.
- Puget Janine (1986) Psicoanalizar bajo estado de amenaza. Comunicación al Seminario Internacional "Consecuencias de la represión en el Cono Sur". Mayo 18-23, 1986. Montevideo -Uruguay.
- Puget Janine y Käes Rene Compiladores (1991) Violencia de estado y Psicoanálisis. Bibliotecas Universitarias Centro Editor de América Latina. Buenos Aires - Argentina.
- Reszczyński, K., Rojas, P. y Barcelo, P. (1991) Tortura y resistencia en Chile. Estudio médico-político. Editorial Emisión. Santiago - Chile.
- Rodríguez Ana Catalina (1978) **Detenidos políticos: Sufrimiento y esperanza**. En Revista Mensaje No 275 Vol XXVII Diciembre. Santiago - Chile.
- Ruderman Matilde (1992) **El horror internalizado en los psicoterapeutas**. En Revista de Psicología de El Salvador: UCA, San Salvador, El Salvador C.A. Vol.45 Año X Pp. 231-243 y en Werkblatt- Zeitschrift fur Psychoanalyse und Gesellschaftskritik.: Salzburg, Austria.
- Ruderman Matilde (1993) Ética y Compromiso Social del Psicólogo Clínico en Revista Salud Problema y Debate. Año IV - Nro. 8. Buenos Aires - Argentina.
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Cuadernos de Salud Mental Documento N° 1 (1996) Evaluación Epidemiológica PRAIS Occidente 1992-1995. Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos. Santiago - Chile.
- Solimano Giorgio y Toledo María Isabel (1989) Cuantificación de la población víctimas de violaciones a los derechos humanos: limitaciones y posibilidades. Documento preparado para el Proyecto: Experiencias Traumáticas Extremas en la población chilena. Servicios de salud y estrategias de políticas. ILAS - PROSAPS. Santiago - Chile.

- United Nations publication (1988) Derechos Humanos. Recopilación de Instrumentos Internacionales.
- Vicaría de la Solidaridad (1982) **Trabajo social: una experiencia solidaria en la promoción y defensa de los derechos humanos.** En Lecturas de Psicología y Política- Crisis política y daño psicológico. Tomo I, Colectivo Chileno de trabajo psicosocial. Edición privada. Santiago - Chile.
- Vidal, M. (1990) **Daño psicológico y represión política: Un modelo de atención integral.** Reflexión. Diciembre 10-14. Santiago - Chile.
- Vidal Hernán (1989) Cultura Nacional Chilena, crítica literaria y derechos humanos. Minneápolis U.S.A.
- Viñar Marcelo (1986) **La transmisión de un patrimonio mortífero: premisas éticas para la rehabilitación de afectados.** En Territorios, N12 (enero-marzo) Publicación del Movimiento Solidario de Salud Mental. Buenos Aires - Argentina.
- Weinstein Eugenia, Lira Elizabeth y Rojas María Eugenia (1987) Trauma, Duelo y Reparación. Fascic. Ed. Interamericana. Santiago - Chile.

Discusión.

Alberto: Un comentario, en primer lugar. El final de la dictadura española significó el inicio de un proceso de transición muy parecido al chileno, una especie de borrón y cuenta nueva. En la transición española los problemas en salud mental, como podían ser el miedo y la culpabilidad, eran abordados de manera individual. No hubo un trabajo colectivo, quizás porque no había una conciencia entre los profesionales de las consecuencias etc. o por otras razones, pero no hubo, como en Chile grupos para tratar con esto durante la dictadura. En la denominada transición hubo un empeño en mirar adelante. Finalizada de la dictadura y el inicio de la transición ¿qué pasó en Chile con esos grupos y la forma de hacer terapia?

Elizabeth: Desde el año 1988 empezamos a trabajar con una idea de la sensibilización de los sectores políticos hacia la salud mental. Gracias a una serie de reuniones terminó existiendo el PRAIS, que ha sido un gran logro, ya que la transición chilena se ha hecho bajo las condiciones que querían los militares. La transición fue muy rápida por una serie de errores de Pinochet, como el pensar que las mujeres votarían por la derecha como lo habían hecho históricamente. Esto terminó con la dictadura y nos convertimos en una democracia protegida. Esto le dió un nuevo rol a los militares que es el de proteger la constitución del 80 que ellos diseñaron. Esto es algo que no se dice muy abiertamente en Chile. Esto significa que el tema de derechos humanos es un tema a obviar ya que los militares están cumpliendo un rol social inmovilista. En el informe de la Comisión de la Verdad se reconocen cerca de 4000 muertes. Lo que se hizo, en lugar de buscar culpables, fue otorgar una compensación económica a las familias de los desaparecidos, hacer un cierto reconocimiento moral y dar por cerrado el punto. Por beneficio de la paz social, la impunidad es el precio a pagar. Posiblemente de esto no se vuelva a hablar hasta pasados 10 - 15 años. En el caso de Argentina no se empieza a hablar hasta que los torturadores comienzan a tener conflictos emocionales significativos. Nuestro trabajo en Chile hoy y lo que ha sido siempre es ponerle nombre a las cosas, hablarlo para que la gente se sienta más acompañada y decirlo para que no se olvide.

Carlos: Varias preguntas. Por un lado cual es la situación de los familiares en la actualidad. Otra cosa sería saber si en Chile los profesionales de salud mental han trabajado en procesos de memoria colectiva. El proceso de los militares en Argentina se da porque alguien se ha preocupado por mantener la memoria colectiva viva, lo que ha calado en una crisis personal de algunos militares y a testimonios relevantes de victimarios. Y por último, en tu opinión, cual es el impacto que ha tenido la Dictadura sobre las nuevas generaciones.

Elizabeth: El trabajo en situaciones de duelo en muchos casos ha sido mal entendido como un trabajo político y esto ha hecho que hubiera familiares que no quisieran participar. No sabemos cuantos. Por otro lado las pensiones a familiares de desaparecidos han cambiado la motivación hacia los procesos de duelo. Esto sumado al hecho de que hay personas que pueden llevar 20 años en el proceso y hay un agotamiento de las personas. Por todas estas razones, hay que reconocer que en este momento la actividad de los familiares es muy escasa. En cuanto a la segunda pregunta, empezamos a trabajar con el desarrollo de la memoria colectiva desde antes del fin de la dictadura. Los militares se han encargado de hacer desaparecer todos los símbolos de la represión. En distintos organismos han hecho pequeños actos como el ponerle nombre a salas, estatuas y cosas por el estilo pero solo a nivel

de pequeñas organizaciones. A la par hay un grupo de intelectuales que ahora mismo están trabajando en escribir el proceso de cómo Salvador Allende llegó al poder. Por otro lado Pinochet ha creado una fundación que tiene 27 sedes en todo el país que tiene como misión el que no se cambie la versión de la historia que ellos han dicho. Quien gane esta batalla sobre la memoria histórica determinará la historia que se enseñará en los colegios. Respecto al efecto sobre las nuevas generaciones, creo que muchos jóvenes no quieren saber nada de todo esto porque han pasado una infancia muy dolorosa y no quieren recordarlo. Nuestro deber como profesores en la universidad es hacer reflexiones críticas sobre estos temas que a la gente le sirva sin poner el acento en el horror. Transmitir el sentido de una vida muy dolorosa sin que la gente se nos espante.

Lynne: Por un lado, creo que la prolongación de la agonía al identificar cierta parte de la población como víctimas, puede producir en los individuos una dependencia de los servicios de salud mental. Otra pregunta : ¿Cómo es visto que el estado utilice a los servicios de salud mental para la desmovilización política?. Sería lo que has llamado la *medicalización de la política* en la cual el estado no habla de una población con problemas políticos sino con problemas mentales : ellos están locos.

Elizabeth: Si una persona se mantiene mucho tiempo identificado como afectado por una situación represiva puede que sea un problema. Pero hay más matices. Por ejemplo, la existencia de este tipo de trabajo en Chile significa que reconoces un derecho de poder decir cosas que no podías decir antes : que hay tortura, que hay desaparecidos, que hay presos. Eso es muy importante. Respecto al papel del estado, yo también matizaría lo que dices : el programa PRAIS significa que a la persona se le reconoce un derecho que se había perdido durante la dictadura. Se le reconoce, además, que lo perdió por ser una víctima del estado, que este es el responsable y asume un papel en consecuencia. La intención es proteger los derechos de gente que no se pueden proteger a si mismas, no estigmatizar o despolitizar a nadie. La extinción de esto solo puede ser perjudicial para los sectores mas pobres que son los que van al hospital. Los profesionales o las clases medias simplemente recurrirán a la psicología y la psiquiatría privada, que de hecho es probablemente lo que hacen ahora.

Florentino: Cuando estás en situación de conflicto actúas activa o pasivamente a favor de uno de los bandos. Es imposible ser neutral. Por tanto, al finalizar el conflicto se debe modificar la visión del cliente que viene a vernos. Esto debido a que se puede entender que son tan víctimas de un lado o de otro ya que todos han estado bajo unos dirigentes que los han llevado a esta situación.

Elizabeth: Por ley toda la gente, incluido torturadores, etc., tiene derecho a ir al programa PRAIS pero nosotros hemos discutido sobre este particular y yo en lo personal siempre he dicho que no estaba dispuesta a tratar torturadores. Esto se debe básicamente a que moralmente no tenemos la capacidad de disociarnos tan fácilmente.

Isabel: ¿Cómo se trabajó el tema del miedo?. Y conectado con esto : ¿Que papel jugaron los profesionales de salud mental en el plebiscito?

Elizabeth: Te responderé en dos partes. Hubo un grupo de intelectuales dedicado a discutir el tema del miedo que fue el valor colectivo más importante construido por la dictadura. Eugenia Weinstein, una compañera que trabajó con nosotros mucho tiempo, formó parte del equipo que preparó el tratamiento del miedo de una manera colectiva a través de los medios de comunicación. Nosotros analizábamos diariamente la propaganda y le mandábamos nuestras ideas para contrarrestar la idea abrumadora del miedo y la muerte presente de una manera subliminal en toda la propaganda de Pinochet. Creo que hasta que no se muera Pinochet y otra gente no desaparecerá completamente ese miedo que está presente en cosas sutiles. Un ejemplo es que la gente no está acostumbrada decir lo que piensa, tiene miedo, y en la Universidad en la que yo estoy hace, por ejemplo, las clases bastante aburridas. Es un esfuerzo por enseñarle a la gente que pueden usar todo el lenguaje para expresar su pensamiento, contrario a lo que habían aprendido para sobrevivir que era reducir su discurso y reducir su discurso es reducir su pensamiento. Es una de las consecuencias de vivir tanto tiempo bajo el terror y como está hay muchas otras.

Darío: El silencio es bastante frecuente en los afectados de conflictos. Según datos las personas que no recuerdan lo negativo tienen una imagen más positiva del país actual. Por otro lado las personas que no hablan de los conflictos del pasado son mejor aceptados. Enfatizar lo positivo es mejor para la recuperación de los afectados por situaciones de violencia. Por otro lado, la impunidad surge por dos ideas, hay que mantener el aparato del estado y para eso hacen falta técnicos y funcionarios. No puedes empezar un estado de cero, así que hay que hacer la vista gorda. Por otro es un acto de realidad que un régimen que funcione un tiempo provoca un apego. No olvidemos que en tiempos de Franco aquí hubo algunas manifestaciones masivas de apoyo.

Richard: La ponencia de Elizabeth me ha recordado la importancia de las historias personales e intelectuales para la discusión de la tortura. Ya que esto determina una posición frente a los torturados. Por otro es muy cierto que es muy difícil para las personas que trabajan en derechos humanos desvincularse de su trabajo ya que van construyendo una nueva realidad día a día. Un nuevo conocimiento nos lleva a un problema metodológico ya que no podemos predecir que pasará, ni tampoco nos permiten experimentar y tener una credibilidad científica en lo que se hace. Vemos, describimos y actuamos sobre el terreno en donde la mejor metodología que tenemos es la historia personal de quien está delante nuestro.

Sören Böhjholm.

La experiencia internacional del IRCT en el trabajo con víctimas de tortura.

El artículo 10 de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y otros Tratos y Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes entró en vigor en junio de 1987. Para poder aplicar este artículo, los médicos (y demás personal sanitario) deben ser capaces de identificar a las personas que han sido sometidas a tortura. Por lo tanto, deben tener el conocimiento de los métodos de tortura, su objeto, la manera según la cual se lleva a cabo y las secuelas tanto físicas como psicológicas. Es particularmente importante para los profesionales de la salud tener presente el hecho - que ha sido observado especialmente en los últimos años - de que los médicos son a menudo partícipes de la tortura dado que el objetivo principal de la misma no es matar a la persona sino destruir su personalidad. Hoy en día, solo algo más de 80 países miembros de la ONU han ratificado esta declaración.

Contexto general.

Los aspectos criminales de la tortura están estrechamente vinculados con el concepto de Derechos Humanos y consecuentemente con la ética de la profesión médica en el sentido más amplio del término. La comprensión de los Derechos Humanos ha crecido y evolucionado a lo largo de los últimos 150 años. Cabe destacar la fundación en 1863 de la Cruz Roja Internacional y la adopción en 1864 de la Convención de Ginebra cuyo objetivo es la protección en tiempos de guerra de los soldados y prisioneros. Sin embargo, los principios acordados a nivel internacional en el marco de dichas iniciativas han sido violados de forma exorbitante, por ejemplo durante la Segunda Guerra Mundial, la ocupación iraquí de Kuwait, la guerra en Ruanda y en la antigua Yugoslavia.

Amnistía Internacional (AI) fue fundada en mayo de 1961 y es hoy en día, una Organización Mundial de Derechos Humanos. El primer grupo médico de AI fue establecido en 1974 en Dinamarca. En 1975, en Tokio, la Organización Médica Internacional definió la tortura como: "La brutal, deliberada o sistemática aplicación de sufrimientos físicos o mentales por una o varias personas que actúan solas o bajo las órdenes de cualquier autoridad para forzar a otra persona a revelar información, a hacer una confesión o por cualquier otra razón."

En 1974, el mencionado grupo médico - cuyo primer trabajo se pudo realizar gracias a reconocimientos sistemáticos para determinar si en casos concretos se había llevado a cabo o no tortura - realizó durante varios años una serie de pruebas y estudios de los Supervivientes de la Tortura (ST) chilenos que vivían en exilio en Dinamarca y de ST griegos residentes en Grecia. Estas investigaciones les llevaron al **Descubrimiento N° 1**: la tortura no es solamente insoportable, perversa y repugnante mientras se está realizando. Permanece en los ST y los persigue durante muchos años, dejando secuelas médicas, especialmente en lo que se refiere a los efectos mentales posteriores. En los años siguientes, se crearon otros grupos médicos y los resultados de sus investigaciones sobre los ST tuvieron resultados similares. Más tarde, se descubrió que el objetivo último de la tortura no consistía en conseguir información o confesiones, como se creía en un principio, sino en resquebrajar la personalidad del torturado para convertirlo en elemento disuasivo para otras personas presuntamente opuestas a un régimen. Esto fue el **Descubrimiento N°2**. Analizándolo, el **Descubrimiento N° 3** se dedujo fácilmente: el blanco del trabajo destructivo de los torturadores son las llamadas "personalidades fuertes", gente que tenía el valor y la fuerza de oponerse a regímenes represivos. En realidad, se trataba de grupos claramente identificables: sindicalistas, luchadores por los Derechos Humanos, líderes estudiantiles, políticos, periodistas, representantes de minorías étnicas, etc. Por supuesto, otras personas también sufren torturas -presos comunes, manifestantes, etc., pero los que constituyen el blanco de las torturas gubernamentales - y la tortura "gubernamental" ocurre en 70 países hoy en día - son los que denominamos "personalidades fuertes".

Desde 1980, el trabajo de rehabilitación se ha desarrollado muy rápidamente. La inauguración oficial del RCT tuvo lugar en 1982 y hoy en día, ocupa un complejo de edificios cercano al Hospital Universitario.

El RCT es una organización independiente, humanitaria y apolítica cuyos objetivos principales consisten en rehabilitar a las personas que han sobrevivido a la tortura, formar a los profesionales sanitarios daneses para que puedan atender a los ST, llevar a cabo investigaciones sobre la naturaleza, el alcance y las consecuencias de la tortura. Su objetivo más reciente consiste en recopilar y registrar textos científicos sobre la tortura y sus secuelas y sobre la rehabilitación de los ST, difundir la información entre los profesionales sanitarios implicados en el trabajo con los ST en el mundo entero y funcionar como una biblioteca interna de investigación para el personal del RCT.

Debido al gran interés en nuestro trabajo y a las innumerables peticiones que recibe el RCT por parte de profesionales de la salud como por parte de políticos, profesores, periodistas de todo el mundo, se decidió formalizar nuestro trabajo internacional en 1988, creando una división internacional, el IRCT. Su meta es respaldar internacionalmente la investigación relativa a todos los aspectos de la tortura, apoyar la educación y la formación de los profesionales de la salud en los aspectos médicos, sociales, legales y éticos de la tortura, así como servir de "Centro Internacional" para información sobre actividades relacionadas con la tortura. Hoy en día, está realizando programas educativos con material específico en 106 países. Se han llevado a cabo investigaciones, desarrollo y demostraciones de proyectos relacionados con los métodos de tortura y síntomas, de las terapias aplicadas a las víctimas de la tortura, etc. (1996). El Centro de Documentación del IRCT consta de 27.000 artículos y escritos relativos a la tortura (dato de 1996). Con la participación de representantes de 31 países, se han realizado cursos, seminarios y programas de formación. La Red Internacional de Documentación sobre la Tortura que coordina el IRCT consta actualmente de 50 participantes. Publicamos trimestralmente nuestra propia revista, "Torture". Además, hemos sacado libros en árabe, albanés, ucraniano, español, francés, inglés, etc., así como artículos y reportajes audiovisuales. Finalmente, hemos buscado oportunidades para abrir centros en el mundo entero.

La tortura como proceso y como método

La tortura es una agresión al individuo. Induce al sufrimiento físico y mental poniendo directamente en peligro la propia personalidad. Sorprendentemente, los métodos de tortura son casi los mismos en todo el mundo. Se utilizan métodos físicos pero siempre con vistas a perjudicar la mente de la víctima. Por lo tanto, la tortura consiste prácticamente siempre en una combinación de métodos físicos y mentales. Los sufrimientos físicos más comúnmente empleados son los siguientes:

- ✓ Golpes y empujones
- ✓ Técnicas de aplastamiento y compresión
- ✓ Traumas de penetración
- ✓ Inserción de objetos extraños en orificios naturales
- ✓ Estiramientos excesivos del cuerpo o parte del cuerpo
- ✓ Sofocación
- ✓ Aplicación de tortura química (por ejemplo, ingestión forzada de pastillas)
- ✓ Aplicación de tortura térmica
- ✓ Aplicación de tortura eléctrica
- ✓ Ruidos excesivos
- ✓ Aplicación de tortura sexual

Sin embargo, se puede entender fácilmente que los que no han sido torturados sólo pueden percibir una pequeña parte de los horrores, soledad y dolor sufrido bajo la tortura. A lo largo de un proceso de tortura, las víctimas están sometidas a presiones psicológicas del tipo de la elección imposible, como ocurre por ejemplo cuando se les obliga a elegir entre delatar a amigos o ver a su

familiar destruida. Cualquiera que sea la elección de la víctima, siempre va a sentir la impotencia de no tener ninguna posibilidad real de elección o escape. Los interrogantes utilizan también la técnica del hombre bueno/hombre malo en la cual la confianza de la víctima en personas ajenas se ve explotada hasta el extremo.

Entre las sesiones de tortura, los presos son obligados a menudo a quedarse con los ojos tapados o a llevar constantemente una capucha. Se puede cambiar la temperatura de las celdas para que se vuelvan o muy frías o muy calientes. Los torturados pasan mucho tiempo socialmente aislados y se agudizan ciertos aspectos de privación sensorial. Incluso en las celdas, los presos están sometidos a restricciones (pueden estar prohibidas las posturas de meditación o el hablar a solas), y no saben nunca cuando se les vigila y por lo tanto cuando pueden provocar otra sesión de tortura bajo cualquier excusa. Se impide con mucho cuidado cualquier intento de suicidio.

Los Efectos Físicos De La Tortura. Las secuelas físicas de la tortura dependerán de los métodos utilizados y de las partes afectadas del cuerpo. Todos los sistemas del cuerpo se pueden ver afectados pero raramente se pueden demostrar sus dolencias con un reconocimiento médico, excepto en el sistema locomotor. Las articulaciones, sus cápsulas y los ligamentos pueden haber sido forzados, dando lugar a una hipermovilidad y dejándolas susceptibles de sufrir una luxación con traumas menores. La mayoría de los supervivientes sufren tensiones musculares y fijaciones que causan dolores a lo largo de la columna vertebral. Otros, aunque más raramente, desarrollan hernias discales. A menudo, se golpean las plantas de los pies lo que provoca luego un engrosamiento de la aponeurosis y la destrucción de los apoyos del pie (fenómeno del pie plano). Los huesos de apoyo del pie duelen al palparlos. Los huesos rotos se pueden haber soldado sin una correcta alineación y puede que necesiten una intervención quirúrgica. Un factor de complicación es el desarrollo de la atrofia por falta de uso. Las víctimas pueden presentar también atrofia de algún miembro afectado.

Dolencia Psicosomáticas. Los ST llegan a la consulta con numerosas dolencias psicosomáticas : tensión, dolor de cabeza, sonidos extraños en los oídos, gastritis o úlceras gástricas y mareos. Muchos se creen lo que sus propios torturadores les han dicho, por ejemplo que no volverán jamás a poder aprender algo, que sus cerebros están definitivamente dañados, o que sus futuros hijos serán deficientes. Dichas secuelas no se pueden probar apenas pero son necesarias investigaciones profundizadas para ir reduciendo el miedo.

Síntomas Mentales. La mayoría de las víctimas examinadas en el RCT sufren las alteraciones siguientes (los códigos representan la equivalencia con los criterios de diagnósticos del Trastorno de Estrés Post-traumático (PTSD, DSM-III-R). Habría que actualizarlo al DSM-IV, pero da una orientación:

1. **Dificultades emocionales (D2,4)** (irritabilidad o ataques de ira, falta excesiva de confianza - manías persecutorias -, disminución de la capacidad para enfrentarse al estrés)
2. **Alteraciones del sueño (B2, D1)** (dificultades para dormirse o para mantenerse dormido, pesadillas)
3. **Alteraciones de las facultades para concentrarse y recordar (C3, D3)** (amnesia psicogénica, disminución de las facultades para recordar acontecimientos relacionados con la tortura)
4. **Anulación de los pensamientos o sentimientos relacionados con la tortura (C1)**
5. **Anulación de las actividades o situaciones que pueden recordar la tortura (C2)**
6. **Disminución de la facultad de entablar relaciones personales (C5, C6)** (Reducción del afecto, sentimientos de alejamiento o enajenamiento con respecto a los demás)
7. **Interés claramente disminuido en mantener actividades que antes eran significativas (C4)**
8. **Sensación de un futuro cortado (C7)**
9. **Formas de actuar o sentimientos repentinos similares a los de una situación de tortura (B3, B4, D6)**
10. **Cambios de personalidad**
11. **Sentimiento de culpabilidad por haber sobrevivido.**

12. **Ansiedad** (ansiedad específica de los efectos de la tortura y que no es ni neurótica ni psicótica, falta de confianza en sí mismo y en los demás).

Las funciones cognitivas se ven afectadas. Los ST sufren escasez de memoria y no son capaces de aprender cosas nuevas, por ejemplo, el idioma del país de asilo. Pueden aparecer pérdidas de memoria relacionadas con experiencias traumáticas.

Son frecuentes las ideas de referencia, la constante falta de confianza - manías persecutorias - y la suspicacia. Algunos ST sufren incluso ilusiones persecutorias. Estas reacciones pueden afectar la rehabilitación ya que el paciente ve en el tratamiento algún objetivo escondido.

En el ámbito emocional, la ansiedad y la depresión son tan evidentes como la inestabilidad emocional. Muchos ST son hipersensibles y los "flashbacks" intrusos provocan tanta ansiedad que algunos pacientes sufren de psicosis reactiva. Muchos sienten un sentimiento de culpa y esto se puede reflejar en reflexiones de tipo: "¿Porqué yo no resistí y otros sí?" o "¿Porqué estoy vivo cuando otros han muerto?".

Entre los cambios vegetativos se incluyen un sueño atormentado con pesadillas frecuentes, con despertares frecuentes y reacciones autonómicas que a menudo se traducen en sudoración excesiva.

Los supervivientes pueden sufrir también a menudo ansiedad opresiva y a través de la memoria asociativa, se desencadenan fácilmente flashbacks, por ejemplo las sirenas o la visión de uniformes o de coches de policía puede hacer que los supervivientes vuelvan a experimentar parte de la tortura que sufrieron.

Los mayores cambios, sin embargo, se encuentran en la personalidad. Prácticamente todos los ST se sienten diferentes, no se reconocen a sí mismos, sienten que han sufrido un proceso de degradación y su autoestima es muy baja. La humillación sufrida es de tal magnitud que afecta la personalidad. Algunas huellas pueden proceder de la estigmatización de los supervivientes por parte de la sociedad después de su liberación.

Factores De Modificación. Los síntomas de los que hablamos los presentan la mayoría de los ST que hemos visto en el RCT, independientemente del lugar dónde la tortura ocurrió. La sintomatología sin embargo, puede verse influenciada por varios factores:

- Diferencias personales (por ejemplo, la edad del individuo cuando fue torturado, el sexo y la estructura de su personalidad incluido las estrategias de enfrentamiento y la firmeza de las creencias políticas y religiosas).
- Tipo de tortura sufrida (por ejemplo severidad y duración del estrés excesivo)
- Acontecimientos asociados (por ejemplo pérdida de miembros de la familia y la incertidumbre con respecto al futuro de los familiares supervivientes)
- Circunstancias después de la tortura (por ejemplo, al ser un refugiado que puede verse obligado a vivir en una cultura diferente)
- Conocimiento previo de la tortura y de lo que le rodea.

¿Un Síndrome De Tortura?. A la mayoría de los ST, se les diagnostica de Trastorno por Estrés Post Traumático (PTSD) tal y como viene definido en el DSM-IV. Se desconoce hasta qué punto el trauma de por sí puede provocar las enfermedades psiquiátricas clásicas del tipo del Trastorno Afectivo Mayor.

Tratamiento de los supervivientes de tortura..

Razones Para Un Tratamiento Especializado. Después de la puesta en libertad o la salida de la prisión los supervivientes a menudo se tienen que esconder durante un tiempo y enfrentarse entonces a las circunstancias peligrosas y caóticas del exilio. Además, puede ser que las autoridades de su propio país les sigan persiguiendo y que vivan entonces en el constante miedo de que les obliguen a volver a sus países. Bajo estas circunstancias, la falta de confianza en los demás como en las autoridades les puede impedir pedir ayuda a las instituciones públicas.

Fases y estructura del tratamiento. Todas exploraciones, pruebas y tratamientos se deben hacer siguiendo los tres conceptos éticos básicos del juramento de Hipócrates : “Primum non nocere” -, el respecto por cada ser humano y el derecho a la autodeterminación siempre y cuando no perjudica a otros – desarrollados y aplicados por el RCT:

- La confianza y la discreción son esenciales
- Se debe demostrar el máximo respeto por la persona
- Se deben evitar las situaciones que recuerden a los ST los interrogatorios y la tortura. Los tiempos de espera antes de la consulta, por ejemplo, pueden ser particularmente estresantes
- Los pacientes deben ser minuciosamente informados de todas las pruebas y exploraciones que se les van a pedir.

Basándose en estos principios, el modelo actual de tratamiento se puede resumir como un tratamiento psicoterapéutico, somático e inclusive fisioterapéutico al mismo tiempo que se acude a un asesoramiento social externo y legal, si fuera necesario.

Se ofrece a menudo tratamiento a las esposas e hijos ya que el encarcelamiento o la tortura de su familiar ha tenido a menudo un impacto traumático sobre ellos. Además, la familia puede haber tenido que compartir la experiencia extremadamente estresante del exilo. La familia puede tener dificultades en entender las reacciones emocionales excesivas del ST - irritabilidad, accesos de ira, terrores nocturnos, etc.-, y esto puede desencadenar problemas en el seno de la familia.

El tratamiento no suele necesitar el ingreso del paciente en la clínica. Solamente es necesaria la hospitalización en caso de exploraciones especiales o de operaciones.

Reconocimiento físico preliminar. Como lo hemos comentado anteriormente, la mayoría de los pacientes que han acudido al RCT se quejan de dolencias somáticas. Se debe realizar un reconocimiento médico profundo para averiguar si se trata de dolencias somáticas o disfunciones. En efecto, se puede descubrir muchas veces que las dolencias son síntomas psicósomáticos. Cualquiera que sea su origen, las dolencias deben tomarse en serio y se debe respetar el derecho del paciente a un reconocimiento médico completo. No hay que perder de vista que no todos los síntomas son consecuencias mentales de la tortura y hay que evitar los graves errores que se pueden cometer al no realizar un reconocimiento a fondo. Además, las quejas que presenta el paciente pueden constituir una buena oportunidad de establecer una relación de confianza entre el paciente y el médico, base esencial para una psicoterapia posterior.

Psicoterapia. La psicoterapia de los ST se basa en los traumas. Los pacientes hablarán con detalle de su tortura, y una vez que los mecanismos de defensa se vayan superando, volverán a experimentar y aliviarán las emociones que conlleva la memoria. Este proceso permite liberar las emociones reprimidas, entender las humillaciones y alejar del paciente la ira y la culpabilidad que siente. Las emociones se liberan gradualmente y se siente poco a poco un alivio subjetivo. El ST tiene que aprender que ya no es una víctima sino un superviviente, que no podrá olvidar nunca su experiencia traumática y que no podrá eliminar nunca su ansiedad. Debe volver a adaptarse a la realidad donde la ansiedad, la suspicacia y la tristeza ya no serán los ejes principales de su vida. El propósito de la psicoterapia consiste en reintegrar la personalidad y en hacer que la persona sea capaz de dominar su propia situación de vida combinada con unas grandes pérdidas.

Fisioterapia. La fisioterapia es parte integrante del tratamiento modelo y, si es posible, las sesiones se realizan directamente antes o después de las sesiones psicoterapéuticas. Los métodos utilizados tienen como meta directa el alivio de las disfunciones musculares causadas por la tortura.

Asesoramiento social externo. Para el ST en exilo, todos los temas se pueden convertir en obstáculos y pueden necesitar una ayuda extra para aprender el idioma, para encontrar alojamiento, etc. El objetivo consiste en asegurarse de que el ST no lleva desventaja con respecto a los demás refugiados.

Asesoramiento legal. El terapeuta debe evitar cualquier actitud de juicio hacia las acciones pasadas del ST. Todas las fases del tratamiento deben hacerse de acuerdo con las leyes y las legislaciones del país de asilo, incluidas las ratificadas por las convenciones internacionales.

Intérpretes. En este marco de trabajo con pacientes de todas las partes del mundo, es necesario trabajar con buenos intérpretes. En el contexto de un centro de rehabilitación para los supervivientes de la tortura que viven en exilio, se debe observar un respeto mutuo de las culturas, pero siempre es una ventaja si los terapeutas conocen o entienden la cultura de procedencia del paciente. El intérprete no solamente traduce sino que puede proporcionar al terapeuta información adicional sobre la cultura del paciente fuera de la sesiones terapéuticas.

Conclusión

La tortura afecta al cuerpo y la mente. En esto se basa el modelo de tratamiento multidisciplinar del RCT. Se trata de un nuevo marco de trabajo. Es necesario evaluar los tratamientos actuales para mejorar las estrategias de tratamiento. Cada éxito de rehabilitación de un ST se traduce en una victoria de la batalla contra los torturadores. El objetivo principal consiste en prevenir la tortura. Por eso, la tortura es un reto a las profesiones médicas en el mundo entero. El objetivo principal del tratamiento se expresa mejor de lo que yo lo puedo hacer en el poema de mi compañero Frank Ochberg:

“Yo era una víctima :
He sido victimizado
Estuve en una lucha que no era una lucha
Yo no pedí estar en esta batalla. Perdí.
Perderla no es ninguna vergüenza. Sólo ganarla.
Ahora he alcanzado el estatus de Superviviente
Ya no soy un esclavo del estatus de víctima.
Miro hacia atrás con tristeza más que con odio.
Miro hacia delante con esperanza más que con frustración.
Nunca olvidaré, pero no necesito estar constantemente recordando.
Fui una víctima.
Ahora soy un superviviente^P.”

Discusión .

Pepe : Yo creo que aquí en España no tenemos los ojos aún abiertos, o no queremos abrirlos, sobre cómo se consiguen declaraciones de activistas de ETA en un día o cómo presos sociales, sin ser políticos, son maltratados en las comisarías o en las cárceles . Hay, en democracia, sin irse a Franco, ocho casos totalmente descritos de muertes muy extrañas en nuestras cárceles. Me gustaría que nos comentaras, si puedes, algún dato que tengas sobre torturas o malos tratos en España. He visto que en el mapa del 94, España consta como uno de los países en los que se practica aún la tortura. También te pregunto si España ha suscrito esa convención de las Naciones Unidas contra la tortura.

Sören: Para ver si está ocurriendo lo mismo en España me referiré al libro anual de Amnistía. Debería examinar antes la ratificación de la Naciones Unidas. Es una pena ; no lo puedo encontrar aquí. No lo sé. El RCT y el IRCT tratan de ser políticamente independientes. No somos nosotros quienes deberían

^P “I was a victim: I have been victimized .I was in a fight that was not a fight. I did not ask the fight, I lost. There is no shame in losing such fight, only in winning. I have reached the stage of a survivor and am no longer a slave of victim status. I look back with sadness rather than hate. I look forward with hope rather than despair. I may never forget, but I need not constantly remember, I was a victim. I am a survivor.”

salir al mundo y acusar a los gobiernos por lo que está ocurriendo en sus países ; con lo que estamos trabajando es con la rehabilitación. Se trata de ayudar a sobrevivientes individualmente, pero tienen otras organizaciones como Doctors for Human Rights y Amnistía Internacional, sólo por mencionar dos de ellas y allí tienen información.

Isabel : Quería saber cómo Uds., desde el punto de vista institucional, monitorean o hacen seguimiento a la labor que realizan en los centros asociados y, sobre todo, cómo manejan el problema de la neutralidad política en contextos que jamás son neutrales.

Sören: Genefke usa una frase : “todas las personas que están trabajando tratando a los supervivientes de la tortura, trabajando en los centros establecidos son líderes con fuertes personalidades”. Cuando tuve que ir con ellos a Pakistan me pedían que no se diga a la audiencia que ellos son gente con una fuerte personalidad porque habrá alguien en la audiencia que tenga contacto con las autoridades y podría ser peligroso para ellos el ser vistos como una especie de héroes. La cuestión es cómo podemos apoyar los centros, ya sea en Pakistan o Venezuela. No es fácil pero pienso que tiene valor estar dentro de una red internacional. Esa es la razón por la cuál es importante tener contacto con el Consejo Europeo. El último intento de contacto fue con el Presidente americano Bill Clinton. Debería haber venido a Dinamarca a principios de este año. Nosotros estamos deseando crear una organización internacional donde se pueda tener más protección ; esa es la única respuesta. Somos muy cuidadosos acerca de cómo contactar con la prensa cuando estamos allí, de modo que la prensa, no sólo la prensa local sino también los periódicos internacionales, puedan saber acerca de lo que ocurre en Venezuela, Pakistan, etc... . Este es el tipo de protección que podemos otorgar, pero no es fácil. Sabemos acerca de centros donde es muy difícil para los clientes ir debido a que temen que estos centros se encuentren bajo vigilancia de las autoridades, y que la policía secreta se encuentre observando qué personas están entrando y saliendo de este edificio. Además, no en todos los países pueden utilizar el término “centro para la rehabilitación de víctimas de tortura” ; en esos casos lo llaman sólo un centro de rehabilitación.

Isabel: Mi temor es cuando ocurre lo contrario. Es cuando estos centros no desean atender a ciertas personas por temor a ser identificados políticamente con ellas.

Darío : Es realmente impresionante la cantidad de centros con los que Uds. tienen contacto, cubre prácticamente el conjunto de culturas del mundo : ¿Han hecho o están haciendo una evaluación sistemática de las diferencias de reacciones a la tortura o la diferencia de síntomas entre esas culturas ?.

Sören: No, no tenemos. No tenemos nada que presentarte. Usamos unos cuestionarios Hamilton para evaluar la depresión y la ansiedad y trato de responder a tu cuestión. Tenemos que hacer grupos internacionales, donde intentamos convencer a otros centros para que utilicen el mismo sistema. Ahora, esto, se nos escapa de las manos, pero debemos seguir, ahora que empezamos a conseguir los primeros resultados de la investigación. Tratar a personas de diferentes culturas es muy importante para funcionar este trabajo .

Joaquín: Quería preguntarle a Soren si su metodología de trabajo es la misma en todas los centros repartidos por el mundo y quién decide las prioridades de estructuración del trabajo?

Sören : Como Ud. dice tenemos unos ochenta centros repartidos por todo el mundo. Cuando digo esto es porque estamos cooperando con todos ellos y desde hace unos años incrementamos e intercambiamos experiencias. Al final de los ochenta acordamos en crear un Consejo Internacional. Un objetivo fue presentar nuestras experiencias con nuestro tratamiento a los colegas de otros países. Así que empezamos a invitarlos a ir a Copenhague para seminarios de entrenamiento que aún siguen funcionando, para doctores, fisioterapeutas y documentalistas. Si hay algún país que quiere tener un centro nosotros mandamos a alguien de nuestro equipo para organizar algunos seminarios allí. Algunos usan todas nuestras ideas y otros son verdaderamente críticos y dicen que no pueden aplicar ese modelo en ese contexto cultural, aunque pueden usar una parte y eso está bien.

Isabel :Tengo varias preguntas. La primera de ellas es por qué referirse a las personas que solicitan atención como clientes cuando para mí es un término que tiene una connotación diferente a la de personas asistidas, personas que están siendo apoyadas.

Lo siguiente son más bien unos comentarios. Uno en cuanto al objetivo de restaurar la identidad. Una persona que ha perdido un brazo por la tortura, que ha perdido su familia, su estatus, su país, su idioma, su empleo difícilmente puede restaurar eso. Lo que se trata es de reconstruir identidades incorporando las pérdidas. Por eso creo que es imposible colocar la tortura en el pasado. Creo que la experiencia de tortura sigue ocupando un espacio en la vida del sobreviviente y que hay que ubicar eso de una forma que sea manejable y que no abrume o sobrepase. Es decir generar recursos para manejar esa experiencia. Y la última tiene que ver con una crítica a un modelo psicológico representado por la experiencia que usted narraba de la persona encerrada, confinada en aislamiento y que esa imagen removía lo que estaba ahí adentro. Creo que este modelo asume que lo real y lo difícil está reprimido, no es alcanzable por el propio sujeto, teniendo que recurrir a mostrar imágenes que evoquen situaciones traumáticas para que eso, de nuevo, aflore.

.....
Sören : La reconstrucción del sujeto es una de las cosas fundamentales que se llevan a cabo en el tratamiento en Copenhague. Y es realmente complicado porque a veces las personas no tienen establecida una red social o no tienen apoyo familiar. En Dinamarca hay mucho paro. Yo tuve un cliente, recuerdo, que trabajó durante seis meses y luego volvió al paro durante cinco años. El cliente me preguntó si yo le podía dar un trabajo. Al decirle que no podía me comunicó que no volvería a ninguna de las reuniones. Yo lo acepté. No es nada raro. Tenemos que aprender de la realidad de los clientes y cada uno en su país sabe lo que realmente puede hacer mejor.

Elizabeth : Yo quería preguntar cómo interviene o cómo interfiere en el tratamiento en el centro danés el hecho de la mayor parte de los profesionales no hablen el idioma del paciente por lo tanto tengan que trabajar con intérpretes o traductores.

Sören : Cuando trabajo con un intérprete todos los días llego a olvidarme que está presente. Tenemos un maravilloso equipo de intérpretes, que no trabajan a tiempo completo. Es cierto que la psicoterapia es difícil cuando escucho lo que me dice el cliente a través del intérprete y el intérprete interpreta lo que el cliente quiere decir se convierte todo en un círculo vicioso. Pero es lo único que podemos ofrecerles.

Carlos : Sobre la cuestión del IRCT tengo algunas dudas, ¿hay que montar una clínica donde la gente va ? o ¿hay que hacer un trabajo más comunitario ? o ¿dónde están las ligazones entre las dos perspectivas ? . En mi propia experiencia en Latinoamérica estoy viendo muchas dificultades para hacer un trabajo en un centro al que la gente tenga que acudir : primero por las dificultades prácticas de acudir, porque estamos hablando de gente que se encuentra muy dispersa ; segundo por las condiciones de seguridad : al acudir a un lugar aumenta el riesgo de estigmatización de la víctima por acudir a tal sitio ; el riesgo de estigma como víctima por acudir a un centro donde se trabaja con mujeres violadas, torturadas ; problemas de sensibilidad cultural ; problema de la patologización de la experiencia de la medicalización ; riesgo de convertir un país que ha sufrido una guerra en una clínica.

Jose María : Solo quería hacer un comentario. Me han parecido fenomenal las exposiciones pero me da la impresión que nos han servido para fijar un marco general de tipo sociológico. No se ha hablado de tratamiento de salud mental, sino de tratamiento de tipo comunitario que casi lo puede hacer un trabajador social.

Derek: La pregunta es, ¿Cuál es nuestro papel ? . A veces es incómoda esta discusión porque se establecen discrepancias entre los trabajadores de la salud mental. No está claro si el papel podría definirse como investigadores sociales. En muchas ocasiones el papel del trabajador en salud mental debe ser el de colaborador en vez de un papel principal en la situación. Y cuanto más defendemos la visión social menos razón tenemos para tener un salario por ello

Florentino : Muy brevemente quisiera contestar al mismo comentario. Para entender una guerra yo propondría poner una analogía con el tiempo de paz. ¿ todas las personas que sufren, que están mal tienen que estar atendidas ? No, depende. Propiamente la clínica individual no está aconsejada desde el punto de vista generalizado. Es mucho más positivo apoyar la recuperación individual dentro del grupo social : es más fácil la recuperación de personas que han perdido una pierna cuando ven a los otros compañeros como están. Lo que no tiene sentido es estar permanentemente pensando en por qué he perdido la pierna, que es todo lo que decían los discapacitados sandinistas cuando se pasó la efervescencia de la guerra.

Darío : En mi opinión la intervención se debería de orientar principalmente a reconstruir la memoria colectiva, los lazos sociales y el sentido de comunidad y a asimilar el pasado. Intentar plantear el ritual de recuerdo de forma tal que sea lo más útil para todo el mundo, es una dimensión de trabajo psicosocial, que no es separable de dar comida . El gran error es decir “ellos vienen a dar carne de pollo y nosotros al lado venimos a tratar el alma”. Yo pienso que los que vienen a dar carne de pollo tienen que saber cómo darla para que la comunidad se reconstruya, tenga un sentido de control y cuidando que el pollo no sea un animal sagrado en la comunidad. Hay un rol profesional, con una tarea más complicada que es ayuda a procesos sociales como rituales, recuerdo, ceremonias, reuniones de grupo, etc.. y eso tiene una dimensión propia. Hay una dimensión psicosocial en la misma intervención física o médica.

Pau : Yo quisiera matizar algunos aspectos que me parecen relevantes. Yo creo que no es incompatible realizar un enfoque de tipo comunitario y psicosocial con las intervenciones de tipo individual. He trabajado con gente torturada a la que el tiempo de psicoterapia le cambió su vida, que recuerdan eso como lo que más les ayudó y que realmente necesitaban una intervención individualizada. Y negarlo sería ser ciego. El problema es dónde se coloca el foco de interés y qué es lo que uno prioriza cuando tiene escasos recursos (y lo de los escasos recursos lo ha dicho el profesor Bojholm varias veces). Y ahí es donde yo discrepo un poco.

Nos dice el profesor Bojholm que el realizar capacitación de promotores de salud es algo que excede a las capacidades del IRCT. Yo conozco bastantes centros del IRCT en los lugares donde he estado trabajando. Me sorprende que se trate, generalmente, de edificios en el centro de la ciudad, en unas condiciones francamente buenas y donde se pagan unos salarios por encima de la media. Entiendo que el apoyo del IRCT sea limitado durante unos años pero, durante ese tiempo, las condiciones están muy por encima de la media. Uno lo que se cuestiona es si realmente es lo mejor invertir todos esos recursos para el tratamiento de lujo de cincuenta personas versus una intervención de tipo más comunitaria que llegara a mucha más gente, cuando lo que tenemos es realmente muy poco ¿cuáles son las prioridades ?

En segundo lugar quisiera hablar de la adaptación cultural pero entendida en un sentido distinto a como se está planteando aquí. A mí, lo que realmente me preocupa no es ya tanto si la intervención psicoterapéutica que se hace se tiñe más o menos de un cierto colorido cultural dependiendo el lugar en el que se está, sino que a lo mejor el tipo de trabajo que se hace está quebrando la tradición de trabajo en ese país. Por ejemplo, si en América Latina se está trabajando desde enfoques de tipo comunitario el insistir en invertir una gran cantidad de recursos que son realmente extraordinarios para lo que es ese país, en un centro de tipo monográfico y sin tener en cuenta la tradición de la salud mental en esa zona está quebrando la red local haciendo que profesionales muy valiosos que estaban trabajando con muy pocos recursos, atraídos por altos salarios y por el prestigio de estas concepciones foráneas, desvíen lo que había sido su trabajo hasta ahora y pasen a adoptar el modelo que se les está proponiendo. De algún modo, supongo que involuntariamente, se está corrompiendo su trabajo. En este sentido, el tener en cuenta los factores culturales no es sólo que durante la psicoterapia uno sepa lo que significa la violación en esa zona sino que uno sepa desde qué paradigma está trabajando, cuál es el modelo en esa cultura desde el que se trabajan los problemas de la salud mental y se adapte a eso, sea respetuoso, dialogue con la gente, y no venga con su modelo, de algún modo externo y digan : “Esto es lo que hay. O lo toman, o lo dejan”, poniendo el dinero encima de la mesa.

Sören : En Dinamarca trabajamos desde un enfoque transcultural, con diferentes culturas. Nos reunimos en una “habitación transcultural”. Yo debo mostrar el mayor respeto a la cultura de los

clientes y espero que ellos hagan lo mismo con mi cultura. Por ejemplo, cuando hablo con una mujer musulmana no le pregunto sobre el sexo con su marido porque eso está mal en su cultura. Pero si yo utilizo alguna palabra ella debe aprender también esa palabra. Mis clientes comprenden que no soy musulmán, por ejemplo, sino danés. A eso me refiero cuando hablo de respeto mutuo. En cuanto a las prioridades, si que se de algunos datos de centros como el de Kuwait bastante impresionantes y lujosos. El centro de Kuwait, de hecho, ha tenido que ser cerrado. Pero nuestros centros son, en ocasiones, mejores que algunos psiquiátricos como los que visité hace tiempo, que eran peores que los campos de concentración alemanes de la Segunda Guerra Mundial. Aunque queramos ofrecer nuestros servicios a todos los clientes que lo necesiten nos debemos cuestionar si debemos llevarlos a cabo en sitios como estos. En cuanto al salario que reciben las personas que trabajan en los centros, creo que son acordes con el país donde se sitúa el centro.

Además, es muy importante que en cualquier trabajo se respeten los derechos humanos y se cuide unos trabajadores a otros : tener tiempo libre, no pensar continuamente en la tortura sino ir a seminarios, escribir artículos. Es muy importante no venirse abajo porque otra persona deberá empezar de nuevo.

Florentino Moreno.

Reflexiones previas a los programas de intervención

Puesto que en otras contribuciones se habla del contenido concreto de los programas de tipo psicosocial, quisiera, por mi parte, hacer algunas reflexiones genéricas sobre el momento y lugar en el que se desarrollan los programas de tipo psicosocial, la importancia de la procedencia de los profesionales que los llevan a cabo y la necesidad de no actuar de forma impulsiva a la hora de iniciar este tipo de actuaciones psicosociales.

Intervenir ¿antes, durante o después de la guerra?. Aunque resulte un tópico, es importante destacar que la mejor forma de solucionar los conflictos es contribuir a que la guerra no comience. En el momento en que se desencadenan los primeros combates y se pone en marcha el aparato institucional bélico, cuesta un enorme esfuerzo que éste vuelva a su estado de semi-actividad habitual. Junto con las loables iniciativas de investigación y educación para la paz, tan débilmente desarrolladas a pesar del entusiasmo de quienes se afanan en llevarlas a cabo, hay una vía paralela en la que poca gente trabaja: la mediación internacional no gubernamental. En esta labor son internacionalmente conocidos premios Nobel como A. Pérez Esquivel o políticos retirados como J. Carter.

Cuando la guerra es una realidad efectiva, atender y auxiliar a las víctimas intentando no ser funcional a los propósitos bélicos de los bandos es sumamente complejo. La guerra hace que todas las facetas de la vida cotidiana, incluida la cooperación internacional, giren en torno a la polarización política. La provisionalidad en la que se mueve la vida en tiempo de guerra, la imposibilidad de hacer planes y la necesidad de estar permanentemente esperando órdenes o ataques, frenan cualquier programa de intervención social. En las zonas de guerra la actuación internacional no gubernamental suele conformarse con objetivos a corto plazo: atender, mientras dura la guerra, en el terreno social y sanitario a personas que han perdido la cobertura que tenían en tiempo de paz (enfermos mentales, huérfanos, etc).

En los últimos años algunas ONGs han tomado una actitud política activa y se han involucrado en acciones diferentes a la mera asistencia a las víctimas. Así voluntarios de algunas organizaciones se dedican a acompañar a personas perseguidas para actuar como *escudos humanos*, otros organismos intentan poner en marcha programas de educación para la paz, gestión de conflictos, etc.

Muy diferente es la actuación psicosocial que se da en los refugios ubicados en países vecinos o en zonas desmilitarizadas controladas por instituciones internacionales como el ACNUR, donde los programas de carácter psicosocial son muy habituales, pues a las difíciles condiciones de vida (hacinamiento, falta de actividad y libertad, etc) se une la expectativa del retorno y la polarización política dentro de los campamentos (presiones para acudir al combate, denuncias, rumores, etc). Los trastornos mentales y conflictos sociales que se dan en las zonas de refugio tienen mayores repercusiones psicológicas que los que se dan en las zonas de guerra.

Cuando termina la guerra es cuando se da una mayor demanda de actuación de los profesionales, especialmente de quienes se dedican a la 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.

Por tanto, antes de la guerra es muy difícil actuar. Durante la guerra se genera una gran impotencia, aunque es importante estar presente. Y después de la guerra es cuando se da la demanda y cuando puede ser más efectiva la intervención psicosocial.

¿Quién lleva a cabo la intervención? En cuatro o cinco años, se ha pasado de la admiración desmedida de los medios de comunicación a la labor de las ONGs en países en guerra, a una creciente crítica de su labor, especialmente después de la tragedia de la región de los Grandes Lagos. La sensibilidad de la opinión pública, la idealización de la labor de los cooperantes y el apoyo material de las instituciones públicas, han generado un importantísimo campo de acción para las ONGs, quienes

disponen de un gran potencial material y humano que deben justificar social, política y económicamente. La constante búsqueda de actividad de carácter humanitario encuentra en las guerras el lugar idóneo para actuar, reforzado por el interés de los medios de comunicación. Este conjunto de circunstancias está llevando a situaciones de tremendo descontrol en aquellos países en guerra en los que los contendientes permiten la actuación de las ONGs, ya que se suele producir una avalancha de personas con ofertas de actuación de muy diverso tipo explicadas en varios idiomas. Esta situación es aprovechada por los bandos en conflicto que intentan disfrazar sus propósitos bélicos, especialmente de control de la población civil, de objetivos humanitarios.

Independientemente de estas dificultades, toda actuación de personas ajenas al conflicto se enfrenta siempre al reto de la implicación en el desarrollo de la guerra. Hasta hace 10 o 15 años la mayor parte de activistas que acudían como profesionales a los conflictos bélicos lo hacían para apoyar, desde el mundo civil, a uno de los bandos enfrentados. Actualmente la mayoría de ONGs proclaman su neutralidad y persiguen propósitos de atención a las víctimas civiles. Este propósito teórico se estrella permanentemente con la realidad de la guerra y con la inexperiencia política de quienes de forma altruista deciden ayudar. Ninguna intervención en tiempo de guerra queda sin consecuencias; lo que no es una invitación a la inacción sino a la reflexión.

En ocasiones se procede con cierta ligereza a desplegar una red de colaboradores locales para proyectos muy limitados en el tiempo. Los criterios, tanto de selección como de relación laboral, remuneración, etc, repercuten de forma muy directa en el curso de los acontecimientos, desequilibrando y desprestigiando a la red de atención local que pierde quizás a sus mejores profesionales, modificando las formas locales de atención y tratamiento a las que la gente está acostumbrada, etc. No debemos olvidar que por muy generosos que sean nuestros propósitos, al acudir con altas sumas de dinero y condiciones de seguridad diferentes a las de la población local, nos situamos en una posición de poder muy importante. Olvidarse de estas diferencias ha provocado en ocasiones efectos muy negativos. La regla de oro debería ser la conocida máxima kantiana de pensar cómo nos gustaría ser tratados si estuviéramos en una situación parecida. Basta con imaginar que en nuestro país se ha producido una guerra y que cientos de profesionales africanos o asiáticos acuden con sus métodos, sus recursos y sus costumbres y pretenden ayudarnos haciendo cosas similares a las que hacemos nosotros ahora en esos países: Imaginemos que empieza una guerra aquí, en España. De repente todo empieza a destruirse, comienzan a sucederse las matanzas, gente que muere, vecinos que se ponen en contra nuestra, amigos que se van al frente... y al cabo de un tiempo vienen personas orientales o africanas con unos vehículos todo terreno, montan unos pequeños hospitales, se alojan en grandes hoteles de nuestras ciudades y se desplazan por nuestros barrios destruidos cuando nosotros no tenemos prácticamente qué comer y andamos de un lado para otro. Unos te ofrecen que vayas a Burundi o a Japón porque allí te curarán todos los trastornos que tienes, otros te proponen reuniones para que hables de lo que te está pasando, otros te diagnostican estrés postraumático y te recomiendan actuar de una forma determinada para superar esta situación. Algunos de tus amigos se van a Burundi, otros a Singapur, para recibir atención psicológica. Los más humildes se quedan aquí en pequeños barracones donde grupos de Naciones Unidas orientales y africanos nos dicen cómo tenemos que actuar, nos dan algo de ropa, las comida a unas horas determinadas etc. etc.

Si pensamos esto intentando sentirnos dentro de la situación entenderemos cuántos errores cometemos al actuar sin pensar exactamente qué es lo que vamos a hacer y para qué lo vamos a hacer.

Premisas básicas para desarrollar programas de intervención. La presencia de profesionales de otros países en lugares que viven el azote de la guerra, puede tener unos efectos muy positivos sirviendo como referencia externa a la guerra, impidiendo que se cometan atrocidades, colaborando a que se movilicen las presiones políticas y económicas sobre los responsables del conflicto, atendiendo a personas que de otro modo morirían o sufrirían de forma extrema, etc. Todas estos aspectos positivos de la intervención se pueden venir abajo si no se actúa de una forma inteligente, además de generosa. No basta con buena intención. Es preciso, antes de decidirse a intervenir directamente tener en cuenta, al menos, dos cosas:

Los objetivos de la acción deben estar perfectamente claros. Es éticamente reprochable empezar una intervención movidos exclusivamente por el deseo de colaborar, sin saber muy bien qué

es lo que queremos hacer y las consecuencias que pueden tener nuestras acciones. Por poner un ejemplo: si un programa de atención psicosocial está orientado a la rehabilitación y no existe un horizonte factible de recuperación puede generarse una frustración tremenda en esa población en el momento en el que desaparecen quienes iniciaron el programa.

Es imprescindible que, junto con un objetivo, el modelo de intervención esté suficientemente fundamentado desde el punto de vista metodológico y convenientemente adaptado al lugar en el que se va a llevar a cabo. La guerra es una situación excepcional en la que nada es como en tiempo de paz. Casi nada de lo que se programe se va a poder poner en práctica, pero es imprescindible que quienes lleven adelante este tipo de acciones, junto con el conocimiento del riesgo personal que corren, tengan en cuenta qué es lo que van a hacer y si esa acción supondrá más ventajas que inconvenientes para la población a la que pretenden ayudar. Si en esa balanza se prevé que pesará más lo positivo, sólo queda poner manos a la obra e intentar desarrollar un buen trabajo.

Discusión.

Pepe : Florentino ha comentado la posibilidad de la intervención antes. No es nuevo que las guerras tengan unos móviles muy poderosos que las generen y me parece que era Martín Baró quien definía la violencia como el estado de cosas que saca a la persona o a un grupo de su situación natural. Esto nos coloca más allá de la agresión y capaces de ver que hay mucha violencia en las estructuras económicas del sur o del tercer mundo. La especulación financiera cobra cada vez más poder frente a lo productivo o las multinacionales que tienen compradores en países del norte, sus paraísos fiscales en las Bahamas, generan mucha violencia. Como comentaba Derek las recetas neoliberales de ajustes monetarios a corto plazo generan mucha violencia. Las ONG's del sur y del norte debieran analizar esta realidad económica, irnos alertando y ser conscientes del entramado económico que estamos tejiendo.

Carlos : Yo quería hacer algunos comentarios respecto a dos temas que han sido centrales. Uno es si tiene sentido estar presente en una guerra, o estar después, o si hay espacio para un trabajo en salud mental y qué tipo de espacio es, qué tipo de implicaciones tiene esa propia presencia. Yo quería hacer algunas reflexiones en base a mi propia experiencia en El Salvador, Guatemala y Colombia.

. Yo fui a El Salvador en el año 89 para hacer un taller de preparación para profesionales de la salud sobre el tema de la tortura, para que los profesionales tuvieran más instrumentos de denuncia de la tortura, tanto en los juzgados salvadoreños, que evidentemente apenas funcionaban, como las denuncias internacionales. Esto constituía un objetivo importante para las organizaciones de Derechos Humanos y el trabajo que fui a hacer con ellos daba una respuesta a una situación de demanda y a una necesidad en el momento de enfrentar la guerra. Para mí y para la gente de allá tenía sentido ese tipo de intervención, que considero de salud mental. En Guatemala, trabajando con poblaciones, hemos hecho talleres en situaciones de extrema emergencia y en esas condiciones hay necesidades de enfrentar el miedo y de enfrentar determinadas situaciones sobre el proceso de duelo, que nosotros trabajamos con la gente porque para ellos fueron importantes y útiles. Hubo condiciones en las que la situación era de emergencia social, de salir corriendo, de bombardeos a pocos kilómetros de donde estábamos. Y para la gente tenía sentido. En el caso de Colombia, me parece importante la experiencia de los equipos de acompañamiento de las Brigadas de Paz, en las que la presencia internacional en una situación de conflicto tiene determinadas implicaciones y sentido para la gente local, que hace esa demanda. La presencia internacional aumenta el costo de la represión. Los grupos de Derechos Humanos nos han dicho muchas veces que nuestra presencia, viviendo con ellos, haciendo un trabajo de información fuera etc tiene una dimensión de apoyo moral y de legitimación de su propia dinámica y ganas de vivir, aunque no les devuelvas a los muertos ni contribuyas directamente a mejorar las condiciones de vida extrema en las que están. Pero, además, desde mi punto de vista la presencia internacional debería tener, como condición de su eficacia, un impacto de presión política en el propio país, porque muchas veces no tiene sentido que estemos haciendo un trabajo de salud mental de rehabilitación de las víctimas de las minas si es en nuestro país donde se están produciendo esas minas. Nuestro trabajo debería tener un impacto en la conciencia y

en la presión política sobre los propios países y eso tiene que ver con la presencia internacional de las ONG's.

La experiencia de acompañamiento a mí me ha dado un conocimiento muy directo de la vida de la gente sin querer convertirme en indígena o asumir alguno de los elementos culturales o de las pérdidas que ellos han sufrido pero da una vivencia distinta de la experiencia de relación con la gente que me parece que es una dinámica de conocimiento y de como dicen allá : “camino de ida y de vuelta”, hacemos cosas pero aprendemos otras muchas, y esto supone una dimensión de relación y de solidaridad mucho más realista, desde mi punto de vista. Y repercute en el trabajo aquí.

Florentino : Sólo quería hacer un comentario a partir de lo que Carlos ha dicho. La guerra es una industria. Es un auténtico negocio. Pero no sólo en lo tradicional de las armas, del dinero, sino en todo el fenómeno de la guerra. Es, probablemente el único fenómeno total que a todos sitios llega y a todo le afecta. La ayuda humanitaria tiene que saber en qué industria se mete. Yo creo que la salud mental, primero tiene que estar orientada a un trabajo temporal y segundo, tiene que situarse dentro de la industria : desde mi perspectiva, ¿qué es lo que aportó ? . No puedes ir de ingenuo simplemente a ayudar.

Derek Summerfield.

Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico.

No es posible ponerle una fecha exacta al descubrimiento de los “traumas de la guerra” o del “estrés post traumático” como problema humanitario internacional, sin embargo se trata de algo reciente. Marcó la entrada de un modo significativo de los profesionales occidentales de la salud mental como consultores, formadores, practicantes - en un área emergente de operaciones que se basan en el entendimiento de que la guerra supone una catástrofe psicológica para poblaciones enteras. Los proyectos han sido o catalogados bajo el término general “Psicológico” o designados de forma más específica como trabajos “relacionados con los traumas de guerra”, lo cual les permitieron adquirir un alto grado de atracción llegando a veces a convertirse en un asunto “de moda” para los donantes occidentales.

Desde el principio, algunas afirmaciones y formas de pensar, que analizaré más adelante han promocionado la idea de que la guerra es una especie de emergencia de salud mental. Han aparecido de forma repetida en los medios de comunicación opiniones relativas al estrés post-traumático como una “epidemia escondida”, sugiriendo de esta forma una entidad tan real y concreta como un agente infeccioso, y tan capaz como éste de causar patologías a gran escala que, además, no desaparecen con el paso del tiempo. Además se afirma en la literatura relativa a los traumas que el afectado admite raramente que sufre el problema. Agger et al (1995) estimaron que 700.000 personas en Bosnia-Herzegovina y Croacia sufrían grados severos de afectación traumática psíquica y necesitaban un tratamiento urgente. Afirmaban que en esta situación de emergencia, los profesionales locales solamente podían atender al 1% de estas personas. Estimaron, además, que otras 700.000 personas menos afectadas necesitarían en tiempos de paz ayuda profesional y se avisaba de que el estrés post traumático iba a ser el problema de salud pública más importante en la antigua Yugoslavia durante más de una generación. En el informe “Estado de los Niños en el Mundo-1996”, la UNICEF estima que 10 millones de niños han sido psicológicamente traumatizados durante las guerras de los últimos 10 años, y que los programas especializados en el tratamiento de traumas psicológicos deben ser la piedra angular de su rehabilitación.

La guerra en Bosnia y Croacia, más que ningún otra, ha atraído un gran número de proyectos psicosociales, con una buena representación en ellos de las agencias multilaterales y de las principales organizaciones de ayuda y desarrollo. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha apoyado cerca de 40 proyectos - guarderías, clases para adolescentes, actividades para mujeres, grupos de auto-ayuda y orientación psiquiátrica y psicológica (*counselling*) en centros colectivos. El ACNUR afirma que se dio prioridad a los programas ya en curso de identificación y asesoramiento de los grupos e individuos más vulnerables, citando como ejemplo a los pacientes psiquiátricos, los ancianos abandonados y los minusválidos. Procuraron también formar al personal local, sea en educación, salud o servicios sociales, considerando que la formación recibida antes de la guerra no era suficiente para hacer frente a la situación. Se consideraba, además, que este personal era susceptible de quedar a su vez también traumatizados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) disponía de una Unidad de Salud Mental en su oficina en Zagreb. Definen sus objetivos como el desarrollo de asesorías sobre necesidades desde una perspectiva integral y de sistemas de monitorización del trabajo de rehabilitación, en coordinación con ONGs, organizaciones intergubernamentales y el sistema de salud pública local, priorizando para ello la formación de los profesionales de la salud y desarrollando métodos de evaluación y de garantía de calidad. Se mencionan, como ejemplos concretos del trabajo de la Unidad de Salud Mental, los programas de rehabilitación psicosocial para personas violadas, la provisión de kits de salud mental

(medicación psicotrópica) y la asistencia a los profesionales de la salud considerados como susceptibles de traumatización secundaria como consecuencia de su trabajo.

En febrero de 1995, la Organización Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO) daba apoyo financiero para trabajos psicosociales a 15 ONGs internacionales de 6 países miembros de la Unión Europea. Un estudio de una comisión especial (European Community Task Force -ECTF) revisó un total de 185 proyectos de 117 organizaciones. Había 10 veces más proyectos en Croacia que en Bosnia-Herzegovina, considerándose que esto se debía al diferente estado de la guerra en cada área y la menor peligrosidad del área croata. El 68% de estos 185 proyectos estaban relacionados con el bienestar social o el desarrollo de la comunidad. El 63% ofrecía servicios psicológicos directos y el 54% llevaban a cabo grupos de orientación psicológica, sobretodo de auto-ayuda. El 33% daba servicios psiquiátricos y el 63% tenían programas de formación de personal, presumiblemente sobre temas relacionados con la traumatización por la guerra. Agger et al dan estos datos en su libro, “Teoría y Práctica de Proyectos Psicosociales en Condiciones de Guerra en Bosnia-Herzegovina y Croacia”. Este libro, escrito por dos consultores de alto nivel del ECTF, la OMS y ACNUR, reproduce varias, sino la mayoría de las directrices de trabajo relativas a las intervenciones psicológicas. Lo citaré bastante en mis argumentaciones. Hasta ahora, ha habido pocos análisis rigurosos de las bases conceptuales y de las prácticas derivadas de estos conceptos. El otro ejemplo principal será el de Rwanda, tal vez la única guerra de los 90 que rivaliza con Bosnia en cuanto a atención internacional.

Revisión de los conceptos y de las afirmaciones que apuntalan el trabajo relacionado con traumas

De forma implícita o explícita, la mayoría de los proyectos asumen algunos o la totalidad de los postulados siguientes:

1. Las experiencias de guerra y atrocidades son tan extremas que no causan solamente un gran sufrimiento sino que causan un proceso de “Traumatización”.

Existe una especie de abuso de lenguaje donde “angustia” tiende a ser utilizado para hablar de “angustia psicológica”, lo que a su vez no se distingue a menudo de “trastorno psicológico”. Existe una enorme diferencia entre las respuestas emocionales normalmente entendibles e incluso ordinarias en la guerra y la esfera de los trastornos mentales definidos desde la salud mental.

La palabra “Traumatización” se utiliza ampliamente para hablar de condiciones psicológicas provocadas por la guerra, pero no existe una definición consistente del término incluso entre los que proponen activamente esta noción. Parece ser que algunas fuentes tienden a subclasificarlo basándose en la distancia respecto de los acontecimientos que la provocan: en la traumatización primaria, las víctimas la sufren directamente, por ejemplo, violaciones, tortura, desplazamiento forzado; los que sufren traumatización secundaria son familiares cercanos o amigos o conocidos de las víctimas; la traumatización terciaria afecta a los que están en contacto con estos dos grupos, por ejemplo testigos, vecinos, ayudantes y terapeutas. Agger et al dan dos ejemplos. Uno es el caso de una mujer que vio como secuestraron a su marido e hijo, y el otro el de un hombre a quien se le amputó una pierna después de que un francotirador le disparase. Con definiciones tan amplias y poco discriminantes, puede sorprender que las estimaciones de Agger et al de los afectados en Bosnia –Herzegovina y Croacia sea solamente de 1,4 millones de afectados, como lo hemos indicado arriba. Afirman que los 185 proyectos solamente podían responder a las necesidades de la punta del iceberg. Las propuestas de proyectos psicosociales que emergen por todas partes también están repletas de comentarios sobre las cantidades enormes de personas que necesitan ayuda.

Esta forma de ver las cosas procede de la suposición de que todos los acontecimientos adversos dejan heridas psicológicas en las poblaciones. No existe base empírica para esta generalización corta de miras que es capaz de distorsionar el debate sobre los costes humanos de la

guerra. Es absolutamente crucial volver a afirmar que la angustia o el sufrimiento de por sí no son trastornos psicológicos.

2. Existe básicamente una respuesta universal humana a los acontecimientos muy estresantes.

Con la mirada del mundo entero puesta en los acontecimientos brutales y hasta grotescos que sucedieron en Rwanda en abril de 94, las agencias humanitarias acudieron en estampida a la región. Todavía no habían empezado a reducirse los flujos de refugiados desamparados tutsi cuando ya empezaron a llegar desde muy lejos un número sorprendente de ONGs, la mayoría con un conocimiento escaso del país y empezaron a lanzar proyectos psicosociales para tratar la traumatización masiva. Una de ellas fue Médicos sin Fronteras (MSF) Holanda, cuyo modelo, llamado “Cuidado Psicosocial de Emergencia” (De Smedt, J. (1995) intentaba realizar una intervención psicosocial rápida para proporcionar un alivio inmediato y a la vez como medida preventiva del posterior desarrollo de problemas mentales más serios en la población expuesta. Su modelo incluía tareas de “psicoeducación” para la comunidad de refugiados y se prepararon 75.000 copias de un folleto a tal efecto. Se encontraron algunas dificultades en la traducción ya que en Kinyarwanda, no existe ninguna palabra para expresar “estrés”. Por otra parte, términos como “miembros de la familia” causaron problemas ya que se utilizaron distintas palabras en contextos diferentes. En primer lugar, MSF distribuyó un cuestionario para evaluar el nivel base de conocimiento sobre trauma psicológico de forma que después podían repetir la evaluación para, de esta forma, poder evaluar si hubo (les cito textualmente): “*un incremento del conocimiento*”. La pregunta del millón aquí es ¿De qué conocimiento estaban hablando?. No se trataba del de los refugiados, sino del suyo propio. Para ser justo con MSF, hay que decir que se llevaron a un antropólogo para mejorar su entendimiento de las poblaciones locales, pero no pudieron quitarse de encima las suposiciones que traían consigo al llegar a la zona: que existe una respuesta universal al trauma y que por lo tanto existe un conocimiento estandarizado de dicho trauma que puede enseñarse.

Una vez que se acepta que existe una respuesta universal, es fácil asumir que los cuestionarios y modelos occidentales pueden aplicarse en el mundo entero y que además, esto es lo importante de la experiencia, estén o no de acuerdo las víctimas. Esta visión del trauma se centra en el individuo y está en la línea de la tradición de la biomedicina y psicología occidental que considera al ser humano como la unidad de base de estudio. Pero, los sistemas de diagnóstico occidentales diseñados para clasificar enfermedades más que poblaciones, se vuelven problemáticos cuando se aplican a poblaciones supervivientes no occidentales (Bracken et al 1995, Mollica et al, 1992). Así lo demuestran las limitaciones demostradas por el uso de los cuestionarios de TEPT u otros.

Como ejemplo, la African Medical and Research Foundation (ARREF) me mandó los resultados de un cuestionario psicológico que administraron a población rwandesa. Las personas encuestadas habían vivido masacres de cerca y habían conseguido sobrevivir, lo que no era el caso de muchos de los miembros de sus familias o de amigos. A efectos comparativos, se contemplaba también otro grupo de rwandeses que habían vivido más alejados de la zona de las masacres. Se encontraron rasgos característicos asociados en Occidente con el TEPT entre el 30% y 90% de los casos, más en el grupo principal que en el de control: problemas de memoria, trastornos del sueño, falta de concentración, tristeza casi permanente, ideas de suicidio. ¿Pero, reflejaba este cuestionario la esencia de lo que los encuestados sentían sobre lo que habían sufrido, así como sus actuales preocupaciones y sus aspiraciones?

Es una análisis simplista considerar a las víctimas como meros receptores de efectos psicológicos negativos que pueden estar “presentes” o “ausentes”. Una lista que no ofrecerá una distinción entre angustia subjetiva y desorden objetivo. Se podría argumentar que los trastornos de sueño y las pesadillas, como un ejemplo característico de síntomas de TEPT, reflejan una faceta de la respuesta humana universal a los acontecimientos traumáticos, pero ¿nos llevaría esto muy lejos? ¿Cuántas víctimas piensan que esto es importante o evitable? Además, aunque la literatura existente sugiere que el TEPT tiene un predominio mundial, es un error asumir que porque el fenómeno se puede identificar regularmente en distintos grupos sociales, esto significa la misma cosa en cada

grupo. Esto es lo que Kleinman (1987) llama una falacia de categoría. Para un ser humano, unas pesadillas violentas y recurrentes pueden resultar irrelevantes, reconocidas solamente en caso de preguntas directas; para otro puede indicar una necesidad de acudir a un centro profesional de ayuda sanitaria; para un tercero, puede representar un mensaje de ayuda de parte de sus ancestros.

Estudí un pequeño grupo de una comunidad de campesinos desplazados por la guerra en Nicaragua, todos supervivientes de atrocidades y me encontré que aunque los rasgos de TEPT eran corrientes, no eran algo a lo que los sujetos estudiados prestaran atención. Estas personas, sin duda, tenían miedo, estaban afligidos y cansados, pero no se encontraron patologías psicológicas propiamente dichas. Eran activos y eficientes en el mantenimiento de su vida social de la mejor forma que podían frente a la pobreza y las amenazas continuas de nuevos ataques (Summerfield & Toser, 1991). En un estudio posterior con ex soldados heridos de guerra en el mismo país, vi que las tres cuartas partes de los que eran susceptibles de ser diagnosticados de TEPT se encontraban básicamente bien y funcionaban perfectamente. Lo que les interesaba era sus perspectivas de trabajo y formación (Hume & Summerfield, 1993). Un diagnóstico de TEPT aislado no permite predecir la capacidad de pagar los costes psicológicos de una guerra, de salir adelante a pesar de las privaciones, ni constituye un indicador fiable de la necesidad de seguir un tratamiento psicológico. Un uso indiscriminado de los cuestionarios de TEPT genera sobreestimaciones de la cantidad de personas que necesitan un tratamiento. Mi experiencia clínica en Londres con supervivientes de la tortura sugiere que los problemas psiquiátricos graves son relativamente poco corrientes.

Volviendo a la encuesta del AMREF, deberíamos tomar nota de las respuestas dadas a las preguntas del cuestionario. El 51% del grupo principal declaró que no se encontraban triste la mayor parte del tiempo, el 77% tenía interés en actividades como el trabajo o el juego, el 46% se sentían capaces de hacer cosas y el 75% (se puede decir que es un porcentaje bastante alto dadas las circunstancias) se sentían capacitados para proteger a su familia o a sí mismo. Estas respuestas dan una visión bastante diferente, con una postura mucho más activa y de resistencia a la agresión que la que se basa únicamente en las características de TEPT mencionadas anteriormente. Tenemos el deber de detectar el estrés, pero también el de atender a la interpretación que le dan los que lo sufren. Generalmente, dirigen su atención no hacia dentro, hacia sus procesos mentales, sino hacia fuera, hacia la realidad que les rodea. Si no comprendemos esto, y no reconocemos su capacidad de sufrir, resistir y reconstruir, nuestras intervenciones para ayudarles fracasarán considerablemente.

3. Numerosas víctimas traumatizadas por la guerra necesitan una ayuda profesional

Agger et al alertan sobre los peligros del sobrediagnóstico y del enfoque individual de problemas que son básicamente sociales y políticos, pero en la frase siguiente advierten que un diagnóstico insuficiente puede llevar al desarrollo de trastornos crónicos a largo plazo. Lo mismo hacen Arcel et al (1995) del International Rehabilitation Council for Torture Victims, con sede en Copenhague, que ha promovido el trabajo clínico con personas que sufren síndromes traumáticos en 67 centros de 43 países. Estiman que el 25-30% de los refugiados desarrollan el TEPT y necesitan la ayuda de profesionales cualificados de la salud mental. Ninguna de estas fuentes parece tener un análisis que incluya el papel de los factores situacionales y socioculturales ni reconoce las posibles limitaciones de los enfoques psicológicos occidentales en los contextos no occidentales. Un diagnóstico médico de TEPT es algo sólido y robusto en sí mismo como entidad clínica, y es poco probable que se pueda resolver por sí solo con el paso del tiempo.

De ahí el énfasis en la dotación de servicios, cuyo epicentro va a ser el “experto” y su preparación, con las víctimas de la guerra relegadas al papel de paciente consumidor. Cabe destacar la posibilidad de que esto pueda tener el efecto secundario de reforzar el sentido individual como víctima pasiva en vez de superviviente activo. Resulta interesante leer los comentarios de Arcel et al sobre el hecho de que tuvieron que gastar mucho tiempo en “sensibilizar” (son sus propias palabras) a los refugiados sobre los problemas de salud que les aquejaban, ya que les encontraron demasiado “tolerantes” (son sus propias palabras) respecto a cómo se sentían y no en consecuencia estaban buscando la ayuda profesional que se les ofrecía. Puede ser que estas personas tuvieran otros

problemas en mente, o no considerasen la terapia oral como un servicio que les fuera familiar y relevante. Entiendo que algunos ciudadanos de Sarajevo se sintieran irritados por las actividades de algunos investigadores extranjeros con cuestionarios de detección de TEPT en momentos en que ellos estaban luchando por sobrevivir bajo un violento cerco. En zonas en guerra del Tercer Mundo como Rwanda, parece poco probable que los afectados busquen espontáneamente programas de tratamiento del trauma psicológico del tipo ofertado. La cuestión es quién tiene el poder para definir el problema y cuál es la “ciencia” elegida para ello. En esta cuestión, los refugiados están inevitablemente en desventaja. Volveré más adelante sobre esto.

Por supuesto, habrá una minoría que desarrollará problemas psicológicos claros o incluso una verdadera enfermedad mental, como resultado de las presiones de la guerra y de sus trastornos asociados. En algunos de estos casos habrá un historial previo de problemas psicológicos y de contactos con servicios de salud mental. Es evidente que estas personas deben recibir una atención individualizada de parte de lo que quede de los servicios sociales y sanitarios, o en su caso, del sector de las ONGs. Generalmente, las familias y el vecindario son conscientes de la mayoría de estos casos.

4. Los enfoques psicológicos occidentales son aplicables a los conflictos violentos en todo el mundo. Las víctimas estarán mejor si pueden hablar de lo que han vivido.

En cada una de las culturas las tradiciones locales y las diferentes opiniones de los profesionales dan lugar al conocimiento psicológico, a los paradigmas que dan significado de los acontecimientos, y a la forma en la que, congruentemente, se busca ayuda y curación. No hay una sola verdad en el mundo. Por tomar una zona de guerra: en Camboya la taxonomía de los sanadores tradicionales toma elementos de los ámbitos físicos, supernaturales y morales, y no se integran en absoluto con la línea de pensamiento lineal y causal de los profesionales occidentales. De hecho, los conceptos y las prácticas psicológicas de los proyectos psicosociales procedentes son considerados tan occidentales como la Coca-Cola. La mayoría de los proyectos se refieren al deber de reconocer las normas y las prácticas locales pero esto se traduce casi siempre en muy poco. Es demasiado fácil para las ONGs llegar con un análisis y una agenda pre-planificada diseñada desde lejos. Rwanda fue un ejemplo muy claro de esto.

Boothby (1992), que ha trabajado en Mozambique, argumenta que las intervenciones basadas en las terapias orales occidentales, desarrolladas en sociedades estables y opulentas, carecen de éxito. Los modelos occidentales tienden a localizar la causa y la responsabilidad dentro del individuo. Los factores sociales pueden ser considerados como un factor de influencia, pero en el análisis final, es de la respuesta o la actitud del individuo de la que dependen los resultados. Pero, la guerra es una experiencia colectiva donde se produce la destrucción de un mundo social que encarna una historia, una identidad y unos valores de vida. Incluso si apartamos la cultura, existe un contexto social totalmente diferente: una guerra en el Tercer Mundo no tiene nada que ver con un desastre colectivo como el del campo de fútbol de Hillsborough o el del ferry Herald of Free Enterprise. Se ha ido aceptando en la cultura occidental que las víctimas de acontecimientos traumáticos deberían hablar cuanto antes de lo que se les ha ocurrido. Esta actividad denominada *debriefing*⁹ psicológico parece que debería ser del dominio de los psicólogos y asesores en vez de la familia, amigos y colegas. Algunos profesionales creen que la recuperación personal no se puede realizar correctamente sin este proceso de alivio psicológico, de forma que las víctimas que parecen haberse recuperado bien y haber reconstruido su vida siguen teniendo un problema “real y escondido”. La idea de que el hecho de contar su propia historia pueda causar una “retraumatización” a no ser que el proceso sea correctamente controlado fue una de las (innecesarias) preocupaciones en los tribunales de la Haya que juzgaron los crímenes de guerra en la ex Yugoslavia. No existe ninguna base empírica para estas ideas ni siquiera entre la población occidental (Raphael et al (1995). De hecho, muchas culturas no occidentales no consideran adecuado hablar de asuntos íntimos fuera del círculo familiar. Los

⁹ No hay todavía un término aceptado como traducción de *Debriefing* al castellano. Puede considerarse 'Desahogo'

mozambiqueños describen el olvido como su forma habitual de hacer frente a dificultades pasadas; los etíopes lo llaman “olvido activo”.

5. Hay grupos e individuos vulnerables que necesitan específicamente ayuda psicológica

Agger et al tienen una definición de grupo “especialmente vulnerable” en el conflicto bosnio que incluye (1) niños y adolescentes huérfanos, que han estado en campos de concentración o cuya educación ha sido interrumpida por la huida o el refugiado, (2) mujeres violadas o torturadas, o que han perdido a su marido, hijos o casa, o cuyo matrimonio es mixto; (3) hombres que han estado en campos de concentración, o que han sido testigos o han cometido atrocidades, o cuyo matrimonio es mixto; (4) ancianos que han sufrido situaciones de terror, o que no tienen apoyo familiar o social ni de los servicios sanitarios. ¡Sin duda la lista incluye un porcentaje alto de la población total! Una lista adicional podría incluir a los pobres y los marginados socialmente ya antes de la guerra y a las personas que sufrían enfermedades o discapacidades físicas o mentales.

En Bosnia, el grupo considerado más “vulnerable” y por lo tanto objeto de los proyectos fue por supuesto el de las mujeres violadas, un tópico al cual los medios de comunicación internacionales dieron un enfoque sensacionalista e incluso “voyeur”. Todas estas mujeres habían experimentado acontecimientos traumáticos múltiples y desde el principio se dio por sentado el hecho de que se definirían primero a sí mismas como “víctimas de violación”, y que el orientador debía distinguir esto de la “madre en duelo”, de la “viuda” o de la “refugiada”. Arcel et al., quienes han llevado a cabo varios proyectos psicosociales para mujeres en Croacia, tienen un capítulo extraordinario titulado “Cómo reconocer a una víctima de violación”. Reconociendo que una víctima puede negarse a contar lo que le pasó, dan una lista de síntomas que consideran como relativamente específicos de violación (no lo son) y que supuestamente ayudan a los trabajadores a identificar los casos a fin de poder proveerlas del asesoramiento que se supone que necesitan. Esto nos parece bastante prepotente. Algunos profesionales de la salud afirman que un tercio de las víctimas de violación van a tener problemas psicológicos permanentes. La realidad es que no hay muchos datos en la literatura médica que justifiquen la convicción de que la violación de por sí es una causa independiente de vulnerabilidad psicológica en condiciones de guerra, y que hay una terapia específica y efectiva suficiente como para justificar la búsqueda activa de mujeres que, de otro modo, no saldrían adelante de modo normal. A uno de mis colegas le comentaron unas mujeres refugiadas bhutanesas que estaban dentro de un proyecto de recuperación de víctimas de violación sexual, que su mayor preocupación era la falta de escuela en el campo para sus hijos. Además, la estigmatización social sigue siendo un obstáculo en muchos contextos culturales. Evitarlo por medio del silencio es una decisión pragmática que toman muchas personas. Algunas de las primeras mujeres musulmanas que hablaron una vez que alcanzaron Tuzla situaron las violaciones que habían sufrido dentro del contexto de asalto a su cultura y identidad étnica.

El otro “grupo vulnerable” objeto de los proyectos de ONGs es el de los “niños traumatizados”. Pero Richman (1993) señala que el bienestar emocional de los niños sigue razonablemente intacto si sus padres u otros familiares, están con ellos afrontando los hechos. Si esto se pierde, el bienestar de los niños se puede deteriorar rápidamente y la tasa de mortalidad infantil aumenta. Puede que no haya muchos argumentos para defender que los huérfanos u otros niños sin protección necesiten atención prioritaria desde un punto de vista psicológico (no social). Un grupo bastante “de moda” fue el de los “niños soldados”. En Liberia, la preocupación por parte del personal de una ONG que decía que los niños no habían sido correctamente 'evaluados' amenazaba con retrasar la reunión de éstos con sus familias y comunidades respectivas. En Mozambique, niños raptados, llevados a las filas de Renamo y obligados a matar demostraron tener un potencial impresionante de recuperación, una vez que se habían reintegrado en un medio normal (Boothby, sin fecha). La ONG Save the Children dijo en Mozambique que los niños no debían ser considerados como un grupo vulnerable de por sí (Gibbs, 1994).

Los modelos donde el enfoque se centra en un acontecimiento particular (“violación”) o un grupo particular de la población (“niños”) exageran la diferencia entre algunas víctimas y otras, y

corren el riesgo de hacer que estos se individualicen de su comunidad y del contexto más amplio de sus experiencias y del significado que estas tienen para ellos.

6). Las guerras son una emergencia de salud mental: la intervención rápida puede prevenir el desarrollo posterior de problemas de salud mental graves, así como la aparición futura de más guerras y violencia.

Agger et al afirman tajantemente que la falta de atención a los problemas de estrés posttraumático *“puede impactar por lo menos a las dos generaciones siguientes, vía aumento del consumo de alcohol y de drogodependencias, suicidios, violencia criminal y doméstica así como enfermedades psiquiátricas. Las experiencias traumáticas sin resolver son susceptibles de provocar nuevos odios y nuevas guerras”*. Estas afirmaciones me resultan asombrosas y me recuerdan la edad del Imperio español, cuando los misioneros cristianos se echaron al mar para aplacar el salvajismo de los pueblos primitivos y reunir sus almas que de otra forma se habrían perdido. Nociones de este tipo son las que se usan a veces para “explicar” la crueldad de Israel hacia los Palestinos en función de lo que los Nazi les hicieron a ellos. Nuestros ancestros han realizado guerras desde hace miles de años. Este tipo de pensamiento da una visión muy pobre de la historia de la humanidad, en la que cada generación transmite sus traumas psicológicos sin resolver a la siguiente. En tiempo de los primeros cristianos, habrían descrito esta herencia como el Pecado Original.

7) Los trabajadores locales están desbordados y pueden ellos mismos sufrir síntomas traumáticos.

No hay que minusvalorar la gran presión que hay sobre los trabajadores locales, que luchan por mantener los servicios de salud dañados por la guerra y que están tan amenazados como cualquier otra persona. (A veces incluso más cuando son elegidos como objetivo militar). Agger et al afirman que los trabajadores locales no sufren solamente de exceso de trabajo, de problemas de sueño y como todo el mundo, se encuentran afligidos, tristes o con miedo sino que es posible que estén “traumatizados”.

No me atañe hablar con autoridad de los puntos de vista de los profesionales locales, pero sí se pueden puntualizar varias cosas. Algunos grupos se pueden sentir desplazados frente al asesoramiento de parte de las ONGs que parecen olvidarse de su experiencia local, formación y conocimiento. En algunos sitios los profesionales quieren recursos para seguir haciendo funcionar los servicios y no técnicas importadas. En Bosnia, a los profesionales de la salud, profesores, etc., no se les ha pagado apenas durante años y señalaban sin embargo que haber cubierto sus salarios habría sido una forma de proteger los servicios de los que depende el tejido social dañado por la guerra, y que la ayuda extranjera debería haber dado prioridad a este punto en vez de a la plétora de proyectos psicosociales. Algunos médicos y otros profesionales dejaron sus puestos de trabajo para ir a trabajar con ONGs extranjeras – como intérpretes, trabajadores de campo, conductores – ya que esto les proporcionaba un salario propio pagado en marcos alemanes. Nadie se lo puede echar en cara, pero es vital que las ONGs no agoten ni dañen con su presencia lo que queda de los servicios locales.

Algunos profesionales de la salud bosnios y croatas, cuya formación habrá sido similar a la de sus colegas de Europa Occidental y de EE-UU, han adquirido un papel de líder en proyectos de trauma psicosocial y probablemente no hayan sentido que se les imponía algo desde fuera. ¿Pero qué pasa con los otros grupos? Un colega de MSF me comentaba que el personal local tiende a menudo a sobrevalorar la psicología occidental y a reducir la importancia de sus propios marcos culturales. Los trabajadores del Tercer Mundo con estatus profesional han tenido, casi por definición, una formación ampliamente occidental. Su mirada hacia Occidente va buscando fraternidad y aprobación miope, y posibilidades de publicaciones académicas y de formación. Conciben su familiaridad con los marcos y conceptos dominantes como la base de su estandar profesional y su credibilidad. Esto les puede acercar a sus colegas occidentales pero les aleja de las comunidades que sirven.

El dilema que esto desencadena está muy bien ilustrado en un documento presentado por un profesional palestino en una conferencia internacional sobre tortura celebrada recientemente. El tema era la tortura de hombres palestinos por el ejército israelí, y la forma en que estas experiencias podían ser entendidas y tratadas. La primera mitad del documento describe cómo estos hombres pudieron ser reabsorbidos en una sociedad que reconoce que han sufrido para el bien común, como parte de la lucha colectiva para la autodeterminación palestina. Se habla de también las concepciones tradicionales, el honor y el heroísmo en el medio cultural árabe. En la segunda mitad el análisis cambia radicalmente a las ortodoxias del discurso psicológico occidental. De repente, los contextos sociopolíticos y culturales descritos arriba forman parte del problema en vez de la solución. Porque se cree que estos hombres han fracasado en transmitir y expresar con palabras sus sentimientos, se les deja con emociones “congeladas” o “bloqueadas” y son responsables de “negar” las consecuencias de la tortura. Aquí la palabra “negar” se refiere a una defensa psicológica mal adaptada que bloquea la curación. Las consecuencias de la tortura – el “trauma” – pasa a ser visto como una entidad que necesita una atención psicológica que es independiente del contexto social descrito anteriormente como reparador.

Por último, hay cuestiones pragmáticas. En zonas devastadas por la guerra, el sector de las ONGs sólo se encuentra en ciudades y los trabajadores locales que necesitan un trabajo a toda costa se adaptarán a sus métodos y objetivos. Lo mismo pasa con los donantes: trabajadores de Sudáfrica y Filipinas me comentaron que sabían que el problema central se situaba en la ruptura del mundo social de la gente, en la pobreza y la falta de derechos, pero que era más fácil conseguir fondos de los donantes occidentales si se les presentaba el problema como “trauma” cuyo antídoto es el “consejo psicológico”.

Conocimiento y poder

Hoy en día, los conceptos psicológicos occidentales han acompañado la globalización de la cultura occidental y cada vez se encuentran más presente como conocimiento categórico. Existe el peligro de perpetuar de forma inconsciente el estatus colonial (Berry et al, 1992). El campo humanitario no puede considerarse como exento de los problemas de poder e ideología.

Existe el peligro de que los proyectos reproduzcan las definiciones de la guerra que se acoplen o sean del interés de la comunidad internacional. ¿De qué forma, por ejemplo, están los usuarios en la posición de insistir que el problema consiste en una falta de justicia social y de derechos humanos? ¿Es menos traumático ver a sus propios hijos morir de hambre que morir heridos de bala?

Tal y como Stubbs & Soroya (1996) lo describe puede haber una auténtica presión sobre las poblaciones afectadas por la guerra para presentar su sufrimiento de una forma “modernizada” si quieren que éste sea reconocido. La realidad la construyen los que hablan. Debemos esforzarnos para no poner nuestras palabras en su boca, ni sugerir que sabemos mejor que ellos mismos lo que les ha pasado y cómo les ha afectado. Debemos vigilar que nuestro interés profesional no refuerce su humillación. Solamente si se pueden oír las voces de los afectados y si su conocimiento es el marco de referencia, se podrá diseñar y realizar ofrecimientos de ayuda.

Evaluación

Hasta ahora, se han publicado pocas evaluaciones de los resultados de las intervenciones psicológicas. Un proyecto basado sobre el concepto del “trauma” como entidad y sobre la aplicabilidad de tecnología correspondiente será evaluado usando los mismos parámetros. Si se cree que un cuestionario TEPT va a captar lo que es universal e importante, será naturalmente visto como un instrumento válido para evaluar los resultados y el “éxito” de sus esfuerzos. Creo que los cuestionarios psicológicos tienen un reducido papel que desempeñar en una evaluación válida. Jones (1995) escribe que la razón principal de las mujeres que atendían los centros de Marie Stopes en Sarajevo - aparentemente para tratar los problemas de estrés traumático-, era el placer de poder encontrarse regularmente con otras mujeres en un sitio caliente. Los temas que las mujeres sacaban a discusión entonces eran: “¿debe ser el marido quien mande o no?” o cosas similares, demostrando que

las guerras pueden llevar a un cambio radical en la forma en que las mujeres se ven a sí mismas. ¿Cómo se evalúa esto?

¿Qué piensan los usuarios de nosotros y de lo que ofrecemos? En momentos en que está muy disminuido el control sobre sus propias vidas, pueden llegar a sentir que es importante hacerse entender o parecer simpáticos. Tenemos que hacer todo lo que podamos para que nos comuniquen los efectos reales sobre sus vidas de las intervenciones de las ONGs, con la mínima contaminación posible de lo que piensan que nosotros queremos oír. La evaluación debe ser un proceso continuo que analice las impresiones de los usuarios y trabajadores, complementándolos cuando sea posible con aportaciones de datos cuantitativos procedentes de la comunidad.

Puntos principales de intervención

Si no se trata de intervenciones psicológicas *per se*, ¿de qué entonces? Permítanme recapitular a través de una metáfora. Para los peces, el mar representa mucho más que únicamente un medio de vida. Es su mundo al completo, y comprende todo lo que significa ser pez. Imaginen que un desastre les separara del mar y los supervivientes pasaran a vivir en una pecera llena de agua del grifo. Podrían subsistir en este medio, pero no se trata de su mundo. ¿Cómo se les podría ayudar a volver al mar, o a comenzar a convertir el agua del grifo en algo que se parezca más al mar? Este es el dilema para una aplastante mayoría de supervivientes de las regiones devastadas por la guerra. Se pueden encontrar algunos ejemplos prácticos sobre los asuntos que a continuación se apuntan en *Development in Practice* (Summerfield, 1995).

1. La relación con los usuarios. En primer lugar, las ONGs deberían intentar que sus modos de ver y comprender estuvieran tan informados de la realidad local y fueran tan sutiles y finos como fuera posible. También debemos reflexionar sobre nuestras propias asunciones culturales y personales respecto a lo que vamos a encontrarlos y hacer. El objetivo inicial debe ser ponernos tan cerca como podamos de las ideas de los afectados, para maximizar nuestra capacidad de empatía y enriquecer nuestras formas de ver. Queremos que el mayor número posible de las preguntas que hacemos sean correctas, en el sentido de que detecten lo que aquéllos que respondan consideren importante o urgente. Esto conlleva un medido proceso de recogida de información, que es la antítesis de lo que ocurrió en Rwanda, por ejemplo. Aquellas ONGs interesadas en algo más que en operaciones relámpago tuvieron que desarrollar una comprensión previa de lo que significaron los acontecimientos de 1994. Un ejemplo de pregunta que ha sido poco planteada sería el del lugar en la memoria social de los Hutus y los Tutsis de masacres inter-étnicas parecidas -cada una de ellas con un coste de miles de vidas- en Rwanda y Burundi durante las últimas décadas. ¿Qué recuerdan de aquéllas? ¿Qué hicieron entonces, y cómo piensan que se arreglaron las comunidades dañadas? ¿Fue diferente en 1994?, ¿Por qué?

Al igual que nosotros tenemos un punto de vista sobre los usuarios, ellos lo tienen sobre nosotros; somos puntos de referencia en la situación que contemplan, especialmente en un momento en que han perdido a tantos de los suyos. Podemos establecer lazos afectivos con ellos, pero puede que ellos no pretendan lo mismo con nosotros. Puede que analicen desde una perspectiva de supervivencia personal las ventajas que se pueden generar de su trato con nosotros, y esto también forma parte de la dinámica de la intervención. Puede que una madre oculte la muerte de uno de sus hijos en un campamento de refugiados para que los restantes obtengan una ración más de comida que compartir. Una mujer bosnia puede hacer una falsa denuncia de violación si esto le proporciona un pasaporte para un país extranjero. Un demandante de asilo que ha sido víctima de torturas puede utilizar el hecho de que los médicos estén interesados en sus hipotéticos problemas psicológicos y adaptar su narración para obtener el estatuto de refugiado o un alojamiento mejor. Es fundamental que una ONG pueda establecer relaciones poco paternalistas, abiertas, sensibles a las demandas y mutuamente ausentes de engaño.

2. Rehabilitación/desarrollo social. Un modelo de rehabilitación que tenga en cuenta todo el contexto de las poblaciones afectadas va a estar basado en una perspectiva de desarrollo social. Frente a esto están los modelos que ofrecen una solución técnica dirigida a un grupo diana de afectados (los proyectos de afectación traumática serían un ejemplo de este tipo).

Estamos hablando de programas de desarrollo social pero con algunas perspectivas adicionales. Existen diferencias cualitativas en el impacto de la guerra sobre sus víctimas si lo comparamos, por ejemplo, con un terremoto. Cuando un desastre es generado por el hombre, y no por una fuerza de la naturaleza, se movilizan distintas partes de la memoria social, distintas atribuciones y percepciones unidas a ella, y se plantean preguntas diferentes. Además, mientras continúe la amenaza de más violencia, el miedo y la ausencia de confianza pueden hacer vida propia en una comunidad, imponiendo su propio repertorio de respuestas y adaptaciones. Los perpetradores pueden estar dentro de la propia nación y las cuestiones de derechos humanos y justicia social, y de la impunidad de los responsables configurarán la forma en que los principios de rehabilitación social se pueden aplicar en ese lugar en concreto.

Existe un consenso en toda la literatura médica y antropológica sobre movimientos migratorios y el refugio estriba acerca de la función protectora de la familia y las redes de la comunidad. Las personas efectúan siempre intentos de preservar lo que puedan de su cultura y su forma de vida -esto es, la tarea de convertir agua del grifo en agua de mar-. Por ello, es fundamental que las intervenciones de las ONGs se orienten a potenciar dichos esfuerzos. Auto-organización, afirmación (*empowerment*), trabajo y capacitación, apoyo a las formas tradicionales de resolución de problemas y de sanación... son términos casi tópicos en el léxico del desarrollo social, y nos recuerdan que las personas no pueden recuperar completamente el control de sus vidas como meros receptores de caridad y cuidado. En Mozambique, el trabajo físico de reconstrucción que siguió al regreso - construcción de edificios, siembra de los campos etc- fue considerado como un factor crucial de recuperación por parte de la gente del país. Entre las aspiraciones de la gente suelen estar, en primer lugar, la reinstauración de los servicios de salud y educativos, al igual que otros tipos de instituciones sociales o culturales. Lo ideal sería que los proyectos extranjeros ofrecieran asistencia material a los principales servicios públicos locales antes de iniciar unos paralelos, aunque esto esté en contra de la tendencia general en África y, por supuesto, sea problemático cuando el mismo gobierno es el agresor. Las personas no tienen por qué buscar necesariamente restaurar el antiguo estado de cosas que una vez tuvieron, sino que con frecuencia reconocen que puede aprovecharse el momento para cambiar.

Existen pocas recomendaciones que se puedan exportar de un lugar a otro; las soluciones han de ser locales, y centrarse en las capacidades, las posibilidades y las prioridades locales. Además, puede que el mismo contexto no se mantenga estático: la guerra se puede incrementar en unas zonas de un país, y decaer en otras. ¿Podría ser la relación entre una ONG y los usuarios lo suficientemente robusta y flexible como para acomodar tales cambios y su impacto en las prioridades locales, sin provocar una crisis porque las planificaciones y los presupuestos se disparen o cambien completamente?. La tarea básica se resume en ayudar a las personas a seguir adelante, a resistir. Todo esto sugiere que las ONGs deberían mantener una presencia sostenida en un lugar en concreto.

En las próximas décadas la reconstrucción posterior a la guerra habrá de centrarse progresivamente en las minas que aún queden: 9 millones tanto en Angola como en Afganistán, entre 5 y 10 millones en Irak, entre 4 y 7 millones en Camboya, 2 millones en Mozambique, y entre 90 y 100 millones en todo el mundo. Los 30.000 amputados de Camboya con 1 de cada 240 personas, representan la proporción más alta del mundo. Los amputados se encuentran en una lamentable situación en sociedades en que todo el mundo se ha de ganar la vida con un trabajo manual (*Arms Project et al, 1993*). En un estudio reciente de 206 comunidades en Afganistán, Bosnia, Camboya y Mozambique, uno de cada veinte hogares informaron de una víctima de mina, y un tercio de ellas murieron en la explosión. Uno de cada diez era un niño. (*Anderson et al, 1995*).

Los campamentos de refugiados quiebran con frecuencia los principios básicos esbozados anteriormente creando condiciones de reclusión, control y desvinculación de los implicados de las tomas de decisión.

3. Derechos y Justicia. Los refugiados de América Latina podrían definir perfectamente sus necesidades psicosociales primeramente en términos de libertad. En Guatemala y El Salvador la presencia de ONGs extranjeras ha conferido en ocasiones protección a comunidades victimizadas, dado que los escuadrones de la muerte prefieren hacer su trabajo lejos de la mirada de los observadores internacionales. Resulta significativo que en El Salvador la gente se preocupe por estar comenzando a olvidar los nombres de aquellos que fueron asesinados por los militares en los años ochenta (Summerfield, 1995). Los testimonios cotejados de los supervivientes representan una parte de la historia de la gente y una

contrapartida a las versiones oficiales ofrecidas por aquellos que ostentan el poder para ejercer el abuso, y con ello constituyen una llamada de atención al público para que valide su sufrimiento. En palabras de Primo Levi, superviviente del Holocausto Judío: "*Si resulta imposible comprender, saber es un imperativo*". Considero que puede tener aplicación universal la idea de que las víctimas pagan más con el tiempo cuando se les deniega el reconocimiento social, sin mencionar la reparación, de lo que se les ha hecho. Las ONGs están en posición de cotejar, traducir, publicar y distribuir dichos testimonios, y si fuera posible, presentarlos ante tribunales de guerra, comisiones de verdad y gobiernos. Hay que apoyar a las organizaciones indígenas que demandan derecho y justicia, y aquí igualmente los vínculos con agencias extranjeras y grupos de derechos humanos pueden hacer que disminuyan los riesgos de su eliminación.

La pregunta que se pueden hacer las ONGs para probarse en este aspecto es hasta dónde se sienten capaces de llevar adelante su papel en este terreno especialmente cuando se presentan bajo un status de organización de caridad. Tanto en Bosnia como en Ruanda y otros lugares, parece que los gobiernos occidentales han utilizado el esfuerzo humanitario como una coraza tras la que ocultar sus propios motivos geopolíticos, comerciales y diplomáticos y no de justicia. ¿Se pueden enfrentar las ONGs a aquéllos que se interesan tanto por confinar las respuestas internacionales a las crisis dentro de marcos cómodamente humanitarios?

4. Cuestiones de educación y entrenamiento. La OMS subraya la idea de que en el Tercer Mundo se debe considerar la salud mental como parte integrante de los programas de salud pública y bienestar social, y no como una entidad separada que requiera de un conocimiento y unas habilidades especializadas. Los trabajadores de salud primaria, que con frecuencia constituyen el único recurso disponible, puede que tengan también el papel de fomentar la discusión sobre los efectos relacionados con la guerra dentro de un marco local pertinente, y de asistir al reconocimiento de aquellos que merezcan apoyo y atención especial. En este aspecto, el mejor diagnóstico para aquéllos que puedan tener un verdadero problema mental es más el funcionamiento del día a día que si cumplen o no los rasgos definitorios del TEPT. Algunas personas con problemas psicológicos no buscan ayuda, y de hecho se auto aíslan. La OMS (1995) dispone de un manual que ofrece asesoramiento a los trabajadores tanto sobre quejas comunes que pudieran estar relacionadas con la guerra, como sobre enfermedades mentales serias como las psicosis. Sugieren que se trabaje en relación con los sanadores tradicionales. En América Latina se ha entrenado, por ejemplo, a voluntarios locales para trabajar como *promotores de salud mental* en las comunidades afectadas por la guerra en las que viven.

Puede que los trabajadores sociales u otros profesionales de las zonas en guerra busquen apoyo, aunque no siempre esté claro qué parte es la percepción de que necesitan formación en materia de "trauma", y cuánto de reconocimiento de las inmensas cargas que pesan sobre ellos al mantenerse en sus servicios. En Bosnia y otros lugares, los refugiados se han acercado a veces a los trabajadores de salud con quejas de dolores de cabeza, debilidad, insomnio, inquietud, o incapacidad para pensar adecuadamente. Por descontado estas quejas constituyen una forma de comunicación, pero también resulta útil tranquilizar a la persona informándole de que son respuestas normales a las presiones implacables y continuas de la guerra, y eso no significa que él o ella haya de volverse loco. De igual modo, puede llamar la atención el hecho de que los niños muestran, por ejemplo, un fuerte temor en situaciones concretas, normalmente aquéllas que les recuerdan lo que ha ocurrido: el sonido de los aviones o ver un soldado. Se podría mencionar a otros porque muestren comportamientos poco frecuentes, como no querer separarse nunca de sus padres, estar malhumorados, ser desobedientes, no concentrarse en las clases o mojar la cama. Igualmente esto constituye reacciones normales y no necesariamente siempre implican algo anormal ni la necesidad de terapia. Los temas relacionados con la guerra constituyen con frecuencia una alta proporción del contenido del discurso y los juegos de los niños; esto igualmente es normal, e incluso necesario, y no suele ser un problema "post-traumático". En el Beirut destrozado los trabajadores de salud solían utilizar el acrónimo STOP para recordarles lo que los niños necesitaban: Estructura, Tiempo para hablar, Actividades organizadas, Padres ("**S**tructure, **T**ime and **T**alk, **O**rganised activities, **P**arents"). *Save the Children Fund* (1991) ha publicado unos folletos dirigidos a todos aquellos que trabajen con niños en las zonas en guerra. Todo aquello que esté a favor de la familia y la comunidad ayudará tanto a los niños como a los adolescentes a recuperar una realidad social más positiva.

5. La cuestión del objetivo. Ya he mencionado que generalmente no está justificado considerar como objetivo de un programa a los "niños soldados" (o incluso a los "niños" en general), la "violación" o la "tortura" basándose en el modelo del trauma. Lo mismo ocurre con las "mujeres", aún incluso reconociendo las durísimas presiones a que se enfrentan en la guerra: la ausencia de los hombres que implica una presión económica adicional cuando no la pobreza, responsabilidad única no sólo de los niños, sino también de los enfermos y los heridos etc. En algunas partes de América Latina el 50% de los hogares están dirigidos por mujeres, y estos hogares tienen muchas más probabilidades de estar en situación económica precaria.

Entonces, ¿quién debe ser el objetivo?, y ¿de qué servicio? Claramente, los niños huérfanos o de cualquier modo desprotegidos pueden ser definidos como prioridad. La orfandad masiva de Mozambique ha sido prácticamente absorbida por familias extendidas y miembros de la antigua comunidad o del grupo étnico. Aunque con frecuencia se cita a las personas con una débil salud física o con una discapacidad como un grupo "vulnerable", es difícil generalizar. Por ejemplo, mi propio estudio de los antiguos soldados heridos de guerra en Nicaragua no indicó que una grave discapacidad -paraplegia, amputación, etc.- hiciera que fueran más probables los consiguientes problemas psicológicos. Algunos de ellos eran candidatos para cirugía ortopédica o rehabilitación física, pero todos ellos colocaban como prioridad el poder recibir una capacitación apropiada y un trabajo que les devolviera su papel social y su autonomía económica (Hume & Summerfield, 1994). Mientras en algunas circunstancias los ancianos encuentran apoyo comunitario, en un estudio de adultos mayores desplazados por la guerra y el hambre en Etiopía, más de la mitad de los que tenían más de 60 años tuvieron que ser abandonados por sus familias, la mayoría para morir (Godfrey & Kalache, 1989). Es decir, el patrón concreto de las circunstancias en cada zona en guerra demanda una flexibilidad para apreciar lo que podría constituir un objetivo.

6. Los refugiados en los países occidentales. Quizá únicamente el 5% del total de los refugiados alcanzan países occidentales y este flujo parece disminuir con el paso del tiempo y el aumento de las barreras legislativas. Estas actitudes de las naciones ricas resultan vergonzosas cuando uno considera que más del 90% de los refugiados encuentran asilo en algunos de los países más pobres de la tierra: Malawi, Pakistán, Zaire. Se sabe que algunos de los demandantes de asilo de Guatemala y El Salvador que fueron devueltos a la fuerza por los Estados Unidos en los últimos años han sido víctimas más tarde de los escuadrones de la muerte. En Gran Bretaña se está rechazando a más del 75% de los demandantes de asilo mientras el gobierno esgrime que es "seguro" volver a países como Sri Lanka o Argelia. Se requiere de una campaña firme y enérgica para asegurar el respeto del gobierno por los derechos de los demandantes de asilo, derechos que se encuentran en las convenciones internacionales y protocolos.

Los refugiados también han de competir con los ciudadanos con mayores desventajas del país anfitrión para obtener servicios sociales cada vez más escasos. En este sentido las formas organizativas de la comunidad de refugiados pueden representar un recurso valioso, algo familiar en una ciudad extraña, y un lugar donde adquirir conocimientos básicos sobre cómo moverse en el nuevo entorno. Inevitablemente algunos de estos grupos reproducen algunos aspectos de los sistemas políticos del país original, lo que hará que algunos demandantes de asilo los consideren sospechosos y se alejen de ellos.

Los pronunciamientos de los gobiernos se unen y refuerzan las cada vez más frecuentes connotaciones negativas unidas a la palabra "inmigrante" o "refugiado". En Gran Bretaña este proceso está firmemente promovido por la prensa más derechista. Tanto los países anfitriones como sus instituciones y aquellos que son empáticos con la realidad del que llega pueden jugar un papel muy positivo en permitir que los supervivientes entierren tras de sí las horribles experiencias vividas y reconstruyan su vida.

Algunas preguntas de investigación

¿Qué sabemos del coste que han supuesto las 160 guerras que han tenido lugar desde 1945 para aquéllos que las sobrevivieron?. Baker (1992) afirma que existe un corpus de escritos autóctonos sobre esa materia, pero que rara vez se traducen o se publica en occidente. Necesitamos saber más sobre los patrones de resistencia que se movilizan en períodos de crisis en una sociedad determinada, y qué ocurre cuando también estos se encapsulan por los conflictos sobre el terreno. Necesitamos estudios longitudinales de grupos victimizados, tanto los que no han sido desplazados como los que viven en condiciones de refugio y que reflejan factores económicos y sociales distintos. ¿Qué ocurre tras la

repatriación? y ¿Cómo influye en esto tanto los factores locales como las actitudes del gobierno? ¿Cómo podríamos generar más datos para demostrar que lo que marca la diferencia de resultados no es sólo la paz, sino la justicia? Aún hay pocos datos sólidos sobre los que desarrollar programas de salud mental, y sobre la influencia relativa de las vulnerabilidades anteriores a la guerra frente a las experiencias de guerra y el exilio (Ager, 1993). Las metodologías de investigación han de intentar poner énfasis en los métodos cualitativos.

Se podría estudiar el impacto de las guerras que se experimentan como genocidio en la identidad de grupo de las poblaciones supervivientes y sus hijos, al igual que en las instituciones socioculturales y políticas que las representan. ¿Qué significa ser armenio, judío, o más recientemente, timorés del este, maya de Guatemala, kurdo de Irak o tutsi de Ruanda, tras los intentos de eliminarlos como persona, cada uno con su historia, cultura y lugar en el mundo? El modo en que se integran al mundo y a aquéllos que les ofrecen ayuda, ¿cómo refleja su amargo conocimiento de que no existen límites para lo que se les puede hacer a las personas sin poder ni aliados, y sus ajustes colectivos para intentar que lo ocurrido no se vuelva a repetir? ¿Cómo ha resucitado Vietnam colectivamente sin prácticamente ayuda de occidente de una guerra que devastó millones de vidas y conllevó la destrucción masiva de su infraestructura? Se trata, sin duda, de un país que pide un análisis profundo y documentado.

Un inmenso número de personas corrientes en todo el mundo demuestran su capacidad de sobrevivir tenazmente, adaptarse y trascender. Hacer honor a este hecho no significa no reconocer lo que se les ha hecho y cómo han sufrido. El suyo es un ejemplo poco espectacular que no atrae a los medios de comunicación ni a los científicos. En realidad no debería importarnos tanto cómo o porqué unos individuos se convierten en víctimas psicológicas, sino en cómo o porqué la gran mayoría no corre la misma suerte. Las historias orales de los supervivientes pueden ofrecer una ilustración gráfica de sus experiencias y una pista sobre el proceso que hubieron de sufrir. Con todo, hemos de desplegar las más amplias sensibilidades para comprender tanto la guerra como su resultado como una compleja tragedia y un drama representado en público. El trabajo de antropólogos, sociólogos, historiadores, y poetas tanto de Occidente como del Tercer Mundo, unido a las voces de los propios supervivientes puede ayudar al campo humanitario a obtener una comprensión con una textura más enriquecida del ámbito de respuestas ante la guerra y la atrocidad, y sus resultados con el paso del tiempo.

Bibliografía

- . Ager, A. (1993). Mental Health Issues in Refugee Populations: A Review. Boston: Harvard Centre for the Study of Culture and Medicine.
- . Agger, I., Vuk, S. & Mimica, J. (1995). Theory and practice of psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia. Zagreb ECHO/ECTF.
- . Andersson, N., Palha da Sousa, C. & Paredes, S. (1995). Social costs of land mines in four countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia and Mozambique. British Medical Journal. 311: 718-21.
- . Arcel, L., Folnegovic-Smale, V., Kozaric-Kovacic, D. & Marusic, A. (1995). Psycho-Social Help to War Victims: Women Refugees and their Families. Copenhagen IRCT.
- . Arms Project of Human Rights Watch & Physicians for Human Rights (1993). Landmines. A Deadly Legacy. New York: Human Rights Watch.
- . Baker, R. (1992). Psychosocial Consequences for Tortured Refugees Seeking Asylum and Refugee Status in Europe. In Torture and its Consequences (ed. M. Basoglu). pp 83-106. Cambridge: Cambridge University Press.
- . Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M. & Dasen, P. (1992). Psychology and the developing world. In Cross-Cultural Psychology, Research and Applications, pp 378-391. New York: Cambridge University Press.
- . Boothby, N. (1992). Displaced Children: Psychological Theory and Practice from the Field. Journal of Refugee Studies. 5: 106-22.
- . Boothby, N. (undated). Children of war: survival as a collective act. In The Psychological Well-being of Refugee Children. Research, Practice and Policy Issues. (ed. M. McCallin). pp.169-84. Geneva. International Catholic Child Bureau.
- . Bracken, P., Giller, J. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. Social Science & Medicine. 40: 1073-82.
- . De Smedt, J. (1995). Report of the anthropological research for the mental health programme. Medecins Sans Frontieres Holland. Unpublished manuscript.
- . Gibbs, S. (1994). Post-War Social Re-construction in Mozambique: Re-framing Children's Experience of Trauma and Healing. Disasters 18: 268-76.
- . Godfrey, N. & Kalache, A. (1989). Health needs of older adults displaced to Sudan by war and famine: questioning current targeting practices in health relief. Social Science and Medicine 28, 707-713.

- . Hume, F. & Summerfield, D. (1994). After the War in Nicaragua: A Psychosocial Study of War Wounded Ex-Combatants. Medicine and War. 10, 4-25.
- . Jones, L. (1995). Letter from Sarajevo: on a front line. British Medical Journal. 310: 1052-54.
- . Kleinman, A. (1987). Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness. British Journal of Psychiatry 151: 447-54.
- . Mollica, R. & Caspi-Yavin, Y. (1992). Overview: The Assessment and Diagnosis of Torture Events and Symptoms. In Torture and its Consequences. (ed. M. Basoglu), pp 253-74. Cambridge: Cambridge University Press.
- . Mollica, R., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M. & Blendon, R. (1993). The Effect of Trauma and Confinement on Functional Health and Mental Health Status of Cambodians living in Thailand-Cambodia Border Camps. Journal of American Medical Association 270, 581-585.
- . Raphael, B., Meldrum, L. & McFarlane, A. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? British Medical Journal 310: 1479-80.
- . Reynolds, P. (1990). Children of tribulation: The need to heal and the means to heal war trauma. Africa 60, 1-38.
- . Richman, N. (1993). Annotation: Children in situations of political violence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 34, 1286-1302.
- . Save the Children Fund (1991). Helping Children in Difficult Circumstances. A Teacher's Manual. London SCF.
- . Stubbs, P. & Soroya, B. (1996). War Trauma and Professional Dominance: Psychosocial Discourses in Croatia. To be published in Medicine and War.
- . Summerfield, D. & Toser, L. (1991). 'Low Intensity' War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community. Medicine and War 7:84-99.
- . Summerfield, D. (1995). Raising the dead: war, reparation and the politics of memory. British Medical Journal. 311: 495-97.
- . Summerfield, D. (1995). Assisting survivors of war and atrocity: notes on 'psychosocial' issues for NGO workers. Development in Practice. 5:352-56.
- . UNICEF (1986). Children in Situations of Armed Conflict. New York. UNICEF: E/ICEF.CRP.2.
- . World Health Organisation Division of Mental Health (1994). Mental Health of Refugees. Pre-publication version. Geneva. Division of Mental Health, WHO & UNHCR.
- . World Health Organisation (1995). Bridging the Gaps. Geneva WHO.

Discusión.

Pau : Uno de los puntos que tú has defendido, es que no hay que hacer grupos específicos de tratamiento. Has dicho, concretamente, que no hay que hacer grupos de niños o de excombatientes, o el trabajar específicamente con mujeres en el tema de la violación. ¿Hasta qué punto tiene sentido trabajar con gente torturada o en centros especializados en tortura como los del IRCT, por enlazar con la presentación del Dr. Bojholm?.

Derek : Pienso que se ha sobrevalorado el tema de la tortura. Yo observo en nuestro centro entre las personas que indudablemente han sido torturadas a muchas otras que han sufrido terror de otras maneras, perdiendo familiares, por persecución política... Algunas se han convertido en personas que aprenden a pedir en el lenguaje que utiliza la cultura europea occidental, y eso es por el uso que nosotros damos a las palabras, que parecen corresponder a "algo específico". Por ejemplo, comentaba en mi exposición la cuestión de las violaciones : las mujeres que afirman haber sido violadas en Bosnia tuvieron la oportunidad de obtener visados más rápidamente para salir a países extranjeros. A muchas de las personas que quieren asilo político y van a Gran Bretaña les aconsejan incluir la palabra tortura en su historia, no solamente se lo aconseja un abogado sino a veces un profesional de la salud. Las personas quieren que conste el *estrés postraumático*, la *tortura*. Se puede encontrar a hombres turcos que vienen de un país donde esperan ser pegados en las comisarías. A eso no lo llaman tortura. Ellos entienden la tortura como algo más. La tortura ocurre en las comisarías de Ankara cuando al detenido se le tumba en una cama eléctrica donde recibe fuertes descargas eléctricas : eso es tortura. Aunque sólo unos pocos han recibido descargas eléctricas casi todos han sido golpeados en las comisarías del país. Además, creo que hay pocas evidencias médicas de que la tortura sea una experiencia que hace que la persona quede relegada socialmente por causas psicológicas. La cuestión relevante es, ¿cuál es el interés (político, social...) de la tortura tanto en las zonas de guerra como en los países europeos (aunque la situación en estos es muy diferente) ? Efectivamente, yo no creo que los proyectos deban centrarse en centros de atención a víctimas de tortura.

Darío: Yo creo que en lo que tu planteaste hay una llamada de atención al orgullo y a una extensión simplista de la experiencia de la investigación occidental hacia lo que ocurre en otras partes del mundo. Describes brillantemente lo que se llama el “síndrome del experto de la OMS en Ruanda-Burundi”, que pide agua potable para lavarse en una aldea donde no hay agua. Pero hay partes de todo lo que tú afirmas que se pueden criticar abiertamente, aún con los resultados de la psicología occidental: En la presunción número uno sabemos por la investigación de víctimas de sucesos negativos por la pérdida de hijos, desastres naturales o accidentes de coche, que la mayoría de la gente no sufre alteraciones graves. La mayoría de las personas sobrepasa el trauma sin graves alteraciones. La misma psicología occidental da elementos que apoyan tu primer presupuesto. Respecto al tercer presupuesto, sabes al igual que yo que la mayor parte de la gente diagnosticada siguiendo criterios diagnósticos estandarizados, aún gente que tiene servicio nacional de salud, como los británicos, no van al tratamiento. Van a sacerdotes, a tratamientos tradicionales, o no va a ningún tratamiento. La tercera presunción sabemos que es falsa, tal y como tu dices.

La parte que me parece peligrosa, incluso en el sentido político, de tu argumentación es la segunda, en la que dices que no hay una respuesta universal al estrés. Existen investigaciones en psiquiatría transcultural, en antropología médica, que sugieren que la respuesta somática de depresión y ansiedad es común en todas las partes del mundo. Las investigaciones con refugiados permiten sugerir también que la hipereactividad y las reminiscencias, que son repuestas de miedo y de recuerdo de experiencias de sufrimiento, se encuentran en todas las partes del mundo. Creo que hay elementos en la investigación sociocultural que sugieren que hay respuestas comunes, probablemente las más sencillas y las más básicas, y estas pueden apoyarse en una parte en la biología pero también hay universales porque se apoyan en procesos socioestructurales comunes. No es necesariamente sólo biología sino que todas las sociedades se enfrentan a las mismas tareas: diferencia de poder, de estatus, organización de la economía, diferencia de sexos.

Quisiera terminar comentando algo respecto a si es bueno o no hablar. En la sociedad occidental también la expresión de emociones negativas es limitada. La misma investigación ha demostrado que las víctimas mejor recibidas por el grupo son las que le ponen “al mal tiempo buena cara”. Una persona que está hablando de cómo la violaron, cómo la torturaron, de lo mal que está, es rechazada también en la sociedad occidental. El tema de no expresar emociones negativas extremas, ni hablar repetidamente de ellas, yo también creo que está presente transculturalmente.

Derek: Gracias por tu intervención. Voy a comenzar respondiendo a la segunda. Debemos tener cuidado. Las personas que han sufrido torturas han perdido realmente todo. Quizás esa persona fuera doctor en Bagdad, por ejemplo, pero al irse a Londres tendrá que hacer cola como todos los parados de Londres para poder conseguir un nuevo trabajo o una nueva vida. Sus voces son débiles y nuestras voces son mucho más fuertes. ¿Por qué no les dejamos simplemente hablar?. Alguien puede decir: “El mundo no funciona así”. Pero creo que no hacemos justicia a su sufrimiento llamándolo de alguna otra forma que no sea la suya propia, aunque lo que busquemos sea esforzarnos por ser más precisos al medir las experiencias por las que pasa la gente que tratamos.

Evidentemente hay unas bases biológicas para el estrés y todos tenemos una fisiología común. Pero eso no nos lleva muy lejos. Para unas personas las pesadillas donde se recuerda la tortura y las escenas más horribles pueden ser razón para acudir a un médico que le ponga un tratamiento. Para otras, como los campesinos nicaragüenses, es algo completamente irrelevante ya que si les preguntas sobre si tienen o no pesadillas ellos te responderán seguramente que sí, pero ese dato no tiene mayor importancia para ellos. Y para una tercera persona la pesadilla puede ser, como decía en mi exposición, un mensaje de ayuda de sus antepasados. Puede haber unas bases biológicas comunes, pero considero que el significado que se le da a esa reacción no lo será. Hay muchos síntomas que tienen que ver con la somatización de experiencias: dolor de cabeza, falta de sueño, falta de concentración, etc. Pero el problema es si esas cosas son realmente importantes para las personas que las sufren.

Pau Pérez Sales.

Contradicciones respecto al papel de las organizaciones no gubernamentales en el trabajo psicosocial en situaciones de guerra y violencia organizada.

1. La era de la "cooperación" y el fin del "internacionalismo".

*Cuando teníamos todas las respuestas
nos cambiaron las preguntas...*
(Graffiti anónimo en Chile).

El concepto de **internacionalismo** surge de las ideas socialistas centroeuropeas del cambio de siglo. Entiende que todos los pueblos del mundo comparten elementos comunes de una misma lucha : la de las clases sociales explotadas frente a las explotadoras. Del mismo modo en que el capital no tiene fronteras, tampoco debería tenerlas la lucha de quienes sufren sus consecuencias El internacionalista se perfila así como la persona que asume como propias las luchas liberadoras de cualquier nación, sean éstas por los derechos de clase, género u otro tipo. George Orwell, combatiente de las Brigadas Internacionales durante la Guerra Civil española en las milicias del POUM, refleja en su Homenaje a Cataluña ese espíritu utopista (ver nota)^{1r}. Experiencias similares a la suya están en las personas de todo el mundo que se han implicado en los diferentes conflictos desde una perspectiva de militancia social. Por su gran importancia en las últimas décadas destacan aquellos que siguiendo el ejemplo de Ernesto Guevara quisieron compartir los movimientos de liberación en América Latina desde la década de los setenta hasta principios de los noventa. En el Estado Español el apoyo al proceso revolucionario nicaragüense supuso un movimiento de estas características de dimensiones extraordinarias^s, en parte unidad de cuidados intensivos de una parte de la desorientada izquierda del norte^t.

Todo este caudal de ideales altruistas ha entrado en crisis en éstos últimos años. La pérdida del referendun de ingreso a la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) en 1982 supuso un duro e inesperado golpe para el movimiento popular en el Estado Español, como inesperada - e históricamente decisiva- fue la derrota del nicaragüense Frente Sandinista en las elecciones de Febrero de 1990 para quienes trabajaban en la solidaridad. Las incoherencias posteriores de los máximos dirigentes sandinistas abrirán heridas y señalan también los problemas de un internacionalismo que no supo ser crítico con el proceso que acompañaba y que, en Nicaragua, como en muchos otros países,

^r *"El día en que me alistaba ví a un miliciano italiano de pie delante de la mesa de los oficiales. Tenía un aspecto vigoroso, de unos veinticinco o veintiseis años (...). La expresión de su rostro me impresionó profundamente. (...). Una cara donde había a la vez candor y ferocidad. (...). No sabría decir por qué pero pocas veces me he encontrado con alguien que me haya inspirado una simpatía tan inmediata. (...) Mientras hablaban alrededor de la mesa no sé como surgió mi condición de extranjero. El italiano levantó la cabeza y dijo en seguida : ¿Italiano?. Yo, en mi mal español, contesté : No, inglés. Cuando salíamos el muchachó atravesó la sala y me estrechó la mano con fuerza. ¡Qué cosa tan curiosa este afecto que podemos llegar a sentir por un desconocido!. Fue como si mi espíritu y el suyo hubieran conseguido momentáneamente salvar el abismo de la lengua y la tradición, para unirse en una intimidad profunda. (...). En España, en aquellos días, constantemente establecías contactos de este tipo (op. cit pp 23-24)*

^s Cuando en 1984, como respuesta a la creciente agresión norteamericana, se fundó la Coordinadora Catalana de Solidaridad con Nicaragua, formaban parte 12 comités u organizaciones de orígenes muy diversos (estudiantiles, profesionales, de barrios o comarcas). Apenas un año después existían , sólo en Cataluña, 58 asociaciones o comités dedicados específicamente al tema que movilizaban directamente a centenares de personas.

^t Este es uno de los argumentos favoritos de los gobiernos antidemocráticos a quienes les es incómoda la presencia de testigos internacionales, abonado, por desgracia, por un mal entendido "nacionalismo" de algunas intelectualidades locales (generalmente las que no se mueven de sus tertulias radiofónicas) o por la miopía de algunos (por suerte pocos) desafortunados dirigentes políticos europeos.

tendió a confundir guerrilla con pueblo lo que a la postre se volvió en su propia contra, cuando aquellos se convirtieron a funcionarios de ministerio o en diputados de bancadas socialdemócratas y se mostraron, en connotados casos, dispuestos a compartir el lujo y las prebendas de aquellos a quienes se opusieron. Las constantes incongruencias internas y externas del gobierno cubano, máximo avalador de las tesis guevaristas y la plena asunción de los horrores y mentiras estalinistas tras la caída del Muro de Berlín en Octubre de 1990 - horrores y mentiras que ya Orwell denunciaba en sus crónicas desde España cuarenta y cinco años antes- significó, por extensión, el desprestigio de las concepciones internacionalistas, tal y como habían sido entendidas hasta entonces.

Ni misioneros ni internacionalistas : cooperantes. La solidaridad se institucionaliza. Existen diferentes momentos históricos en el origen de las ONGs del Estado Español tal y cómo lo entendemos hoy. La mayoría de ONGs y desde luego las económicamente más poderosas y con mayor número de socios proceden de sectores de iglesia. Algunas existían ya en los años sesenta (Manos Unidas (1960), Caritas (1962), Intermón (1956) Medicus Mundi (1962)), otras surgieron con la expansión de los ochenta ((Ayuda en Acción (1981), CODESPA (1985)). Proviene, conceptualmente, del ámbito misionero tradicionalmente impulsado por la iglesia católica. Este sector se ha reconvertido a partir de los ochenta purgando sus concepciones más caritativistas y evangelizadoras y sustituyéndolas por nociones de ayuda humanitaria y las concepciones contemporáneas de desarrollo autocentrado. Ellas son, más que nunca, las que marcan la pauta en el panorama de las ONG's españolas.

Un sector mucho más pequeño tanto en recursos económicos como en número de asociados es el que proviene de la reconversión de las izquierdas a los nuevos tiempos y que se mueve por tanto en las esferas del centrismo y la socialdemocracia. Constituye una rápida readaptación del internacionalismo a los modelos de la economía de mercado.

Tanto en unas como en otras, la nueva terminología habla ahora de *voluntarios* (en su forma no profesional) y de *cooperantes* (en su versión profesionalizada), terminología que adopta rápidamente el Estado, hasta el punto de darles entidad administrativa pública con la promulgación de la ley que define el Estatuto del Voluntariado (Junio 96) y la Ley de Cooperación (Noviembre 97). La solidaridad entre los pueblos pasa, de este modo, a convertirse en una institución social más, reglada y estructurada por el sistema y con unas normativas a las que hay que ajustarse.

El fenómeno masivo de la **cooperación internacional** surgió en el Estado Español a partir de mediados de los ochenta, probablemente en relación directa con la aparición de partidas económicas destinadas a este fin desde las diferentes instancias públicas.

¿Qué pasó con el movimiento internacionalista?. El caso de *Entrepueblos* como ejemplo. El surgimiento de organizaciones profesionales o semiprofesionales dedicadas a la *solidaridad* fue recibida con gran recelo desde el movimiento internacionalista. La Coordinadora Estatal de Comités de Solidaridad con Centroamérica, con mucho la agrupación de comités internacionalistas más importante en los ochenta y noventa en el Estado Español, requirió casi dos años de duros debates hasta aprobar la creación de ENTREPUEBLOS, una ONG de ámbito estatal vinculada a la Coordinadora. Mientras la Coordinadora seguía manteniendo su carácter de movimiento social, poniendo el énfasis en la denuncia, en la movilización ciudadana y en tareas de apoyo a los movimientos populares en Centroamérica (organización de brigadas, campañas puntuales, debates, difusión de información...), ENTREPUEBLOS sería el complemento que permitiría desarrollar e impulsar proyectos a partir de las numerosas fuentes de financiación que estaban apareciendo desde lo público. Mientras en el momento de su constitución ENTREPUEBLOS era un pequeño equipo de cuatro personas que trabajaban con carácter voluntario y la Coordinadora seguía agrupando a decenas de pequeños comités, con el paso del tiempo la ONG fue creciendo linealmente tanto en el número de socios como en el volumen de proyectos gestionados, hasta profesionalizarse plenamente, a la vez que los Comités iban perdiendo efectivos y desapareciendo o reduciéndose a su mínima expresión actual. Esta evolución resulta especialmente emblemática de lo sucedido en estos años recientes en el movimiento de solidaridad español (representativo, probablemente, del europeo) y es aplicable a

muchas otras ONGs con orígenes similares a partir de grupos de solidaridad o de antiguos colectivos internacionalistas.

Mientras unas pocas ONGs siempre han mantenido vivos los debates éticos respecto a, por ejemplo, los condicionamientos políticos de recurrir a las fuentes públicas de financiación o las implicaciones éticas de insertar publicidad de la organización en los medios de comunicación, éstos temas han perdido interés para la mayoría de organizaciones plenamente integradas a la nueva ideología de la solidaridad. Las campañas de *marketing* se encargan a empresas que venden solidaridad como venden refrescos o seguros para automóvil, no hay organigrama de ONG de los noventa que se precie que no tenga un área y un responsable de *Fund Raising*, habiendo doscientos insumisos presos se utiliza, sin excesivos escrúpulos y para abaratar los costes, a gentes de la Prestación Social Sustitutoria para enviar cartas y contestar el teléfono en las sedes etc. etc. Las ONG's de los noventa, por decisión propia o a regañadientes, han ido asumiendo en mayor o menor medida la realidad de un mercado duro y disputado en el que compiten ya, en el Estado Español, más de trescientas ONGs de *cooperación internacional* de tamaños, orígenes e intereses muy distintos.

Un proceso similar ha sucedido en los países del Sur. El movimiento de solidaridad con Centroamérica, por seguir con el mismo ejemplo, trabajó en los ochenta con organizaciones populares y movimientos políticos o sociales. Entre 1987 y 1989 algunos de estos movimientos crean Áreas de gestión de proyectos (por ejemplo la Fundación Augusto Cesar Sandino en Nicaragua, o FASTRAS, CORDES o REDES en El Salvador). Con la derrota electoral sandinista en 1990 y la firma de los acuerdos de Nueva York para El Salvador en 1991, se produce la llegada masiva de dinero internacional durante un breve lapso de tiempo y se observa la aparición de una explosión de ONGs locales que se ofrecen como intermediarias y gestoras. En el caso de Nicaragua se estima que aparecieron cerca de trescientas entre 1989 y 1993, algunas de carácter casi unipersonal. En Chiapas hay casi tantas siglas como personas. En Guatemala, tras la reciente firma de los acuerdos entre la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) y el gobierno en 1997 se está asistiendo, aunque en menor medida, a un fenómeno similar. No nos corresponde a nosotros analizar qué ha significado este fenómeno en los países del Sur, aunque más adelante apuntaremos algunas ideas.

Procesos de Liberación versus Derechos Humanos. El movimiento internacionalista y los comités de solidaridad tenían, como objetivo el apoyo humano y material a los procesos de liberación (en un sentido amplio) que podían aparecer en el Sur. Estos planteamientos tan directos han entrado en crisis arrastrados por una corriente de horror a las ideologías que ve en ellas nuevos dogmas que atan al ser humano. Junto a ello se defiende y argumenta la caducidad de la noción misma de revolución². Esto ha conllevado el impulso a otro tipo de movimientos alternativos, de carácter aparentemente no dogmático, el movimiento pacifista/noviolento o anti-guerra, el movimiento pro-derechos humanos, y el movimiento ecologista. No se trata de los movimientos sectoriales de antaño (movimiento feminista, organizaciones campesinas o sindicales etc. (ver nota), sino de movimientos que parecen querer ampliar su campo de acción y adquirir un carácter globalizador^u.

En el caso de los movimientos pro-derechos humanos podría tratarse de la búsqueda de alternativas menos polémicas para la izquierda sin norte y que permitan conseguir amplios consensos –entre otros, con el centro y la derecha financiadoras-. La mayoría de gobiernos y de ONGs del mundo estarán de acuerdo en que deben implementarse todas las medidas de presión posible para parar la violencia militar, paramilitar, guerrillera y del narcotráfico en Colombia, puesto que se trata de una cuestión de violaciones flagrantes a los **derechos humanos**. Hablar del auténtico poder del

^u Los movimientos sectoriales han aportado y están aportando elementos muy significativos a los procesos de reforma social. Así, por ejemplo, ante la pérdida de referentes en El Salvador, el movimiento de mujeres ha adquirido un papel aglutinador e impulsor de gran trascendencia en el país (Asociación Las Dignas y otras). Fenómenos similares han ocurrido en Brasil con el Movimiento de los Sin Tierra (MST), en Ecuador, Perú o Méjico con los diferentes movimientos indígenas, en Chile además de éstos, con un gran movimiento ecologista, en Colombia las diezmadas organizaciones de derechos humanos, las organizaciones de pobladores urbanos, las organizaciones de pequeños productores etc. Durante años se consideró erróneamente por la izquierda partidaria que éstos movimientos con sus perspectivas parciales quebraban la auténtica lucha: la lucha de clases. El tiempo mostró que en general ha venido ocurriendo lo contrario: los proselitismos partidarios y las consignas prefijadas de los partidos de izquierda han quebrado, supongamos que sin pretenderlo, muchos de estos movimientos sociales que tenían un gran valor transformador.

estamento militar en Colombia y de la impunidad que goza, del origen de los grupos paramilitares y su cobertura financiera y legal, de las conexiones entre ejército y paramilitares, de la evolución de los fragmentados grupos guerrilleros, de las causas estructurales de la violencia social o de la utilización de la lucha contra el narcotráfico dentro de la nueva política exterior norteamericana para América Latina es complejo y polémico porque surgen de nuevo los engorrosos elementos ideológicos que muchas de las corrientes actuales intentan elegantemente esquivar. Si nos tomamos en serio los derechos humanos en Colombia (lo que sin duda es una prioridad) hay que hacer todas las reflexiones del caso. Lo otro es una falacia, no una alternativa.

Algo parecido ocurre con el **movimiento pacifista** cuyas tesis más absolutistas ya casi nadie defiende después de la experiencia de la guerra en los Balcanes y el cerco de Sarajevo o ante lo sucedido en la Crisis de los Grandes Lagos en Africa Central (1995-1997). En la actualidad cabe aceptar que a veces la violencia es necesaria para parar la violencia algo que resultaba aberrante en los textos del movimiento pacifista de no hace tanto³. Eso no significa justificar las intervenciones militares multilaterales. Un debate en estos términos sería simplista y maniqueo porque no es honesto hablar de *misiones de paz* sin hablar del comercio de armas, de los carros blindados españoles vendidos a Somalia antes de la hambruna, etc. etc., ni enviar soldados después de que política, económica y militarmente se ha estado azuzando un conflicto.

La reciente introducción de las nociones de derechos humanos de primera a cuarta generación (incluyendo como derechos inalienables los derechos sociales, económicos y étnicos) es un esfuerzo por resolver algunas de éstas dificultades y de poder incluir las causas estructurales de las violaciones a los derechos humanos de un modo aceptable para los grandes organismos internacionales. El análisis estructural de las causas de la violencia entra así dentro del Corpus jurídico de los Derechos Humanos lo que, si bien no aporta mucho respecto a cuales son las vías de solución, si al menos abre y legitima el debate y da un marco de referencia internacionalmente aceptable para el trabajo de solidaridad.

Las ONG's desde el prisma de la psicología social. No quiero decir, con todo lo expuesto hasta aquí, que este cambio sea producto de una especie de perversidad intrínseca de quienes lo protagonizan. Es, obviamente, fruto del cambio de las condiciones históricas. Ante nuevos contextos se intentan nuevas respuestas, si bien es cierto que en demasiadas ocasiones es el pragmatismo y no el debate quien lleva a los nuevos caminos.

Conviene relativizar, en este punto, el concepto de *organización popular*^v. Las ONGs son mediadores sociales : reflejan a unos sujetos sociales que defienden unos intereses y obtienen satisfacción a sus necesidades. Cualquier organización (iglesia, partido, sindicato, organización guerrillera o colectivo vecinal) trabaja desde la contradicción entre lo que desea y lo que hace. El movimiento *okupa* adquiere su máximo sentido en su independencia y su capacidad de confrontación al sistema. Pero ese mismo rasgo genera su contradicción intrínseca : verse condenado al aislamiento social, la marginalidad y por tanto al elitismo. Lo importante, por tanto, no es resolver *todas* las contradicciones, porque estas son consustanciales a todo proyecto social transformador, sino conseguir que las contradicciones evolucionen. Los proyectos tienen sentido mientras sea posible ese proceso de evolución en las contradicciones y el proyecto no resulte en una perversión de los objetivos que lo hicieron surgir.

A las contradicciones propias del trabajo de las ONGs en salud mental y derechos humanos es, por tanto, a lo que dedicaremos lo que resta de esta intervención.

^v Si nos, situamos, por ejemplo, en nuestro contexto, una Asociación de Vecinos sería el paradigma de *Organización Popular* en el Estado Español (no profesional, horizontal, con un líder de base...), pero en realidad vemos que sólo representan a un cierto sector de población, no articulan a la mayoría silenciosa, y en muchos casos sus líderes, viejos proletarios de clase media/baja, fueron correas de transmisión de partidos políticos. *Organización Popular* no es sinónimo de independencia política. Frente a esto las ONGs son *populares* en tanto en cuanto articulan a un sector de gente que en el caso de Manos Unidas o Intermón son decenas de miles de personas asociadas o trabajando como voluntarias. ¿Qué es una *organización popular*?. Las ONGs como expresiones de ciudadanía serán *organizaciones populares* en tanto en cuanto hagan esfuerzos constantes por ser abiertas y participativas y encuentren su definición y su legitimación en las bases que las sustentan.

Contradicciones generales del modelo de solidaridad basado en las ONGs. ¿Són las ONGs formas desideologizadas y tecnocratizadas de la solidaridad (ver nota)^w o constituyen versiones más respetuosas y eficientes del voluntarismo?. ¿Consiguen realmente los *programas* aportar a esos objetivos o hay en realidad un efecto pernicioso por el que, de modo inadvertido, se logra justo lo contrario de lo que se busca?.

Por un lado basta recorrer los países del Sur donde las ONGs forman parte del paisaje habitual para darse cuenta que gran parte del trabajo de los movimientos y organizaciones populares son posibles en sus dimensiones actuales por el apoyo de las contrapartes del Norte. En el campo de la salud mental y los derechos humanos, de modo específico, por ejemplo :

- Soporte económico de proyectos estratégicos que requieren de recursos a fondo perdido
 - centros de atención a víctimas de la violencia.
 - programas de movilización y desarrollo comunitario.
- Difusión de información al exterior promoviendo la presión internacional.
- Asumir tareas que los locales no pueden hacer por problemas de seguridad o integridad física.
- Protección de personas, comunidades o instituciones amenazadas a través de acompañamientos.
- Apoyo en procesos de capacitación. Acceso a información técnica actualizada.

Pero junto a esto existen contradicciones importantes a ese proyecto emancipador. La tabla 1 resume algunos de los temas claves .

Cara

Recursos económicos. Las ONG suponen formas tecnificadas (lo que no significa desideologizadas) de la solidaridad. En cuanto a tales movilizan un volumen de recursos económicos considerable, desconocido en décadas anteriores.

Cruz

* La gran mayoría carecen de recursos propios que garanticen su independencia. Serán las instituciones que financian (Estado, agencias estatales de cooperación, autoridades locales...) quienes decidan qué países y qué tipos de proyectos priorizar en función de sus intereses geoestratégicos y sus afinidades ideológicas. Las ONGs del Norte pueden acabar en ejecutores a sueldo de las políticas gubernamentales^x y en algunos casos en instrumentos de neocolonización.

^wEsta dicotomía es obviamente falaz. Una ideología es un sistema coherente de ideas que permite dirigir las acciones hacia un fin. Por tanto, pretender que no se tiene ideología es, en sí mismo, una ideología. Debe distinguirse este extremo de la *neutralidad*, entendida como el deseo de no tomar partido pese a las ideas que se tengan. La neutralidad es también una ideología y en función del origen de la violencia, podría constituir un modo de tomar partido.

^xEsto es tan evidente que los proyectos de cooperación son ya parte de las plataformas de negociación entre los países. Marruecos condicionó los acuerdos de pesca con la UE y la política de control policial de la emigración clandestina a la concesión a su país de proyectos de desarrollo y al no apoyo a la causa saharauí. Por eso Marruecos es, cada vez más, objeto de proyectos de las ONGs españolas.

b. Profesionalización del trabajo. Las ONGs han aportado una metodología de trabajo particular : los proyectos. Un proyecto requiere de un estudio previo, un diseño, una formulación, un cronograma, un presupuesto y una evaluación posterior a través de indicadores previamente establecidos. Se garantiza de este modo una mayor objetividad en la asignación de recursos y mayor racionalidad en las actuaciones, evitando las situaciones de abuso.

* **Puede significar una vía de proyección para las clases medias profesionales** de los países del sur que de otro modo pueden no tener posibilidades de empleo con proyección social.

* **Promueven el desarrollo.** Las ONGs tienen una visión integral del desarrollo que les permite coordinar esfuerzos y trascender las iniciativas individuales y aisladas para buscar el crecimiento a largo término.

* **Perversión de las dinámicas internas.** Las ONGs del Norte exigen que se les presenten los proyectos según un modelo y un estilo prefijado. Capacitan a las personas del Sur sobre cómo elaborar proyectos de modo adecuado. Esto ha significado cambiar las dinámicas propias de las organizaciones del Sur.

* **Descabezamiento de las organizaciones populares** haciendo que sus líderes se burocratizaran, se convirtieran en funcionarios de agencias de cooperación y cambiaran la calle por el computador, por los informes de resultados y la facturas^{y4}.

* **Pérdida de la independencia y la voz crítica.** Las ONGs locales corren el riesgo de perder la independencia al requerir de un mínimo de proyectos para mantener su infraestructura y su burocracia y podrían acabar siendo, sin pretenderlo, nuevos instrumentos del Norte en el Sur.

* **Modelos rígidos de funcionamiento,** insensatos en contextos cambiantes^z

* **Concepto etnocentrado de desarrollo.** Pero el desarrollo que promueven las organizaciones del Norte corresponde, en la mayoría de ocasiones, a conceptos prefijados de qué debe ser el desarrollo, equiparando éste a la explotación intensiva de los recursos naturales , la provisión de servicios y la acumulación de bienes. Parece difícil entender para quien haya vivido sólo en los países del Norte que haya culturas que rechacen estos principios, pero las hay y cada vez más organizadas. Muchos movimientos y organizaciones indígenas en todo el mundo generalmente poco escuchadas plantean formas alternativas de desarrollo que parten de su propia cultura^{aa}.

^y James Petras representa la forma más contundente de estas críticas : *‘Para desalentar las protestas populares el Banco Mundial y diversas fundaciones y agencias gubernamentales europeas y estadounidenses han repartido millones de dólares fundando ONG’s. La gran mayoría de ONG’s no se involucran en actividades políticas que impliquen luchas de clase o anti-imperialistas. En lugar de eso sustituyen programas estatales globales de protección social con proyectos locales dirigidos a grupos limitados y bajo control foráneo. (...) Las ONGs cooptan líderes populares y los convierten en ambiciosos profesionales que deben rendir cuentas a sus donantes del exterior. Ya no son responsables ante los movimientos populares ni comparten el estilo de vida de sus miembros. En realidad la actividad privada ‘técnica’, de no confrontación, local, fragmenta los movimientos sociales, creando competición entre los grupos para obtener fondos externos y despolitiza a sus miembros (...). A medida que los izquierdistas renovados establecen pactos políticos con la clase política neoliberal, que la ideología socialista es vaciada de contenido y práctica, que las ONGs fragmentan el movimiento social y fomentan la despolitización y la ambición personal, las clases populares abandonan la acción colectiva y la lucha de clase por la violencia individual y el beneficio personal. El crimen sustituye a la rebelión. Hay un incremento masivo del crimen en toda Centroamérica ante el declive de la política revolucionaria y el predominio de políticas electorales inútiles y maquinarias electorales de izquierdas impotentes. En El Salvador durante los últimos 8 años de conflicto (1982-1990) el promedio de muertes por año era de 4500. En 1994 los homicidios totalizaron 9135 –casi doble de muertes que durante la guerra-*

^z Entre la formulación de un proyecto, su aprobación por una agencia financiadora, la recepción del dinero y el inicio del programa suele transcurrir alrededor de seis meses a un año. En un contexto de guerra o violencia política lo extraño sería que lo que entonces se planteó como emergente aún tuviera sentido un año después. Los programas no pueden ser construcciones rígidas definidas por planificadores, sino sistemas flexibles que dejen un amplio margen a quienes trabajan sobre el terreno para adaptarse a la realidad cambiante. El sistema de proyectos que exige definir de antemano hasta los indicadores de evaluación de objetivos de una acción que quien sabe cómo va a ser en el momento en que se realice se convierte en un ridículo y extenuante ejercicio de burocratismo cuando no en informes y contrainformes de mentiras pactadas.

^{aa} Kosé Küzhel, líder comunal mapuche de la zona de Chol-Chol dice al respecto : *‘Son el Estado y las ONGs las que están destrozando al pueblo mapuche. Llegan las ONGs de Temuco a las comunidades y reúnen a la gente*

La tabla 2 resume las tesis de un ensayo escrito por un funcionario sudanés de UNICEF sobre el papel de las ONGs del Norte que trabajan en su país. Del tema específico de los cooperantes o *expatriados* hablaremos de modo específico más adelante.

Problemas en el trabajo de las ONGs . (Mburu, 1989)⁵.

Background religioso o quasi religioso. El mundo occidental es predominantemente judeo-cristiano y las agencias llevan este legado por donde quiera que van, tiñendo la percepción de objetivos y dictando usualmente el marco del proyecto y el modo de aproximación.

Políticas poco claras. La mayoría de políticas de salud que emanan de las ONGs están hechas invariablemente desde formulaciones eclécticas que responden a las necesidades emergentes más que a objetivos a largo término. En países con pocos recursos y menos infraestructura es esencial crear un perfil central de hacia donde se quiere que vaya el país.

Base de recursos insegura. El hecho de que la financiación sea frágil hace que los proyectos sean de corta duración, disruptivos localmente y con frecuencia sin sustentabilidad.

Personal expatriado. Significan puestos de trabajo de personas del Norte en el Sur en lugar de puestos de trabajo para la gente del Sur, donde las oportunidades para la gente cualificada son menores.

Visión y falta de confianza. En general suele haber una desconfianza hacia las instituciones locales a las que se considera como mucho mal-preparadas para la implementación de proyectos . A su vez, las organizaciones locales desconfían con frecuencia de las ONGs del Norte a las que acusan de realizar proyectos que ellos no habrían priorizado.

La ayuda como imperialismo. Hay repetidas acusaciones de que la ayuda es una nueva forma de imperialismo que refuerza las relaciones de dependencia histórica metropoli-colonia. Aunque muchas ONGs se declaran anti-sistema, en muchos sentidos son un vehículo inadvertido del imperialismo. La inexistencia de una administración fuerte deja el terreno libre para que las ONGs hagan y deshagan a su antojo.

Aspectos específicos.

Actitud defensiva. El fenómeno que describíamos de proliferación de ONGs a uno y otro lado del muro de la riqueza ha creado desconfianzas mutuas. Las organizaciones del Norte cada vez piden más avales, más años de antigüedad, más personal profesionalizado en las áreas de gestión de los *proyectos*. Las organizaciones del Sur, por su parte, ven con desconfianza a esos organismos que actúan con sus propias políticas, que exigen sus propias condiciones, que cada vez tutelan y fiscalizan más.

¿Quién es quién?. El mundo de la cooperación se ha venido impregnando de un metalenguaje propio que todas las organizaciones, sea cual sea su origen, han aprendido a usar porque ellas también dependen a su vez de mostrar una imagen técnica a los donadores y a la sociedad, y así, términos como *desarrollo integral, desarrollo autosostenido, emancipación, respeto cultural, enfoque de género* etc carecen de significado (del mismo modo en que las palabras *paz* o *libertad* perdieron todo su significado durante la guerra fría). El paradigma máximo de esta pérdida de significado del

y les dicen que ellos les van a hacer proyectos, le lavan el cerebro a la gente y todos acaban repitiendo el discurso de la organización. Cambian la idea de desarrollo y buscan hacer entender a la gente : más productividad, comprar más tonteras, tener más plata... La gente se empecina en plantar más tierras, hasta el rinconcito. Las ONGs sacan plata, de eso viven. Pasando por encima de la cultura. La gente cambia. La persona ya no conversa, ya no está con los demás. Le cambia la personalidad. El otro día teníamos reunión para preparar el gillatún de la comunidad y estaba la gente reunida y el dueño del campo no quiso estar. Estoy muy ocupado, dijo. Tengo que ir a vender unas cosas en Temuco. Y nos dejó solos. Fue muy angustiante. Quedamos todos mal. Mientras no seamos nosotros quienes decidamos cómo debe ir avanzando nuestra gente, todo eso nos mata, y las ONGs que llegan a cambiar las ideas son las responsables'. (Temuco. Chile. Abril 97).

discurso son los documentos del Departamento de Evaluación de Impacto Ambiental del Banco Mundial, dignos de Greenpeace. Por eso para saber quién es quién hay que analizar la práctica -y no el discurso-, las contrapartes elegidas, el tipo de proyectos, las acciones de seguimiento etc.

Cada vez más se debería requerir un (largo) período previo de aproximación y conocimiento mutuo en lo que respecta a objetivos, estilo de trabajo, honestidad personal y profesional y fiabilidad. Más allá de los documentos hay que caminar primero a través de acciones poco ambiciosas, para ir ampliando progresivamente según el nivel de entendimiento. Es preferible centrarse en unas (pocas) *contrapartes* con las que todas las cartas están encima de la mesa.

Trabajar, pero ¿dónde? Ya hemos comentado que cada gobierno establece sus prioridades geopolíticas en función de intereses diplomáticos e ideológicos. Un segundo factor es la existencia de *areas naturales* de influencia. Mientras que, por ejemplo, en el Estado Español no existe ninguna organización que realice un seguimiento directo de la situación de Nigeria tras el golpe de Estado de 1993, los encarcelamientos masivos y ejecuciones que le sucedieron, en Inglaterra existen diversas organizaciones integradas en una Coordinadora. Más allá de estos criterios externos las propias ONGs parecen guiarse por criterios de oportunidad política. Así mientras tras la firma de los acuerdos de *pacificación* en Guatemala y El Salvador han proliferado los programas de tipo psicosocial que no se propusieron durante los años de la violencia, en Colombia (país donde en el último año desaparecieron o fueron ejecutados el mismo número de personas que en Chile durante los 17 años de dictadura) o en Argelia (donde fuera de las grandes ciudades la atención en salud es mínima) las iniciativas de apoyo son escasas. Incluso dentro de un mismo país. Sandra Ubaté, de la Asociación de Familiares de Desaparecidos (ASFADDES) de Colombia lo expresaba así : *'Las pocas organizaciones que hay están todas en Urabá o en el Magdalena... ¿Para qué Uraba si allí ya no queda nadie?. A los que no han matado los paramilitares, han huido y están como desplazados y refugiados internos. Los pocos que quedan están hartos de que les vengan a contar... En realidad el problema está aquí, en Bogotá. Aquí están los centenares de miles de desplazados, los jóvenes sin futuro, la violencia sin sentido entre los adolescentes, la limpieza social... Pero ahí nadie quiere meterse'*. Algo parecido ocurrió en Guatemala : mientras numerosas ONGs se disputaban el trabajo con las Comunidades de Población en Resistencia (CPR) o con los grupos de retornados en Alta Verapaz o Quiché hasta el punto de llegar quizás a perjudicarles por un exceso de recursos incoordinados, había una gran carencia de programas de cualquier tipo con las poblaciones urbanas marginales de Guatemala capital, donde los problemas no tenían las mismas connotaciones de difusión y repercusión en los países del Norte. Es necesario determinar unos criterios que vayan más allá de la oportunidad, las modas o la espectacularidad . Desde nuestro punto de vista deberían considerarse :

- . Necesidad : Gravedad de la situación.
- . Escasez de recursos.
- . Posibilidad de racionalizar lo que se aporta respecto a otras organizaciones. Coordinación versus competición.
- . Conocimiento de la coyuntura política y de las organizaciones locales.
- . Conocimiento de las redes sociales.
- . Impacto previsible de la acción. Replicabilidad y efecto multiplicador.
- . Posibilidades de que la acción tenga un tiempo definido. Posibilidades de sustentación futura en caso de que no sea así.

El dilema de la ideología. Es difícil imaginar la solidaridad sin ideología, aún en tiempos en los que cada vez se cuestiona más la validez de las actitudes de empatía e identificación por parte de quienes ven en las ONGs no vehículos de solidaridad, sino instrumentos de *desarrollo* desde una óptica puramente económica que establece la falsa identificación *desarrollo=economía=ciencia*.

Hay autores (p.e Friedman M, Jaranson J⁶) que consideran que cualquier tipo de consideración referida al contexto político en el marco de una actuación en salud mental constituye un grave error y una falta de rigor científico. Pero frente a esto hay que tener en cuenta que en situaciones de guerra o violencia organizada la neutralidad es una utopía. Además, como señala Jones⁷ aquellas personas con las que queremos trabajar van a pedir de nosotros una definición en lo político y

probablemente hasta que no haya una respuesta clara no va a ser posible construir una confianza terapéutica.

La prevención como objetivo y la necesidad del compromiso. Si en cualquier rama de la medicina se ha consolidado con firmeza la prevención como parte del quehacer médico, en el terreno de las intervenciones psicosociales prevención significa luchar contra todas las formas de opresión, contra la impunidad, por la reparación moral y económica a las víctimas. Allodi⁸ expresa una idea similar cuando considera que en los centros del Norte la tortura es vista como un fenómeno que tiene consecuencias médicas y psicológicas en forma de estrés traumático y el tratamiento es consecuente con esta idea, mientras que en el Sur, en cambio, la tortura es vista como un componente del proceso sociopolítico y que requiere de acciones preventivas y de un cambio social. La existencia de estas diferencias debería hacer reflexionar seriamente a los profesionales del Norte que trabajan en atención a refugiados.

Los límites políticos de la intervención. Esto plantea inmediatamente la necesidad de marcar límites a las intervenciones psicosociales. Debe separarse, en primer lugar, la persona que por voluntad propia decide irse a vivir a otro país y con el tiempo se integra en él con todas sus consecuencias, del trabajo que se realiza desde el ámbito de una organización extranjera.

Cuando de lo que se trata es del apoyo puntual de personas u organizaciones en procesos de acompañamiento solidario, debe mantenerse una firme voluntad de no interferir en los procesos locales de toma de decisión de carácter social o político.

Los peligros de los enfoques excesivamente ideologizados. Es necesario ser consciente de los peligros de las posturas excesivamente ideologizadas. Veamos como ejemplo la situación del pueblo mapuche.

El pueblo mapuche tiene sus territorios tradicionales en Chile, al sur del río Bio-Bio. Durante los últimos siglos ha venido sufriendo un proceso de persecución y expolio progresivos que ha dejado sus tierras en apenas 300.000 hectáreas divididas en pequeñas *reducciones*. La lengua y la cultura están en una situación crítica y varios macro-proyectos de desarrollo amenazan sus últimas tierras (presas del Alto Bío-Bío, el denominado By-Pass etc). En el exterior de Chile los grupos ecologistas europeos tienen como referente a la organización Consejo de Todas las Tierras que mantiene un discurso radical adaptado a los gustos de los ecologistas europeos. Su influencia, en cambio, en el interior, es muy escasa. No están vinculados con los líderes tradicionales indígenas, mantienen malas relaciones con las comunidades que rechazan sus ideas por considerar que siguen las directrices de un determinado partido político chileno, es decir, de estructuras externas al mundo mapuche. Mientras en sus oficinas y en sus reuniones es frecuente ver a internacionalistas, en las organizaciones puramente indígenas éstos son escasos. Las ideas de éstas últimas son representativas del pensamiento mayoritario indígena, excesivamente pragmático para el gusto europeo^{bb}.

En América Latina junto a la honestidad de mucha gente que vino a trabajar y a dejarse la vida en un proceso que hizo suyo, hubo también quienes, más sandinistas que Sandino, más fidelistas que Fidel o más indígenas que los Mayas, buscaron erróneamente nuevos eldorados, confundiendo los

^{bb} Los excesos ideológicos no han sido patrimonio exclusivo de los internacionalistas del Norte. En Nicaragua todos los documentos públicos y las manifestaciones políticas colocaban entre los logros de la Revolución la supresión de la terapia electroconvulsiva (TEC) en psiquiatría. Durante años se aplicaron TECs en el Hospital Psiquiátrico de Managua en los pocos y escogidos casos en que la psiquiatría moderna lo considera como tratamiento electivo sin que, por razones políticas, dicho tratamiento constara en las historias clínicas o los informes de alta. Los psiquiatras del Ejército Sandinista siempre negaron que hubiera combatientes afectados por la guerra, considerando el Síndrome de Estrés Post-Traumático o sus equivalentes fenómenos de ejércitos formados por personas consumidoras de droga, sin principios éticos y sin la suficiente convicción ideológica. Los psiquiatras que trabajábamos desde el Ministerio de Salud teníamos serias discusiones si utilizábamos este u otro tipo de diagnósticos clínicos como un modo de intentar proteger a algunos combatientes gravemente afectados desde un punto de vista psicológico. En el reciente proceso de desmovilización de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca diferentes organizaciones internacionales asumieron la recepción, evaluación y primera atención sanitaria de los desmovilizados, a excepción precisamente de la atención psicológica de los combatientes, tema que la URNG decidió asumir y controlar directamente.

contextos y las luchas y creando bastantes problemas en ámbos lados. Por suerte son la excepción y no la regla.

Lo recomendable, desde nuestro punto de vista, debería ser mantener el **vínculo comprometido** con la realidad, pero **absteniéndose** cuidadosamente de intervenir sobre los procesos locales de posicionamiento político o de toma de decisiones.

¿Emergencia, desarrollo, rehabilitación? Se suele ver el trabajo en salud mental como intervenciones de emergencia o de rehabilitación sobre el daño psicológico que la violencia ha provocado en la población. En realidad esto es una idea que parte de la concepción del trabajo psicosocial desde la noción del Trauma como fenómeno individual. Cuando desde una perspectiva psicosocial se parte de la situación conflictiva para vivirla como un proceso colectivo de crecimiento, y de la reflexión surge la comprensión del dolor y de modos colectivos de afrontarlo estamos ante actuaciones que van más allá de estos conceptos.

Trabajo clínico o comunitario y su relación con el papel del Estado. Se han desarrollado diferentes modelos de intervención en salud mental y derechos humanos que pueden agruparse dentro de alguna de estas cuatro categorías:

(1) Creación de un centro clínico monográfico (centro de atención a personas torturadas, centro de atención a refugiados). Este tipo de centros permiten una mayor especialización en el trabajo, la concentración de recursos, constituirse en puntos públicos de referencia, lo que facilita que las personas afectadas se acerquen, y probablemente mayor impacto cara a la obtención de fuentes de financiación estables, pero tienen como inconveniente la estigmatización de la persona, situándola en el papel de víctima, de 'enfermo', y los efectos cronificadores que tienen las instituciones de carácter monográfico. Adoptar el rol de enfermo de modo transitorio puede no ser perjudicial. En algunos casos permite una atención intensiva que no puede darse en contextos de trabajo comunitario y provee de un marco social y personalmente aceptable. La tortura, aún en un contexto y una lógica sociales y colectivas, no deja de ser una agresión sobre una persona concreta.

(2) Clínicas de atención en el contexto de servicios generales de salud. En este caso se trataría de la inserción dentro de la red sanitaria pública. Existirían diferentes niveles de integración.

2.1. Atención especial en el marco de la red sanitaria pública. En este sentido es interesante la experiencia del programa chileno PRAIS de atención a víctimas de la violencia y a sus familiares. Como parte de la Ley de Reparación promulgada por el gobierno y acorde con las reivindicaciones de las Agrupaciones de Familiares de Detenidos-Desaparecidos y Ejecutados Políticos y de las organizaciones de salud mental, el estado asumió como obligación propia la atención sanitaria de las víctimas. Para ello creó equipos de salud en todas las regiones insertados físicamente en los hospitales y consultorios de la red sanitaria general, atendidos por un equipo multidisciplinar con médicos generales, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Tanto por la ubicación como por el hecho de ser indistinguible la atención en salud mental del resto, el programa ha tenido una amplia aceptación.

2.2. Atención general en la red pública. En este caso las personas reciben la misma atención que la que se recibe por cualquier otro motivo de consulta. El psicólogo o psiquiatra dentro de su cupo de pacientes por zona, atiende también a las personas víctimas de guerra o violencia. Esta opción tiene como ventajas que disminuye los riesgos de estigmatización aumentando la accesibilidad y que abarata los costos del programa. La principal dificultad estriba en que las personas no tienen una capacitación específica para este tipo de situaciones y en que su grado de sensibilidad personal hacia el tema puede ser muy variable. En muchos contextos aquellos profesionales que consiguieron mantener sus puestos de trabajo durante épocas de militarización y control social fueron los que eran ideológicamente más proclives al poder. Esta razón es la que precisamente ha llevado a la creación de centros alternativos de tipo monográfico en este tipo de contextos.

(3) Atención ad-hoc : las personas del equipo se desplazan a las zonas afectadas donde dan atención clínica en locales de la iglesia o de organizaciones sociales. Este esquema evita la centralización de recursos en la capital con la consiguiente discriminación de personas de las áreas rurales. En países donde el transporte es caro, difícil o peligroso y donde no es posible dejar el campo o la casa durante uno o más días para recibir una consulta, los centros monográficos pueden acabar siendo centros de élite para un grupo de privilegiados. En Chile, por ejemplo, mientras la mayoría de la población en las diferentes regiones del país nunca tuvo acceso a atención en salud mental, el CINTRAS, con financiación del IRCT, realizaba largos tratamientos individualizados de tipo psicoanalítico para un grupo selecto de unas 25 personas. Incluyendo a personas en programas de laborterapia, rehabilitación y en grupos de familiares, el CINTRAS atendió en 1994 menos de 500 personas con un costo superior a los 400.000 dólares anuales (58 millones de pesetas)⁹.

(4) Trabajo comunitario. Se acude a las zonas de conflicto donde, partiendo de las propias personas afectadas y basado en las redes sociales preexistentes o creadas (organizaciones de refugiados, agrupaciones de familiares, sindicatos, comités campesinos, organizaciones de barrio etc) o con las comunidades implicadas se trabaja en los procesos colectivos de reparación. Ciertos casos podrán enfocarse desde perspectivas individualizadas. Tal y como ya hemos venido apuntando, adoptar un enfoque comunitario implica :

- centrar el trabajo en el contexto y no en el individuo.
- trabajar conjuntamente prevención y tratamiento.
- llegar a mucha más gente y hacer un reparto más equitativo de recursos.
- trabajar con un mayor respeto de las dinámicas sociales y culturales.

Adoptar un modelo u otro depende del marco teórico de las organizaciones implicadas y del contexto. En general **se podrían recomendar los siguientes criterios** :

- intentar trabajar con las instituciones públicas allí donde éstas no estén directa o indirectamente relacionadas con el origen de la agresión, evitando con ello la duplicación de estructuras y buscando la sustentabilidad futura de la iniciativa.

- donde no se pueda trabajar con instituciones públicas, separar y distinguir a las ONGs locales de las organizaciones populares. A falta de una ONG local con la que haya un conocimiento de años y una confianza profunda, sería recomendable tener siempre a una organización popular como contraparte y en el caso de que ésta no tenga capacidad administrativa de gestión buscar a una ONG local como *tercera parte*, manteniendo el diálogo directo con la organización popular o la comunidad sin permitir que la ONG se convierta en la única intermediaria.

- favorecer allí donde sea posible las intervenciones de tipo psicosocial, con enfoques centrados en la comunidad reservando la atención clínica individualizada como un recurso especial para casos puntuales con una especial afectación y que requieran de un enfoque más intensivo.

Se trata, con este enfoque, de intentar preservar a los líderes comunales y a los modos propios de resolver las situaciones de la gente, intentando limitar el volumen de ONGs locales que han ido evolucionando a gestoras de dólares en lugar de promotoras de cambio y en las que gente enquistada mira cómo sobrevivir, más preocupadas en ocasiones de vender utopías que de luchar por ellas.

Pero este enfoque que busca separar nítidamente las responsabilidades y ámbitos de actuación de las organizaciones comunitarias y las ONGs, que nos parece el más adecuado, no está exento de dificultades :

- Si no se logra separar ONGs de organizaciones de base y movimientos sociales y no se busca el interlocutor adecuado para cada cosa puede suceder que buenos movimientos sociales acaben en malas ONGs y el efecto final aún sea peor.
- Entre las organizaciones populares y los movimientos sociales pueden darse problemas de representatividad (veíamos más arriba el ejemplo de las organizaciones mapuches). Es necesario no

tener una falsa visión de la comunidad como un todo homogéneo: dentro de cada colectividad hay relaciones de poder, formas democráticas y no democráticas de gestión del mismo y grupos de intereses y no es fácil conseguir no acabar trabajando simplemente con quien tiene unas mejores relaciones públicas o un mejor acceso a los grupos de solidaridad.

Carme Guillén, psiquiatra con 10 años de trabajo en Haití explicaba en una ocasión que en su opinión era impensable ningún tipo de actuación individual o grupal en este país sin acompañarlo de alguna prescripción de medicación y que las mejorías en los síntomas 'post-traumáticos' de ex presos y personas torturadas eran espectaculares se prescribiera neurolépticos a muy bajas dosis, benzodiacepinas o analgésicos generales, porque la mejoría no estaba en relación con las propiedades químicas del producto sino con el gran valor simbólico que ésta tenía en una sociedad con una gran carencia de recursos sanitarios. En la misma línea en la evaluación que se hace del programa psicosocial con víctimas de tortura en Malawi (Peltzer 1996, pp 107) el 70% de las personas atendidas consideran que su mejoría se debió esencialmente a la medicación que se les prescribió y se valora poco las sesiones de aconsejamiento y psicoterapia. Es decir, se requiere de la suficiente flexibilidad y apertura como para integrar las concepciones y demandas de unos y otros sin querer imponer modelos pre-diseñados.

El dilema de trabajar con promotores. Los últimos veinte años han supuesto la expansión de los modelos de trabajo basados en promotores de salud. Las primeras experiencias en China (*barefoot psychiatrists*) en los años cincuenta y las experiencias posteriores en los setenta y ochenta en Africa (Mozambique, Angola, Tanzania, Mali) y América (Méjico, Guatemala, Nicaragua, Brasil...), llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a recomendar el trabajo con promotores como una de las estrategias básicas para el objetivo de Salud para Todos para el año 2000. La OMS y sus diferentes seccionales han editado manuales y muchos gobiernos incorporaron esta figura en sus programas de capacitación. Las ONGs vieron también en los promotores la posibilidad de conseguir un efecto multiplicador de sus intervenciones, siempre por fuerza limitadas. Algunas financieras favorecen, de modo específico, aquellos programas que tengan como objetivo programas de capacitación y en especial el trabajo con promotores.

Existen numerosos ejemplos de la trascendencia del modelo de promotores en el trabajo en salud mental y derechos humanos (ASECSA en Guatemala, ACISAM en El Salvador y muchas otras organizaciones dan muestra de ello), y en algunos lugares ni siquiera es un dilema porque no hay donde elegir, pero ello no ha de impedir reflexionar sobre los peligros, las limitaciones y las situaciones de abuso que se pueden dar. Tras la muerte de Ignacio Martín-Baró a manos de militares algunos de sus alumnos en la Universidad Centroamericana intentaron seguir su trabajo y crearon una ONG : ECPROCSAM (Escuela de Promoción y Capacitación en Salud Mental). Con fondos canadienses su objetivo central era la capacitación de promotores para atender a las víctimas de la guerra, desmovilizados y lisiados. ECPROSAM recibía gente de todo el país que, dada la gran cantidad de recursos disponibles, recibían apoyo para transporte y viáticos para acudir a las capacitaciones. Tras tres años de trabajo se había *capacitado* a más de mil promotores. Se capacitaba y capacitaba y capacitaba sin cuestionarse para qué se estaba capacitando, en qué estructura se insertarían estos promotores, qué sustentabilidad tendría esta iniciativa etc. Los cada vez más numerosos promotores empezaron a exigir del Ministerio de Salud que les reconociera una titulación y que los incorporara como trabajadores del sistema sanitario, a lo que éste se negó alegando que la capacitación no partió de ellos, que no tenían garantías de la formación impartida y que no había capacidad económica para asumirlo ni que fuera con retribuciones simbólicas. Finalmente la financiera canadiense cortó los fondos y EPROCSAM desapareció.

Esta y otras experiencias similares deberían hacer recapacitar respecto al poco sentido que tiene la capacitación de personal si ésta estrategia no forma parte de un proyecto más amplio de futuro. Si no se garantizan las condiciones de sustentabilidad solo tiene sentido la formación de promotores para resolver situaciones de crisis -como en el caso de la formación de promotores en salud mental en las Comunidades de Población en Resistencia (CPR's) en Guatemala¹⁰ - sabiendo que

es una iniciativa necesariamente limitada en el tiempo. Pero es difícil, como algunas organizaciones han pretendido, estirar el modelo hasta pretender construir un sistema de salud mental alternativo^{cc}.

Ser promotor es en general un esfuerzo muy poco reconocido y peor retribuido. La experiencia coincidente de quienes han trabajado durante años con promotores es que suele haber un ciclo de aproximadamente 2-3 años en los que inicialmente el promotor se vuelca con más o menos entusiasmo, para pasar luego a un desempeño cada vez más irregular y finalmente acaba por desaparecer o renunciar, generalmente para poder atender a sus propias obligaciones familiares. Es poco lógico pretender una motivación sostenida de los promotores, con tareas y cargas que nosotros mismos no estaríamos dispuestos a asumir en nuestro propio país. Desde las ONGs se han propuesto diversas ideas alternativas al altruismo radical. Los incentivos económicos suelen fracasar porque ninguna organización puede asumir mantener indefinidamente una nómina de promotores y porque con facilidad se pasa de estar recibiendo un *apoyo* a sentirse explotado por recibir un *salario* mínimo. Se suele optar por pedir a la comunidad que designe a un promotor, firmando con ella un contrato por el que la organización se compromete a capacitar al promotor y a suministrarle insumos (fármacos básicos, fitofármacos, material de papelería...) y ésta, a cambio, se compromete con el promotor a una serie de compensaciones, bien materiales bien de asumir el trabajo en su tierra mientras éste dedica horas al servicio de la colectividad. Este esquema permite, además, que la comunidad sienta al promotor como *suyo* y que de algún modo le exija que cumpla responsablemente su parte y abre la vía a formas de gestión colectiva en base a fondos evolutivos. El problema es que donde la comunidad no está muy organizada, no puede garantizarse que cumplirá con su parte. En la medida de lo posible la sustentabilidad pasaría también por implicar a las instancias públicas allí donde no sean parte del esquema de la violencia.

El poder del dinero. F.M. Mburu¹¹, decía en su análisis de las ONGs del Norte que trabajan en Sudán : *‘La ayuda al Tercer Mundo está basada en la premisa de que el Occidente tiene tanto el capital como la formación para ayudar. Como corolario, aquellos que tienen los recursos para dar ‘deben planificar y ejecutar la transferencia’. En consecuencia los donantes, por muy lejos que estén de las realidades culturales y de las aspiraciones de los pretendidos beneficiarios, controlan el proceso a través de sus expertos. Si el país receptor desea recibir ayuda, debe responder positivamente, aceptando los términos y las condiciones, incluso cuando éstos no están explícitamente definidas’.*

Este proceso que Mburu denuncia constituye, en el campo de la salud mental y los derechos humanos, un tema de especial gravedad. Tal y como comentábamos en el capítulo introductorio de este libro tal vez la principal red mundial de centros de atención a víctimas de violaciones a los Derechos Humanos es la agrupada alrededor del IRCT. El IRCT convoca a seminarios de formación en aquellos países en los que desea instalarse trayendo a personal de sus diferentes centros en países cercanos para que expliquen sus modelos de funcionamiento. Tanto expositores como asistentes reciben desorbitadas compensaciones económicas por asistir (del orden de pasaje más 1000 dólares por expositor y pasaje más 100 dólares por asistente). Para el centro finalmente escogido como contraparte del IRCT en el país se acaban (durante un tiempo) los problemas económicos a cambio de adoptar el modelo de la casa madre y seguir fielmente los manuales daneses. Puede afirmarse que trabajan y actúan como una multinacional del trauma. En los países de América Latina donde el trabajo en Salud Mental y Derechos Humanos se ha levantado a base de precariedad, recursos muy escasos, voluntariedad y militancia, el IRCT puede fácilmente cambiar a personas e instituciones e implantar su modelo que –bueno o malo, no es el lugar de discutirlo- tiene sus bases en la atención clínica individualizada de las secuelas físicas y psiquiátricas del trauma, lo que, al menos en América Latina choca frontalmente con los planteamientos locales. El IRCT es hoy en día un *lobby* de poder en el campo de la atención a víctimas de violaciones a los derechos humanos. Su grado de implantación es variable. Mientras en Argentina el EATIP es el centro de referencia obligado, en Chile, El Salvador u Honduras el papel de los centros del IRCT ha sido mucho menor y se han convertido en centros clínicos para la referencia de casos especialmente complicados de terapia individual. Su trabajo podría ser positivo –todas las ayudas son pocas - si en ocasiones no hubiera tanto empeño en difundir su modelo y si no se invirtiera en ello cantidades excepcionales de dinero en

^{cc} De todos modos el trabajo comunitario no es siempre trabajar con promotores específicos, como si fueran, en este caso, psicólogos en pequeño, sino trabajar con agentes de la comunidad que tengan una función mediadora.

un sector de por sí paupérrimo, recursos que podrían invertirse en reforzar acciones más amplias diseñadas desde las organizaciones y los profesionales locales en base a un diálogo compartido. El último seminario internacional de formación realizado en Guatemala, donde el IRCT está intentando abrir en la actualidad un centro, reflejó por esta causa un enfrentamiento directo con el equipo de salud mental de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado, co-organizadora del evento.

El papel del experto. La difusión del trabajo con promotores y la propia estructura de trabajo de las ONGs con las dificultades para encontrar personas calificadas dispuestas a comprometerse durante períodos largos de tiempo llevó en muchos lugares aparejada la aparición de la figura del experto : el especialista que, vinculado a una determinada organización, tiene como función *dar cursos, talleres* o realizar *intervenciones*. El elemento positivo que todo el mundo espera y que siempre tiene tiempo para hacer viajes relámpago. En el campo de la salud mental el papel del *experto* es importante por cuanto se trata de un terreno en constante cambio y contraste y en el que las cosas no siempre coinciden con lo que el sentido común recomienda. Pero es a la vez complicado por cuanto :

1. De todas las ramas de la salud, es aquella en la que las etnoconcepciones médicas tienen un papel más relevante. Es imposible en unos pocos días introducirse en los elementos sutiles de la cultura y ser capaz de conjugar la experiencia local con la de otros lugares sin caer en la traslación de las nosologías y técnicas euroamericanas. Las técnicas cognitivo-conductuales son, por ejemplo, insensatas en contextos con una medicina de base simbólica y una expresión no verbal de emociones y sentimientos.

2. Las intervenciones terapéuticas requieren de un tiempo de seguimiento. Un aspecto especialmente polémico de las intervenciones terapéuticas breves son las denominadas actuaciones de *debriefing*. El *debriefing* es una técnica de origen cognitivo aplicada en contextos de guerra y catástrofe colectiva. Se postula que hablar de lo ocurrido en grupo de modo intenso en la semana siguiente a la vivencia disminuye las secuelas psicológicas a largo término. Esta y otras formas de terapia breve grupal encierran un gran potencial iatrógeno. El experto llega, el grupo se convoca y con la gran tensión acumulada se llega con facilidad a una situación de gran intensidad emocional en la que se remueven vivencias extraordinariamente dolorosas. Las reuniones duran unos días tras las que el experto se retira satisfecho. La experiencia ha sido intensa y desgarradora, los participantes han ventilado gran parte de su dolor y parecen sentirse mejor. Este tipo de intervenciones *heroicas* no suelen evaluarse. Por desgracia lo que se ha hecho muchas veces es desmontar las barreras protectoras de los participantes, sus mecanismos de negación y disociación que les permitían sobrellevar la situación y dejarles con las heridas abiertas provocando una reactivación de síntomas como consecuencia de una retraumatización secundaria y de un seguimiento insuficiente en el tiempo^{dd}. Las experiencias de catársis intensas resultan especialmente inadecuadas en culturas con expresión somática de emociones o en los que la supresión y la negación han sido las formas de defensa más usadas.

En estos contextos parece más adecuado, aprendiendo de lo que hacen los terapeutas y sanadores tradicionales, poner el foco en mantener la armonía de las relaciones familiares y sociales dentro de la familia y la comunidad. Hablar, por ejemplo, de la tortura o las desapariciones desde la perspectiva de la ruptura social y familiar que provoca.

En nuestra opinión, el *experto* es una pieza clave, pero su presencia debería asociarse a :
- Tener un compromiso de tiempo estable que le permita introducirse suficientemente en la cultura y garantizar la continuidad y el seguimiento de las acciones emprendidas. Si no puede permanecer

^{dd} Yanette Bautista, presidenta de FEDEFAM, describía así un taller para familiares de Detenidos-Desaparecidos realizado en Bogotá por un psiquiatra consultor : 'La única experiencia en salud mental fue un taller que le pedimos a una organización. Ese taller fué horrible. Nos quebró a todas. El psiquiatra nos explicaba cuales eran los síntomas de la traumatización en los familiares. Toda una clase bien interesante por otra parte. Cuando acabó todas nos quedamos calladas. Eramos nosotras. ¡Eso que contaba eramos nosotras!. El se fué orgulloso. Nosotras nos quedamos llorando, avergonzadas, con culpa.... Nunca más quisimos nada con ellos". Otra persona de la misma organización señalaba : 'A las compañeras de LAS MINGAS les pasó algo parecido. Tuvieron una vez un taller con un psicólogo suizo. Estuvieron todo el día en ese taller. Después ese hombre se fué para su país y muchas de ellas no sabían qué hacer con todo ese dolor que tenían escondido y que ahora se lo habían puesto encima de la mesa'.

durante un largo período en la zona, deberían ser varios períodos cortos a lo largo del año, debiendo planificar una intervención gradual acorde a este tipo de condiciones..

- Debería intentarse la presencia de al menos un *experto* local y el trabajo en equipo con él para asegurar una potenciación en base a las experiencias (local/internacional) de ámbos y una transferencia de conocimientos que garantice la continuidad.
- Establecer los diálogos de intercambio con los profesionales locales basados en un respeto mutuo y sincero.

Programas con personal del norte o del sur. Al internacionalista en terminología de cooperación se le denomina 'expatriado'. Su figura es, en sí misma, controvertida. Estos son algunos de los elementos del debate :

- El personal expatriado representa puestos de trabajo de personas del Norte en el Sur en lugar de puestos de trabajo para la gente del Sur, donde las oportunidades para la gente cualificada son menores.
- El personal expatriado dispara los presupuestos porque sus salarios son del Norte, y tienen gastos asociados importantes (el principal, la cotización al sistema de seguridad social de su país de origen). Por ello, el costo medio de una persona expatriada es aproximadamente el doble del de un trabajador local.
- Invertir buena parte del dinero en pagar personal expatriado supone de algún modo un engaño en la asignación de recursos porque se trata de fondos que en realidad no salen del país del Norte o, si salen, vuelven rápidamente.

Pero :

- La ausencia de cooperantes convierte a la organización del Norte en poco más que una entidad financiera (un *donador*), desvirtuando gran parte de su razón de ser.
- La experiencia muestra que sin una presencia constante in-situ es imposible que se establezcan los vínculos de diálogo y mutua confianza que permitan hacer un auténtico trabajo de cooperación. Es imposible trabajar a distancia de una manera correcta.

En suma, creo que para el trabajo se requiere una combinación de personas locales y externas, buscando métodos para que haya el mínimo número posible de personas contratadas de las ONGs del Norte, y que los que se requieran no signifiquen en todo caso la mayor parte del monto económico del proyecto y procurando que sus condiciones laborales, con ser correctas, requieran sin embargo de una cuota de esfuerzo que evite que la solidaridad en lugar de ser una opción personal de trabajo con otros pueblos, sea una simple salida a un problema personal de desempleo.

Laing¹² lo expresa en términos técnicos : *'El rol de los expatriados es muy controvertido. ¿Qué deben hacer?. La respuesta es sencilla : aportar unos conocimientos de los que no se dispone en el país. Pero la respuesta no es tan simple. Con frecuencia sí que están disponibles, pero están concentrados en el sector privado en las ciudades, especialmente en el caso de los médicos. El tema que no debe olvidarse es que los expatriados tienen un papel mucho más importante que el de la transferencia de conocimientos : el ejemplo con su actitud. Los expatriados que están profundamente implicados en su trabajo y dispuestos a vivir y a trabajar por esos ideales tienen un poderoso efecto sobre el desarrollo. Algunos voluntarios inexpertos de nuestra agencia (...) dispuestos a vivir y trabajar en áreas rurales para reconstruir el país tenían un efecto extraordinario sobre los jóvenes mozambiqueños retornados. El hecho de que aquellas personas blancas de países escandinavos vivieran y trabajaran como iguales tenía un valor inigualable a la hora de cambiar los estereotipos raciales. Por eso creo que es esencial en la selección de la persona considerar sus actitudes básicas en política, respecto al desarrollo y cómo conseguirlo y respecto a la gente con la que va a trabajar..'*

Actitudes de dependencia. Es uno de los temas más repetidamente señalados y que conviene recordar también aquí. Karl Peltzer¹³ habla , por ejemplo, de este problema refiriéndose a la actitud

de los refugiados atendidos en un centro especial de carácter psicosocial en Uganda. A pesar de que con el paso de los años el nivel general de atención había ido mejorando tanto en cuanto asistencia como en salud o educación la impresión generalizada entre los refugiados era que cada vez estaban peor en cuanto a *servicios*. Algo parecido se observaba en los campos de refugiados guatemaltecos en Quintana Roo (Méjico). La Comisión Mejicana de Ayuda al Refugiado (COMAR) empezó inicialmente subvencionando infraestructura y alimentos. Se desarrolló un programa de alfabetización y se dió apoyo económico a los alfabetizadores. Estos, al cabo de los meses y en el contexto de unas relaciones difíciles con la COMAR por otros múltiples problemas, ya no entendían el apoyo económico como un logro, sino como una explotación y reivindicaban contratos de trabajo y salarios. Finalmente la COMAR, con el paso de los años, suspendió la mayoría de sus programas -en parte dentro de su política de presionar a los refugiados para que retornaran a su país de origen - generando tensiones con ellos. El tema era especialmente grave y delicado por cuanto los *ejidos* mejicanos de las zonas circundantes vivían en condiciones deplorables, sin agua, letrinas, atención sanitaria o educación. Frente a ellos, los refugiados guatemaltecos tenían condiciones envidiables.

En Chile la mayor parte de la atención en salud mental a las víctimas de la represión se realizó en grandes centros de tratamiento creados con apoyo logístico y económico internacional y radicados en su práctica totalidad en Santiago. El CINTRAS, el ILAS o el CODEPU fueron centros que llegaron a tener importantes plantillas de personal y recursos, con áreas de investigación, de capacitación, de atención clínica. Tras el plebiscito de 1989 y el inicio del período de la Concertación se producen recortes presupuestarios que llevan a la crisis de estas instituciones. El caso del CINTRAS es quizás el más revelador porque la crisis empieza desde el mismo momento en que el IRCT recorta la asignación de fondos : "*Entre 1990 y 1993 el gobierno de Dinamarca a través de DANIDA le otorgó al CINTRAS una importante subvención que le permitió acoger a una mayor cantidad de pacientes y ampliar su trabajo. (...). Al concluir este financiamiento que DANIDA no otorga nunca por más de tres años, el proyecto CINTRAS tuvo que ser reducido drásticamente, ya que a pesar de todos los esfuerzos desplegados tanto por nuestro centro como por representantes del gobierno danés, no fue posible lograr un financiamiento*". (op cit. pp 4-5).

ACNUR definía en 1991 cinco líneas-guía prioritarias en toda actuación con refugiados : atender a las necesidades sociodemográficas, prioridades étnicas, evitar la dependencia, priorizar grupos vulnerables o de riesgo y promover grupos de auto-apoyo¹⁴, mostrando que consideraba este tema como uno de los aspectos fundamentales de reflexión en la agenda futura.

Ningún análisis de este tema sería justo sin reconocer finalmente que no hay actitudes de dependencia sin (1) ONGs del norte que las crean por una mala gestión de recursos o por duplicación de trabajo con otras ONGs^{ee}; (2) situaciones de miseria y desesperanza que las provocan.

Intereses no siempre coincidentes. Peltzer (op cit. pp 27-29) analizando las expectativas de funcionamiento de un centro de atención a gente torturada en Malawi observa marcadas diferencias entre las personas europeas que llegan periódicamente a controlar el proyecto o que trabajan supervisándolo y los profesionales locales de Malawi. :

Supervisores del Norte

Personal local del Sur

^{ee} Recuerdo especialmente el caso de la Cooperativa La Tangolona en el Departamento de San Marcos en El Salvador, que agrupaba a unas 2500 personas. Ante una demanda de construcción de letrinas el PNUD hizo una visita a la zona. Encontró restos rotos de letrinas de diferentes proyectos a lo largo de los últimos diez años (sucesivamente austriacos, alemanes y canadienses). Este tipo de situaciones, fruto de la falta de coordinación (cuando no competición) entre las ONGs que trabajan en una zona son ya cada vez más raras.

- . Esperan del personal local iniciativa, objetivos, funcionamiento.
- . Esperan un compromiso personal con el programa
- . Desean una transferencia progresiva de responsabilidad.
- . Todos los trabajadores son iguales-
- . Consideran que la investigación debe ser un elemento esencial del Centro
- . El trabajo es muy importante como fuente de realización personal.
- . Las decisiones debían ser tomadas por consenso en asamblea.
- . Esperan guías de trabajo a seguir.
- . Esperan comprensión hacía sus circunstancias personales y familiares.
- . No les motivan mayores cuotas de responsabilidad, sino sistemas de refuerzo-sanción.
- . El origen social es distinto. Existen castas y status que deben respetarse.
- . No se realiza investigación sin la supervisión cercana del Director.
- . Para una parte importante de los trabajadores locales el centro es una forma de ganarse la vida con buenas condiciones laborales.
- . Estas eran después cambiadas por una persona que consultaba a un pequeño grupo de personas cercanas.

El desencuentro, de clara base cultural, es manifiesto. Por una parte las relaciones de poder, las formas de toma de decisión, y los objetivos colectivos y personales a cumplir son distintos desde el enfoque europeo y el africano. Por otro hay culturas organizativas distintas. Y por último ciertos patrones de relación desde el sur con una ONG del norte y viceversa que a veces es muy difícil romper. Todo esto puede llevar fácilmente a la irritación de unos y otros y a actitudes de mútuo rechazo. La psicología social ha estudiado estos aspectos a través del análisis de las dimensiones Individualismo versus Colectivismo, Alta y baja Cercanía al Poder, Estilos de Expresión emocional y Deseabilidad Social en los que no podemos entrar aquí, pero desde donde puede ampliarse estas reflexiones.

Aspectos éticos. Cada vez existe una mayor preocupación desde las organizaciones no gubernamentales e intergubernamentales del norte por los aspectos de ética médica ligados a las intervenciones en salud mental. La OMS creó en 1996 un grupo de expertos que elaborara un documento de consenso.

Entre los aspectos más importantes a tener en cuenta está el del **Consentimiento Informado**. El comité de expertos plantea el tema en su estricta literalidad, lo que resulta poco sensato, pero la idea que subyace es muy relevante y debería recibir una mayor consideración. Los refugiados, las víctimas de violencia o tortura puede estar en una especial situación de indefensión (por cuestiones de idioma o de comprensión cultural) o de desigualdad (por la autoridad moral de que se reviste la figura del *experto*) frente al terapeuta que le puede hacer sentirse obligado a aceptar tratamientos psicológicos o psiquiátricos que en otras condiciones rechazarían. Eth¹⁵ pone el ejemplo de la imposición de tratamiento farmacológico en refugiados de origen asiático con creencias religiosas relacionadas con el karma y la aceptación del destino ante las desgracias. En este sentido ella preconiza que se debe ser especialmente cuidadoso con buscar una imposición moral, considerando que es *en bien* de la persona. Ella recomienda trabajar el vínculo terapéutico, hablando de los problemas cotidianos y de la situación como refugiado hasta que, de ser imprescindible la medicación por la gravedad de los síntomas, la persona pueda, al cabo del tiempo, aceptar que esos síntomas (depresivos, paranoides...) no son necesariamente parte del destino sino que pueden entenderse también como una respuesta sintomática a una situación de estrés que puede beneficiarse de tratamiento del mismo modo que cualquier otro síntoma molesto.

A mediados de 1994 8 agencias no gubernamentales de tipo humanitario (entre las que estaba el Comité Internacional de la Cruz Roja prepararon y publicaron un Código de Conducta¹⁶ que representa un intento saludable para resumir y llegar a un consenso en esta materia. Desde su publicación otras 19 agencias se han adherido a él. Los postulados básicos se resumen en la siguiente tabla:

Código de conducta para ONGs en situación de conflicto propuesto por Cruz Roja Internacional.

- El imperativo humanitario debe estar en primer lugar.
- La ayuda debe darse independientemente de criterios de raza, creencia o nacionalidad de los receptores y sin discriminaciones negativas de ningún tipo. Las prioridades se marcarán exclusivamente en función de las necesidades.
- La ayuda no será usada para apoyar a ninguna opción política o religiosa determinada.
- Manifestamos nuestro empeño de no actuar como instrumentos de las políticas de gobiernos foráneos.
- Manifestamos nuestra voluntad de respetar la cultura y la tradición.
- Intentaremos construir la respuesta al desastre partiendo de los recursos locales.
- Deben encontrarse las vías para involucrar a los beneficiarios del programa en el manejo de la ayuda humanitaria.
- La ayuda debe estar dirigida a disminuir futuras vulnerabilidades ante situaciones de catástrofe tanto como a cubrir las necesidades básicas.
- Nuestro trabajo debe ser auditable tanto por aquellos que buscan nuestra ayuda como por aquellos de quienes recibimos recursos.
- En nuestra información, publicidad y actividades de difusión se deben reconocer a las víctimas de las catástrofes como seres humanos dignos y no como objetos desesperanzados.

Este y otros documentos similares irán seguramente apareciendo en los próximos años. Se trata de un esfuerzo autoregulatorio paralelo al que cada vez más gobiernos están realizando creando leyes que regularicen, controlen y pongan límites al actuar de las ONGs del norte en sus países. Para algunos de los más connotados teóricos de la cooperación es imprescindible apoyar este tipo de legislaciones¹⁷, mientras que quienes trabajan en sectores comprometidos, especialmente en el campo de los derechos humanos ven en ellas una amenaza a su independencia y su trabajo y se niegan a apoyarlas.

Resumen y Conclusiones.

Las ONGs surgen en los años sesenta a partir de las iglesias o de grupos filantrópicos de interés. En los setenta y ochenta con el decaimiento del movimiento internacionalista hay una reconversión de parte de este sector social al mundo de las ONGs. Esto coincide con el aumento de la canalización de fondos desde los gobiernos en detrimento de las ayudas bilaterales o multilaterales. El movimiento 0.7% dio el empujón definitivo, en los noventa, para convertir a las ONGs en una institución social en el sentido sociológico del término.

El movimiento internacionalista ha entrado en crisis desbordado por la caducidad de algunos de los modelos políticos en los que asentaba. Pero es necesario recordar que conllevaba unos valores éticos y un nivel de compromiso personal integral que van más allá de lo que el marco actual de las ONGs y el concepto de *voluntariado* suelen significar.

Además del énfasis en la *profesionalización* de la solidaridad, se ha producido una reformulación de estrategias, adquiriendo mayor relevancia movimientos como el de derechos humanos que teniendo una alta aceptación social, se enfrentan al reto de no conformarse con análisis simplistas que desproveen a los hechos de su contexto.

A nivel global el modelo de trabajo basado en las ONGs presenta algunas ventajas y carencias respecto a anteriores formas de expresión de la solidaridad. Entre las primeras está aportar un monto muy superior de recursos económicos, hacerlo de una manera más objetiva y equitativa y garantizando un mejor aprovechamiento y sustentabilidad de las iniciativas para conseguir un objetivo final de desarrollo. Entre las segundas la falta de independencia de la mayoría de las ONGs del norte

respecto a sus instituciones públicas, el efecto de perversión de las dinámicas internas de funcionamiento de las ONGs del sur, de descabezamiento de organizaciones y cooptación de líderes y de pérdida de su independencia y voz crítica, la rigidez burocrática del funcionamiento y el frecuente sometimiento a formas etnocentradas de desarrollo. Todo ello hace que, aún reconociendo el esfuerzo de las ONGs del norte, en especial en el apoyo a procesos estratégicos de cambio, se alcen voces desde el sur que ven en algunas de ellas instrumentos contemporáneos de colonización. De esta acusación tampoco puede librarse, en muchos sentidos, el internacionalismo *naïf* de los sesenta y setenta que era profundamente etnocéntrico con un discurso basado en el modelo teórico de la crisis industrial europea, muy lejano de la realidad local. En iniciativas locales o estatales en África o Asia se cayó con demasiada frecuencia en mimetizar de modo acrítico modelos externos de funcionamiento de *izquierdas*. No conviene, en este sentido, mitificar lo *popular*, olvidando la heterogeneidad que existe en todas las sociedades, ni caer en el *culturalismo radical* negando el carácter dialéctico de la realidad social.

Volviendo, para concluir, a la cuestión que planteábamos al inicio : ¿Son las ONGs el vehículo idóneo de la solidaridad?. La respuesta, en mi opinión, circularía por estos argumentos:

- a) Si bien en muchos sentidos representan nuevos caminos para la superación de viejos esquemas, otros esquemas *nuevos* que proponen (la empresarización de la solidaridad) son en realidad bastante viejos. Y despiertan honestos recelos.
- b) Las dudas sobre su trabajo –las más significativas las hemos intentado recoger en esta aportación – son de suficiente magnitud como para mantener una actitud impregnada de sano escepticismo.
- c) Desde el punto de vista social las ONGs, vista la progresiva tecnificación, profesionalización y control desde grupos de interés, no deberían ser la alternativa a los movimientos sociales de solidaridad. El problema de las ONGs de cooperación internacional es que se están consolidando en un rol de *gestores de la solidaridad* y deberían tener la suficiente honestidad para respetar el campo del movimiento asociativo independiente. Muchos nos tememos que si las ONGs siguen avanzando en su camino de monopolizar y canalizar la solidaridad ciudadana van a acabar burocratizándola y despolitizándola para convertirla de elemento de reivindicación y cambio en apéndice utilitario para la consecución de más fondos y el apoyo a las campañas diseñadas desde las estructuras funcionariales de las ONG. En este sentido hay que saludar positivamente a aquellas ONGs que intentan a cualquier precio mantener vivo el movimiento asociativo en su interior y que procuran combinar el accionar social con la reivindicación política.

Desde un punto de vista afectivo la cabeza indica que las ONGs son, en la actual coyuntura, necesarias y hasta imprescindibles, representan un avance, una coordinación ordenada de esfuerzos, una racionalización de empeños. Pero hay demasiadas dudas, demasiada empresarización, demasiada institución social para quien crea que la solidaridad es un valor entre personas y no entre instituciones. Diga lo que diga la sociología, uno se reconoce, en última instancia, en sus manos y en su cabeza, y en las del vecino. El corazón sigue estando en la solidaridad gratuita, en el compromiso personal. En recuperar la dimensión ética de lo que fue el internacionalismo con una óptica más crítica con quien lo ejerce y más crítica hacia quien se dirige.

No sé si cabeza y corazón pueden fundirse y trabajar desde organizaciones que ni tras los grandes conceptos pierdan lo humano, ni que perdidas en lo humano se olviden del contexto, organizaciones que no pierdan la espontaneidad, el pluralismo, la independencia y la voluntad de ser, en el norte y en sur, auténticos instrumentos de cambio social. Nuevos internacionalistas -no quiero renunciar a la palabra, aunque provoque gestos de fastidio y suficiencia, mientras el capital siga siendo más transnacional que nunca- que hayan sabido aprender de los errores e intenten ser solidarios pero con un trabajo profesional, con seriedad y con rigor. Gentes que puedan caminar manteniendo un horizonte de utopías y no sean gestores de *ayuda humanitaria*.

Las ONGs, en definitiva, ofrecen un marco de trabajo. Pero no hay que confundir el fin con los medios. Vale la pena apostar por ellas y trabajar por superar las contradicciones buscando nuevos y mejores caminos, pero conservando la perspectiva de conjunto que permita saber dónde están los límites.

Sólo así puede evitarse el acabar siendo fagocitado por estos simpáticos monstruos de aspecto pacífico y bonachón.

Agradecimientos. Debo agradecer a Carlos Martín Beristain, Xavier Palau y Javier Malagón sus lecturas y aportaciones.

Bibliografía

- ¹.Orwell G. Homenatge a Catalunya. Un testimoni sobre la revolució espanyola. Col. Hores de Catalunya. Edicions Ariel. Barcelona. 1969.
- ². Castaneda JG. La Utopía Desarmada. Intrigas, dilemas y promesas de la izquierda en América Latina. Editorial Ariel. Barcelona. 1995.
- ³ Jones L. The peace movement's moral failure in Bosnia. *Peace & Democracy* (1993) 23:25-28.
- ⁴ Petras J. América Latina : las perspectivas de liberación y el ambiguo legado. *Realitat.* (1996) 15: 12-20.
- ⁵ Mburu FM. Non-government organizations in the health field : collaboration, integration and contrasting aims in Africa. *Soc. Sci. Med* (1989) 29:5 591-7.
- ⁶Friedman M, Jaranson J. The applicability of the Post-Traumatic Stress Disorder Concept to Refugees. En Marsella AJ et al. *Amidst peril and pain.* American Psychological Association. 1994.
- ⁷Jones L. The question of political neutrality when doing psychosocial work with survivors of organised violence. Paper presented at the International Conference on the Psychosocial Response to Trauma. Sarajevo. Marzo 1996.
- ⁸Allodi F. Assessment and treatment of torture victims : a critical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* (1991) 179:4-11.
- ⁹Ruy-Pérez S., Madariaga C. Centro de Investigación y Tratamiento del Estrés (CINTRAS) : Proyecto de Trabajo 1995. Atención Psicoterapéutica para ex-presos políticos, familiares de detenidos-desaparecidos y ejecutados políticos y retornados del exilio. (mimeo).
- ¹⁰Martin-Beristain C, Riera F. *Afirmación y Resistencia.* Ed. Virus. 1993.
- ¹¹. Mburu FM Op. Cit.
- ¹² Laing R. The role of voluntary agencies in development : a recipient's perspective. *RPN* (1995) 19 : 20-21
- ¹³UNHCR. *Social services in Refugee Emergencies.* UNHCR. Ginebra. 1991.
- ¹⁴Eth S. Ethical challenges in the treatment of traumatized refugees. *Journal of Traumatic Stress* (1992) 5:1 103-110.
- ¹⁵ Bennet J. The NGO Code of Conduct : NGO obligations towards governments. *RPN.* (1995) 19: 13-25.
- ¹⁶ Adiin Yaansah E, Harrell-Bond B. Regulating the non-governmental sector:the dilemma. *RPN* (1995) 18-26

Discusión.

Judith : Quisiera hablar del problema del dinero para pagarle a los profesionales locales. Estos son países con grandes injusticias económicas y creo que sería muy difícil que estos profesionales fueran empleados por su propio gobierno. Así que creo que deberíamos pagarle, ya que por una parte contribuimos a paliar la injusticia económica y por otro lado dignificamos la labor de estas personas. Claro que no solo es ir con dinero sino que deberíamos trabajar juntos, con ellos, dirigiéndonos al gobierno local para crear presión sobre el problema de la salud mental.

Pau: Lo que ocurre es que hablamos de cosas distintas. Una cosa es el tema de los profesionales cualificados. En ese caso efectivamente es lógica una remuneración. No es tan lógica cuando ésta es de tal magnitud que secuestra profesionales al sector público del país. Otro tema distinto es el de los promotores de salud. El problema ahí es muy distinto : ¿Cómo se garantiza la sustentabilidad cuando la ONG de por finalizada su intervención?. ¿Qué diferencia hay entre apoyo económico y salario?. ¿Qué parte queda al *aporte local* en programas que son de desarrollo comunitario?. Es fácil llegar y pagar, pero hay que pensar en las consecuencias a medio y largo término de introducir nuevos factores de intercambio social que tal vez son ajenos y que desde luego van a ser difícilmente sustentables.

Judith: El problema en mi opinión no está en pagarle o no a los promotores locales, sino en que se crea un problema mayor de injusticia económica el cual muchas ONG no lo tienen en consideración.

Isabel: Existe un discurso de muchas ONG que implica la autosuficiencia de las comunidades lo que tiene como contrapartida el desmantelamiento del estado. Las comunidades se van haciendo cargo de la construcción de carreteras, servicios de seguridad, o la formación de servicios de salud locales lo cual va en detrimento de los servicios de salud del estado. Se debería ser autónomo en lugar de autosuficiente sin dejar de lado los procesos de las comunidades.

Pau : Seamos realistas. En la mayoría de los lugares en los que se trabaja el estado no llega ni llegará. Una vía es la reivindicación y debe hacerse. Pero es más práctico, por de pronto, ponerse manos a la obra. Cuando el estado tiene recursos ya suele preocuparse de controlar las iniciativas locales.

Lynne: Creo que tienes una visión romántica de la solidaridad. Cuando en Inglaterra me preguntaban que hacía yo en Sarajevo, yo les contestaba estar allí y donar mi sueldo para los médicos y enfermeras locales que trabajaban sin recibir ningún salario a cambio. En este caso lo que ellos necesitaban era dinero y no la cabeza y las manos como tú románticamente ofrecías. Ellos ya tienen conocimiento. Los movimientos anti imperialistas en esos países lo que tienen que mandar es dinero y no gente que no necesitan. Un acto mas solidario es decirle a tu gobierno que deje de venderles armas para la guerra.

Pau: Yo he criticado el modelo actual y considero que debe evolucionar. El hecho de que en algunos sitios lo que necesiten es dinero estamos de acuerdo, pero en este caso estamos hablando de opciones personales. En mi caso que no tengo dinero pero se hacer de psiquiatra, es lo que mejor puedo aportar. El que tenga dinero que lo de, o el que sepa conseguir dinero que lo consiga. Si tu lo tienes, adelante : es fantástico. Por otro lado lamento discrepar también con tu otra idea : no sé cual era la situación en Bosnia, porque nunca he estado, pero, desde luego, en los países en los que he colaborado no había profesionales locales. En Nicaragua o Haití durante los años de conflicto había menos de diez psiquiatras en todo el país. En Colombia, Perú o Méjico puede que haya más pero, desde luego, o cómodamente instalados en sus consultas privadas o con situaciones personales de amenazas y peligro que les impedían desarrollar plenamente su trabajo. Sigo defendiendo el derecho y la necesidad de ser seres humanos solidarios aportando tus manos y tu cabeza.

Mollica: Esto no es una pregunta, sino una pequeña reflexión sobre el problema de las relaciones de poder y jerarquía como pueden ser la relación médico-paciente, trabajadores sociales-cliente, etc. Mi cuestionamiento es una reflexión crítica sobre el control que se ejerce en las personas a las que se está ayudando. En los Estados Unidos esta relación suele estar determinada por cuestiones raciales. Allí siempre hablamos de personas blancas que ayudan a personas negras pero esta discurso no se da dentro de España y Europa. Pero ¿no sucederá algo parecido cuando se hacen intervenciones en Latinoamérica y lugares así viniendo desde España?.

Gerardo: El mundo de las ONG es muy intenso y extenso. Es importante ser crítico con las intervenciones y la posición política que se tenga. Tengo que recordar que muchas organizaciones de base del sur funcionamos como ONG. Al ser tantas estas formas de intervención de las ONG es necesario poseer una metodología de intervención y trabajar constantemente sobre ella.

Parte IV

Otras aportaciones

Fernando Chacón.

El voluntariado en los programas de intervención psicosocial : las repercusiones de la guerra y la violencia sobre su permanencia.

La mayoría de los colaboradores que mantienen y desarrollan programas de intervención psicosocial en situaciones de guerra y violencia organizada, realizan su actividad voluntariamente. También, pueden definirse como voluntarios las personas que colaboran en las ONG de cooperación al desarrollo y ayuda humanitaria en sus países de origen. Sin embargo, como en muchos otros casos, suelen rechazar este calificativo, probablemente por el rechazo que produce la connotación de la palabra *voluntarismo*, y su aparente contraposición con la intervención profesional. De hecho, la mayoría de estos colaboradores realizan su labor en su ámbito profesional, y muy profesionalmente.

Por *voluntariado* la Ley (6/96) entiende el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas sin que exista una relación laboral, funcional, mercantil o cualquier otra retribuida. Francisco Bernardo y Víctor Renes resumen las características comunes de las definiciones del voluntariado: *Sería voluntario el que actúa desinteresadamente, con responsabilidad, sin remuneración económica, en una acción realizada en beneficio de la comunidad, que obedece a un programa de acción, con voluntad de servir; en una actividad solidaria y social, el trabajo voluntario no es una actividad laboral habitual, es una decisión responsable que proviene de un proceso de sensibilización y concienciación, respeta plenamente al individuo o individuos a quienes dirige su actividad y aunque puede trabajar de forma aislada, por lo general actúa en grupo.* (En Calo, 1995, pág. 14).

Pero con independencia de estas definiciones de voluntariado, en Psicología Social las investigaciones sobre este tema se enmarcan dentro de tema del Altruismo y/o Conducta de Ayuda. Este tópico no fue abordado por los científicos sociales hasta mediada la década de los sesenta, y ya entonces la conceptualización de las conductas altruista o de ayuda fue motivo de una fuerte controversia, ya que inevitablemente conlleva plantearse el vidrioso tema de las motivaciones de la conducta de ayuda, y en las que algunos autores optaron por definiciones conductuales (Rushton, 1980), mientras que otros prefirieron definiciones motivacionales (Lambert, 1980; Batson, Duncan, Ackerman, Buckley y Birch, 1981).

No es este el lugar de revisar las definiciones psicosociales de altruismo, que por otra parte han sido motivo de una exhaustiva revisión en otros textos (Chacón, 1985, 1986). Baste decir aquí que optamos por una definición conductual, que incluya algún requisito objetivo que permita a personas o investigadores independientes, excluir en parte, las motivaciones egoístas: *Conducta altruista sería aquella realizada voluntariamente que beneficia a otra/s persona/s, y que, aparentemente, supone más costos que beneficios externos para su autor* (Chacón, 1985, p. 55).

Lógicamente el voluntariado se enmarca perfectamente en esta definición, y de ahí se deduce que, desde un punto de vista psicosocial, una persona puede realizar actividades voluntarias (o cualquier otro tipo de conducta de ayuda) por motivos *egoístas* (p.e.: adquirir conocimientos y práctica sobre un tema), sin que este comportamiento pierda su carácter de altruista. En definitiva, proponemos diferenciar dos niveles de análisis el conductual y el motivacional: una conducta de ayuda puede estar motivada tanto por razones heterocentradas (altruistas), como autocentradas (egoístas), siempre que suponga más costos que recompensas externas para el autor.

Un constructo tradicionalmente estudiado e relación con el abandono del trabajo por parte de los profesionales de la salud es el llamado síndrome de estrés ocupacional o laboral, o síndrome del quemado (Burnout). El síndrome de estrés ocupacional ha sido definido como un estado de agotamiento físico, mental y emocional provocado por el hecho de estar implicado por un período de tiempo prolongado en situaciones de alta demanda emocional. El síndrome suele incluir sentimientos de indefensión y desesperanza, desilusión, autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y los compañeros, etc (Maslach y Jackson, 1982). El burnout presenta una incidencia elevada en aquellas profesiones que implican una relación directa con las personas como profesionales de la salud, policías, profesionales de la enseñanza, etc.

De acuerdo con Maslach y Jackson (1982), el síndrome del estrés laboral tiene tres componentes: Agotamiento de los recursos emocionales, Despersonalización: aparecen actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo, Autoevaluaciones negativas. Entre las características laborales que facilitan la aparición del síndrome del burnout podemos citar:

- La cantidad y el grado de contacto que mantiene con los receptores de los servicios, ya que el tratar con mucha gente incrementa las demandas emocionales.
- Expectativas de éxito y fracaso. Insatisfacción de expectativas, muchas de ellas irreales.
- Control. La ausencia de control sobre el entorno provoca sentimientos de impredecibilidad, lo que repercute en las personas tanto física como emocionalmente.
- Ambigüedad. Los sentimientos de ambigüedad e incertidumbre sobre el rol (información clara sobre la tarea a realizar y evaluación de la actuación realizada)

Así, por ejemplo, Guinan, Mc Callum, Painter y Dykes (1991) recogieron datos de los estresores que afectaban a los voluntarios que prestaban apoyo emocional a enfermos de SIDA, y entre ellos destacaron: Sobrecarga emocional, Problemas del enfermo, Falta de apoyo y Falta de entrenamiento.

Evidentemente, el burn-out no tiene igual incidencia en todos los tipos de voluntariado, como tampoco lo es entre distintas profesiones o entre diferentes puestos de trabajo; pero ya se ha detectado en programas muy diversos.

Estudios sobre la permanencia del voluntariado. En este epígrafe abordaremos aquellas variables que durante la experiencia de voluntariado inciden en el nivel de implicación del voluntario, medida fundamentalmente a través de la permanencia en la organización.

. *Integración y satisfacción.* En los estudios realizados en diferentes áreas (implicación en organizaciones, o actividades de ocio o deportivas) destacan dos conjuntos de variables como predictoras de la implicación: la satisfacción con la actividad y la integración en la organización. ¿Cuáles son las variables que influyen en la satisfacción de los voluntarios? ¿Qué es lo que hace que los voluntarios se sientan satisfechos?. Los investigadores coinciden en señalar que es precisamente la integración en la organización y el sentirse miembros del equipo el factor más importante.

. *Motivaciones.* Junto con la satisfacción y la integración, son las motivaciones la variable que con más frecuencia se relacionan con la permanencia en el voluntariado y en ellos, aparecen una pluralidad de motivos tanto autocentrados como heterocentrados: amistad e interacciones con otras personas (Winniford et al., 1995), motivos internos (Nathanson y Eggleton, 1993), valores altruistas (Clary y Orenstein, 1991), valores y aprender nuevas habilidades (Lammers, 1991).

Para analizar el papel de las motivaciones en el voluntariado se ha aplicado la Teoría Funcional. De acuerdo con Katz (1960, pág. 170), las principales funciones que pueden tener las actitudes para la personalidad, pueden agruparse en cuatro categorías según su base motivacional:

- Función de expresión de valores. Las actitudes pueden servir a un individuo para manifestar cuáles son sus valores y convicciones más importantes, y dar una imagen externa de la concepción que tiene de sí mismo. El beneficio que obtiene la persona es la afirmación de su identidad.
- La función utilitaria, adaptativa o instrumental. Las actitudes pueden servir para adaptarse a importantes situaciones sociales..
- La Función de conocimiento. En palabras de Katz, una persona necesita normas o marcos de referencia para entender su mundo, y las actitudes pueden aportarles estas normas.
- .- Función de defensa del Yo. Algunas actitudes protegen a la persona de aceptar algunos hechos indeseables o amenazantes de su propio yo o la propia autoimagen, y constituyen un medio (mecanismo de defensa) para reducir la ansiedad provocada por esos hechos. De esta forma, determinadas actitudes nos ayudan a manejar nuestras inseguridades personales.

Cuando el voluntariado se basa en un interés altruista de ayudar a otros, en valores humanitarios, en deseos de contribuir a la sociedad, o incluso cuando está inspirado por motivos religiosos (al menos siempre que se trate de una religiosidad intrínseca), el análisis funcional nos indicaría que esa conducta cumple una función de expresión de valores para el individuo. Al mismo tiempo, tenemos que tener en cuenta que según esta perspectiva, el voluntariado no estaría guiado

simplemente por los valores, sino que ayuda a la persona a comportarse de acuerdo con la imagen que tiene de sí mismo.

Muchas veces el voluntariado se realiza para adaptarse a la influencia normativa que pueden tener los amigos, familiares, etc, en este caso la conducta de ayuda está controlada por las recompensas y los costos. Así el voluntariado se convierte en un medio para adaptarse al grupo de referencia. Además, algunas personas pueden ver en el voluntariado una manera de ampliar sus círculo de relaciones sociales; cumple entonces una función adaptativa de ajuste social.

El voluntariado puede servir también a algunas personas (o a todos en alguna medida) como una forma de autoprotegerse de sus propios miedos y ansiedad; o como afirma Ekstein (1978) como una expresión de sentimientos de culpa, formaciones reactivas o narcisismo.

Por último, Clary y Snyder señalan que para algunas personas y en algunas ocasiones, ser voluntario puede cumplir una función de conocimiento. A través del voluntariado se aprende de las personas con las que se relacionan y aporta nuevas perspectivas que surgen al abordar determinados problemas y situaciones humanas, con lo que se satisface la curiosidad intelectual de conocer mejor la realidad que nos rodea. Pero además, mediante la realización de actividades voluntarias se pueden adquirir mayor conocimiento, habilidades y experiencias concretas (técnicas de primeros auxilios, aprender a tratar con niños, como cuidar a imposibilitados, habilidades sociales, etc), que en ocasiones pueden ser útiles en un futuro, y el voluntariado da la oportunidad de poner en práctica competencias que de otra forma sería muy difícil poder aplicarlas.

Los resultados muestran indicios de otras funciones psicológicas del voluntariado como la de adaptación social (Oliner y Oliner, 1988 y Amato, 1983) o de conocimiento (Gidron, 1978 y Jenner, 1982). La función que obtuvo menos apoyo empírico fue la de defensa del yo, aunque datos obtenidos con voluntarios en temas de SIDA (Omoto y Snyder, 1990), muestran que algunos realizan estas actividades para enfrentarse a sus propios miedos sobre el SIDA. (aunque en este caso nos queda la duda de si no se trata de un componente de la función de conocimiento).

En una reciente línea de investigación Omoto y Snyder (Omoto y Snyder, 1990, 1993, 1995), han integrado los resultados de los estudios sobre permanencia del voluntariado en un modelo teórico, intentando comprobarlo en una muestra de voluntarios en temas de sida. En el estudio de 1993, estos autores preguntaron a los que abandonaban que le inducía a hacerlo y compararon a este grupo con los que permanecían en una serie de variables. Los que abandonaban manifestaban que la experiencia había sido satisfactoria, que continuaban personalmente comprometidos, y estaban de acuerdo con la filosofía de la organización, e indicaban que las principales causas de su abandono eran los costos del trabajo voluntario, eran las consecuencias negativas las que les diferenciaban de los que permanecían. Mediante regresión múltiple comprobaron que las variables de personalidad no servía para predecir la permanencia, a diferencia de las motivaciones. Los que puntuaban más alto en *desarrollo personal, estima y conocimiento*, es decir en motivaciones autocentradas, permanecían más tiempo.

Bibliografía

- Amato, p.r. (1985): **An investigation into planned helping behavior**. Journal of Research in Personality, 19, 232-252.
- Batson, C.D., Duncan, B.D., Ackerman, P., Buckley, T. Y Birch, k. (1981). **Is empathic emotion a source of altruistic motivation?**. Journal of Personality and Social Psychology, 40, 2, 290-302.
- Calo, J.R. (1995). **¿Qué es ser voluntario?: Cuadernos de la Plataforma n° 2**. 2ª Edición. Plataforma de Voluntariado. Madrid.
- Chacón, F. (1985). **Altruismo y Conducta de Ayuda: Una Taxonomía de Episodios Sociales de Ayuda**. Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense. Madrid.
- Chacón, f. (1986). **Una aproximación al concepto psicosocial de altruismo**. Boletín de Psicología
- Clary, E. Y Orenstein, L. (1991) **The amount and effectiveness of help: The relationship of motives and abilities to helping behavior**. Personality and Social Psychology Bulletin; Vol 17, 1, 58-64.
- Ekstein, R. (1978): **Psychoanalysis, sympathy, and altruism**. En L. Wispé (Ed.), Altruism, sympathy and helping: Psychological and sociological principles. New York: Academic Press.
- Gidron, B. (1978) **Volunteer work and its rewards**. Volunteer Administration, 11, 18-32.
- Guinan, J.J., McCallum, L.W., Painter, L. Y Dykes, J (1991): **Stressors and rewards of being an AIDS emotional-support volunteer: A scale for use by care-givers for people with AIDS**. AIDS Care, 3, 2, 137-150.
- Jenner, J.R. (1982): Participation, leadership, and the role of voluntariado among selected women volunteers. **Journal of Voluntary Action Research**, 11, 27-38.
- Lammers, J.C. (1991): **Attitudes, motives, and demographic predictors of volunteer commitment and service duration**. Journal of Social Service Research, 14, 3-4, 125-140.

- Nathason, I.L. Y Eggleton, E. (1993): **Motivation versus program effect on length of service: A study of four cohorts of ombudservice volunteers.** Journal of Gerontological Social Work, 19, 3-4, 95-114.
- Maslach, C. Y Jackson, S.E. (1982): **Burnout in health professions: a social psychological analysis.** En G.S. Sander y J. Suls: Social Psychology of health and illness. Hillsdale, N.J., LEA.
- Oliner, S.P. Y Oliner, P.M. (1988): **The altruistic personality: Rescuers of Jews in Nazi Europe.** New York: Free Press
- Omoto, A.M. Y Snyder, M. (1990): **Basic Research in Action: Volunteerism and society's response to AIDS.** Personality and Social Psychology Bulletin, 16, 152-166.
- Omoto, A.M., Snyder, M. Y Berghuis, J.P. (1993) **The psychology of volunteerism: a conceptual analysis and a program of action research.** En J.B. Pryor y G.D. Reeder (Eds.): The social psychology of HIV infection. Gillscase, New Jersey, Erlbaum, pág. 333-356.
- Rushton, J.P: (1980): Altruism, socialization, and society. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- Winniford, J.; Carpenter, Y Stanley; G.C. (1995): **An analysis of the traits and motivations of college students involved in service organizations.** Journal of College Student Development, 36, 1, 27-38.

Discusión.

Alberto: Yo quería comentar tres grandes cosas: una es que creo que lo que hay que tener claro es la función que uno está cumpliendo en un determinado contexto y lugar y que una de las grandes fuentes de problemas es la ambigüedad en el rol que se desempeña. Otra cuestión que tiene que ver con el sentido de la tarea y la sobreidentificación. Tenemos con frecuencia una sobreidentificación con las personas con las que uno trabaja, que suponen una sobrecarga afectiva para el profesional, suponen un no saber desarrollar el papel que te toca y asumir tareas que no son tuyas. Aunque también vemos el caso contrario, que como una defensa frente a la situación de estrés, uno se aferra a su rol y no quiere saber nada como una manera de protegerse frente a la propia ansiedad. Creo que las dos cosas se dan. Y por último el tema de la prevención, de anticipar las situaciones.

Fernando: Es importante que la gente que está trabajando sobre el terreno se sienta más o menos apoyada por el centro. Tampoco hay que coger un punto de vista muy victimizatorio de los cooperantes... es verdad que en general tenemos muchos más recursos que la gente local para hacer frente a ese estrés. Y aparte de esta no victimización, me parece que cuando la gente ha vivido asesinatos y experiencias de violencia importantes, hay una dimensión de experiencia incompleta y de impacto que muchas veces no encuentra espacio en una organización y que no se sabe como abordar.

Florentino: Un elemento importante de que la gente no se queme y de que siga trabajando con cierta eficacia es el imperativo moral. Yo observé en Centroamérica dos tipos de religiosas sobre todo: había unas monjas muy comprometidas en los lugares más inverosímiles y que solían estar solas o acompañadas de otra persona muy metidas dentro de las comunidades; y otro tipo de religiosas que actuaban siguiendo más los cánones típicos de la congregación, en comunidades, con sus rezos, también con un compromiso social y político muy importante. Las primeras estaban siempre de mal humor, con una tensión muy grande y quemadas y las otras daba gusto estar con ellas porque tenían una ilusión que nos sorprendía. De ahí saque la enseñanza de que la rutina es muy importante, porque te permite mantener unos patrones de vida dentro de la normalidad. Mantener estas rutinas en tiempo de guerra es muy difícil, pero es fundamental para mantener la eficacia de las personas que están trabajando allí. Otro elemento es el control de la nostalgia. Todos hemos descubierto que cuando llevamos un año o un poco más fuera de nuestro país, se nos cae la lagrimita por cosas que nos dicen de nuestro país y que cuando estamos en él nos pueden parecer hasta ridículas (oír sevillanas por ejemplo,...). Para establecer un cierto control de la nostalgia lo que hay que hacer son actividades lúdico festivas que te lleven a recordar cuál es tu origen. Creo que mantener las rutinas, el control de la nostalgia y el imperativo moral son elementos fundamentales para sentirse bien y hacer un trabajo profesionalmente correcto.

Fernando: Quisiera hacer tres reflexiones: la primera, que es fundamental que se tenga un conocimiento macropolítico de lo que está pasando en ese país. Una sólida formación política. Sin embargo hay una tendencia entre los europeos de izquierdas de llegar con un discurso político. Pero el cincuenta por ciento del discurso europeo radical de izquierdas es el sentido común latino. El otro elemento que es muy importante es el de tener unos objetivos específicos. Es muy importante marcarse un objetivo relativamente realista, específico y evaluable. Por otro lado creo que es muy

importante el tema de la omnipotencia. Por un lado hay que controlarla. Pero por otro es un elemento necesario. Porque aunque los objetivos deben ser alcanzables y concretos, también es necesario un cierto grado de irrealidad que empuje a la gente. La omnipotencia es una limitación, pero también es un recurso.

Pilar Estébanez.

El papel de las ONG en el actual contexto internacional

El mayor problema al que se enfrentan en la actualidad las organizaciones no gubernamentales, sobre todo las especializadas en la acción humanitaria, es la definición de su papel en marco internacional. Es innegable que la actitud hacia las ONG en muchos lugares del mundo está cambiando de forma radical. No hay más que hacer recuento de los cooperantes y trabajadores de agencias internacionales asesinados durante el último año en el desempeño de su trabajo. Esta es la consecuencia más visible, pero ¿cuáles son las causas?

Centremos nuestra mirada en África, continente que concentra la mayor parte de las actividades de las organizaciones humanitarias. En los últimos dos años el mapa geoestratégico africano ha iniciado cambios radicales, cuyo aspecto más llamativo para la opinión pública occidental es la marea de refugiados que desborda fronteras, que muere en masa, que siembra de cadáveres los bosques subsaharianos. Este proceso ha provocado consecuencias directas en el campo de lo humanitario.

Las ONG asisten impotentes a esta situación, a estos acontecimientos, sin más posibilidad que trabajar donde les permiten y denunciar las violaciones de los derechos humanos allí donde están presentes. Los ataques continuos a los voluntarios y trabajadores parecen formar parte de una estrategia destinada a reducir su presencia al mínimo en algunas zonas, e incluso a eliminarla. ¿Cuál es el objetivo? Desde nuestro punto de vista se pretende, por una parte, que no haya testigos de los abusos. Por otra parte, los propios Gobiernos locales o beligerantes quieren gestionar de forma directa la cuantiosa ayuda humanitaria que las ONG logran movilizar, lo que impediría el control real de los países donadores, administrándola a su criterio, que no siempre coincide con el objetivo de dicha ayuda.

Las ONG se ven, en estas circunstancias, inmersas en una complicada disyuntiva: o bien optan por mantener un bajo perfil político en las zonas en las que trabajan para no “rozar” con las autoridades locales y poder desempeñar su trabajo –al fin y al cabo la asistencia a las poblaciones vulnerables es el objetivo principal de las organizaciones humanitarias-, o bien –esto, en el caso de organizaciones como Médicos del Mundo es parte de nuestro compromiso ético- además de confortar médica y anímicamente a las víctimas, optan por recoger testimonios de las violaciones de los derechos humanos.

La primera opción se hace casi obligatoria en algunos lugares del mundo, especialmente en aquellos en los que las poblaciones a las que se asiste no cuentan con el beneplácito de las autoridades locales: refugiados, minorías étnicas... o dichas autoridades locales no respetan los derechos humanos o practican la violencia política contra determinados grupos. Por desgracia es, precisamente, en estos lugares donde sería más necesaria la práctica de la denuncia. La violencia política se ha ejercido, con especial crueldad, sobre las minorías indígenas (si bien es cierto que en algunos países, como Guatemala, suponen el 70 por ciento de la población, a pesar de lo cual han sido tratados como minorías: sin derechos civiles, marginados...)-. En nombre de la “mundialización”, de la globalización de la economía, del liberalismo salvaje, se les ha enajenado sus tierras y recursos, se les ha condenado a la miseria. La segunda opción puede hacer fracasar el primer objetivo de la acción humanitaria, que, como ya hemos dicho, es atender a la población civil. Elegir una forma u otra de trabajar tiene efectos inmediatos sobre la población destinataria de los programas de acción humanitaria.

Hasta hace bien poco tiempo, esto no era así. Las ONG eran respetadas en aquellos lugares en los que trabajaban. El cambio acelerado en las relaciones internacionales –los Estados han hecho dejación de lo que debería ser su obligación moral de socorrer a las poblaciones vulnerables en los países del Tercer Mundo para dejarla casi en exclusiva en manos de las Agencias Internacionales y las ONG-, ha provocado una distorsión en la visión que los Gobiernos de estos países y los beligerantes tienen de estas organizaciones. Es decir: se ha dejado a las organizaciones humanitarias “desnudas” en el terreno: sin cobertura, protección o siquiera soporte político. Ello, asimismo, ha provocado que a veces se perciba la acción de las ONG como apoyo a alguna de las partes en conflicto. De hecho, en ocasiones se nos ha acusado de apoyar –indirectamente, a través de nuestro trabajo- a genocidas. Este hecho, que podría ser cierto, tiene su explicación: la ayuda humanitaria va dirigida a las víctimas. Las organizaciones

humanitarias no pueden evitar, en ciertos casos, que determinados grupos instrumentalicen, o incluso se aprovechen, de la ayuda humanitaria.

Los Gobiernos del primer mundo actúan, en este sentido, utilizando un doble discurso. Por un lado, se impulsan conflictos bélicos, como hemos podido ver en África. Se proporcionan armas, se derriban regímenes, se apoyan grupúsculos insurgentes, con el obvio objetivo de acceder al control de importantes recursos naturales. Por el otro, se finge preocupación por la suerte de los refugiados y desplazados de estos conflictos. Se convocan reuniones de alto nivel para debatir la posible intervención, decisión que, por supuesto, nunca llega a concretarse más allá de imprecisas y vagas declaraciones de intenciones.

¿Quiénes dan entonces la cara?: los jóvenes cooperantes, los voluntarios, los profesionales de las agencias internacionales. Los cínicos les acusan de inocentes; los críticos, de ser un mero instrumento del neocolonialismo. Ni “inocentes” ni “instrumento”: quienes trabajan o colaboran en las organizaciones humanitarias son, por supuesto, conscientes de esta situación. Pero han tomado una determinación: ayudar a aquellos que carecen de lo mínimo para sobrevivir, aportando su esfuerzo, dando lo mejor que tienen, poniendo, a menudo, en riesgo sus propias vidas. Por una única razón: porque saben –sabemos– que sólo así podrá dignificarse el género humano.

La situación internacional en lo que respecta al bienestar, al reparto de la riqueza, a la enfermedad, al hambre... lejos de mejorar ha empeorado. Y todos los indicadores demuestran que aún empeorará más. Los treinta países más ricos acaparan el 76,57 por ciento de los recursos mundiales, mientras que las 143 naciones más pobres –entre las que están, además, la mayoría de las más pobladas– deben conformarse con el 23,43 por ciento restante. Es, además, precisamente en esos países donde se concentra el más de medio centenar de guerras y conflictos armados que se desarrollan actualmente. Si los pocos países que disponen de recursos adoptan medidas de recorte en sus presupuestos de cooperación y de ayuda humanitaria, la brecha que separa el bienestar de la pobreza se abrirá aún más. Ya no habrá una división entre países ricos y países pobres, sino entre países cada vez más ricos y países en los que la supervivencia será un reto diario.

Es en este ámbito donde las ONG pueden jugar un papel fundamental al estar libres de los intereses económicos o políticos que rigen las actuaciones de los Gobiernos. Las nuevas relaciones internacionales exigen una mayor presencia de las organizaciones humanitarias en el marco de la cooperación. Naturalmente, ello provocará distorsiones en las reglas del mercado –la exigencia de disminución de los aranceles, la potenciación de la industria local– y suscitará la hostilidad abierta de quienes hasta ahora han manejado dichas reglas.

Me gustaría finalizar haciendo una última consideración : hay ocasiones, desgraciadamente más numerosas de lo que nos gustaría, en que es necesario que una ONG esté presente sobre el terreno, aunque apenas tenga posibilidad de desarrollar sus actividades, aunque ello suponga un coste elevado. ¿El motivo?: a veces es lo único que puede garantizar la supervivencia de un colectivo especialmente vulnerable. Siempre será una voz que se eleve en el nombre de las víctimas.

Discusión.

Laura: No estoy de acuerdo en que si una mujer ha sido violada la mejor persona con quien puede hablar esto es con el médico de la ONG que está allí.

Pilar: No, yo me refiero a que el médico es una gran ayuda en situaciones de este tipo.

Derek: Uno de los temas centrales de la semana ha sido una mirada acerca de la construcción cultural de la guerra según las intervenciones de las organizaciones humanitarias. En este marco ¿cómo definimos salud en situaciones de guerra?. Intentamos encontrar palabras para mantenernos en una posición neutral pero la encontramos con palabras como tortura y violación que no se puede separar de una experiencia humana que no nos permite una posición neutral como en la intervención médica. Esto nos lleva a pensar si en una intervención humanitaria hay que utilizar la palabra médica o la palabra salud. Otro elemento a tomar en consideración en esta reflexión es la ventaja que implica a la hora de conseguir subvenciones económicas definir una intervención como de asistencia médica. Comprendo que esto es muy importante pero también lo son otros factores que no debemos olvidar en

nuestra intervención como los derechos humanos y las injusticias políticas. Quisiera saber cual es la posición de Médicos del Mundo a este respecto.

Pilar: La palabra médico se utiliza con una connotación muy general. El hecho de que muchas ONG fueron fundadas hace mas de 20 años cuando el ser médico, ten' a una connotación se mantiene hasta ahora. En Médicos del Mundo el 40% de los socios no es médico : este debate siempre ha estado vivo. Tenemos una tendencia interdisciplinar, pero hemos concluido que debemos continuar con las siglas porque la palabra médico es muy importante todavía, especialmente en el tercer mundo. ¿Sería mas correcto hablar de atención médica, atención clínica o atención sanitaria?

Derek: No estoy de acuerdo con su respuesta ya que mi énfasis es en las implicaciones de usar una terminología que implica cómo se define la salud, si de acuerdo a un modelo biomédico o biopsicomédico de intervención o a tomar el concepto de salud y verlo dentro de un mayor marco que incluya sus contenidos políticos y sociales.

Pilar: Yo creo que sería importante hablar de medicina humanitaria o acción humanitaria en medicina. Las siglas es lo de menos, ya que hay organizaciones que se llaman Pedro Pérez y da igual.

Lynne: Algo está pasando en Médicos del Mundo como en otras ONG. Mi experiencia con las ONG en Sarajevo me hizo recordar un fenómeno de cuando era pequeña en Inglaterra. En aquel entonces, Mark & Spencer que siempre había sido un tienda de ropa, comenzó a vender alimentos y otras cadenas de tiendas al ver el éxito de Mark & Spencer comenzaron a hacer lo mismo. En las ONG que estaban en Bosnia pasa igual, yo creo que en lugar de pretender abarcarlo todo deberían definir lo que va a ser su intervención, ser mas específicos. En Sarajevo, cuando alguien venía con un problema de derechos humanos yo le decía, no es a mí a quien necesitas, yo soy psiquiatra, mejor ve a una de las organizaciones de derechos humanos que te pueden ayudar mejor. No estoy de acuerdo con que las ONG deben tener una visión de supermercado hacia los problemas humanitarios.

Pilar: Estoy de acuerdo contigo. Creo que todo debe ser una red. Creo que las ONG debemos limitar nuestra intervención pero cuando en Médicos del Mundo hablamos de vigilar derechos humanos me refiero a ser capaces de captar esa información y buscar una metodología que nos ayude a trabajar con otras personas. Médicos del Mundo nunca debe plantear la estrategia sobre derechos humanos pero si debe ser capaz de apoyar en esa lucha..

Lynne: Mi segunda pregunta está dirigida a los que dicen que la guerra ha cambiado. Creo que las formas de lucha son tan devastadoras como antes. La diferencia está en que en la actualidad las guerras están mediadas por los medios de información que llevan la guerra lejos de donde se está luchando. En esta línea quiero llamar la atención sobre el impacto que tiene sobre las intervenciones de las ONG el actuar en un conflicto denominado como guerra civil. La utilización del termino guerra civil desmoviliza los conflictos a la hora de que organismos como las Naciones Unidas intervengan. Por otro lado yo no quiero entrar a analizar las causas que llevan a las personas a cometer un genocidio. Pero pregunto, si las se supone agencias de cooperación deben ayudar a gente inocente, ¿cómo pueden estar seguras de a quien están ayudando y cuales son las consecuencias de esta ayuda?. Al dar ayudas a las victimas inocentes como los niños, damos ayuda a gente que toma esas ayudas para hacer quien sabe qué. Yo solo quisiera saber si las ONG tienen conciencia de las consecuencias políticas a largo plazo de sus ayudas.

Jean-Claude: La ayuda humanitaria no es distribuida por esos criterios. Lo mas importante para nosotros es paliar los efectos del genocidio. Nuestro trabajo es evitar al hambre y no podemos ponernos a separar unos de otros. Las ONG no tienen el poder, la misión, ni es nuestro trabajo solucionar problemas políticos. Eso es menester de los gobiernos locales. Según el articulo 2 de la convención de 1952, el trabajo con los refugiados debe estar en concorcondancia con las leyes del país.

Juan Luis : ¿Qué piensas del problema de la seguridad?.

Pilar: Los gobiernos occidentales poderosos no quieren que las ONG estén en muchos sitios y son ellos los responsables principales de que no tengamos seguridad. Por muchos millones que nos gastemos en seguridad, si los gobiernos occidentales, como por ejemplo EE.UU., no nos quieren allí, nos van a matar y van a matar a los refugiados. Esto si es un problema político. En estos momentos las ONG no están en la zona de los grandes lagos, ni en el Zaire, porque se ha dejado que no estén, y me explico. A alguien le conviene que el señor Mobutu llegue al poder, y le han permitido que una de las primeras acciones que ha hecho sea el expulsar a todos los observadores de los derechos humanos de la ONU. Los EE.UU. y los gobiernos occidentales se han callado y no lo han denunciado. Mientras los gobiernos occidentales no exijan que las ONG estén sobre el terreno nos seguirán matando. Las ONG molestan mucho porque nos hemos metido en las normas del mercado. Aquí hay una responsabilidad política, son los gobiernos occidentales, EE.UU. y Europa, no los gobiernos de Zaire o Ruanda, los responsables de que las ONG no estemos allí.

Derek: En los últimos 10 años especialmente en Africa, ha mermado la ayuda humanitaria entre gobiernos, y se han aumentado las ayudas a través de las ONG. Esto hace que el ministro de salud de turno se encuentre con cientos de ONG que ofrecen ayudas en muchos lugares remotos en donde no se tiene una referencia de quien lo puede hacer mejor. Se podría preguntar el ministro si los servicios de salud de su país lo pueden hacer mejor. Y cómo se entiende que un sector alternativo como las ONG pague mejor a los profesionales de la salud que el gobierno.

Pilar: Yo estoy de acuerdo con tus preguntas pero no tenemos respuesta. Hay una diferencia en las formas de intervención. En atención en salud en temas de emergencia no tenemos que contar con el gobierno, contrario a la atención en programas de desarrollo en la que sí. Aquí tenemos un debate ya que en muchos sitios planteamos servicios de salud que luego terminarían en el sistema privado. Por eso no queremos construir hospitales en Yugoslavia, pero si queremos llevar a cabo campañas de vacunación. No hay una respuesta clara y el debate está abierto.

Gerardo González.

Guerra y Violencia en Chiapas. Implicaciones psicosociales.

Chiapas es noticia desde el levantamiento armado de Enero de 1994, por parte del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). Justo en el momento que para el estado mexicano el futuro se ofrecía como próspero y campante, en el estado del sureste mexicano, miles de indígenas mexicanos declaraban un ¡Ya Basta!, contundente, la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio para América del Norte, cerraba toda posibilidad para el indígena mexicano, por el simple hecho de no ser tomados en cuenta.

Sin embargo desde la perspectiva histórica, la realidad es de que en Chiapas, desde años atrás, se había venido implementado una política de genocidio, dado que su cercanía con centroamérica, ubicó a Chiapas dentro de una frontera estratégica, ya que la convulsión en esa región podría traer "vientos de cambio", que la potencia más grande de esta época no podía permitirse. De esta manera hay que hacer referencia a los antecedentes inmediatos de la historia en Chiapas, que explican el conflicto que se vive en esta parte del territorio mexicano.

A partir del levantamiento armado de 1994, en Chiapas se vive en un contexto de guerra, por la mayor polarización de diversos sectores de la sociedad chiapaneca. El gobierno Mexicano hace uso de la llamada "guerra de baja intensidad", que bajo diversas expresiones, mantiene a la población chiapaneca, bajo el asedio de grupos paramilitares y guardias blancas. Durante estos años, la conformación se expresa en una porción del territorio en Chiapas, conocida como zona norte, lugar en donde este enfrentamiento regional, ha dado muchas vidas y el desplazamiento de hombres, mujeres y niños a comunidades y regiones montañosas, acrecentando las ya de por sí adversas condiciones de vida de la población indígena.

Durante estos 3 años, la población indígena de la llamada "zona de conflicto", viene sufriendo del acoso del ejército federal, situación concreta que se expresa por un excesivo militarismo, y que se traduce en patrullajes, tiros y movilizaciones en las montañas. Las comunidades están en constante "alerta roja", por lo que se preparan para emigrar hacia las montañas, encontrándose durante este período, además del conocido "stress", otras enfermedades características de la confrontación armada, como pesadillas, suicidios, y mayor confrontación intercomunitaria. En esta parte se analizarán las relaciones entre militarización y el impacto en la vida comunitaria de Chiapas.

En este contexto de guerra de baja intensidad, existe un acoso a organismos de la sociedad civil, no sólo de Chiapas, sino de México que es producto del mismo fenómeno de militarización. Especialmente se mantiene como estrategia, el asedio al Obispo de San Cristóbal de las Casas, Dn. Samuel Ruíz García. Durante estos años, la diócesis se ha mantenido en constante zozobra, desde amenazas de muerte, y la expulsión de sacerdotes, trae como resultado una mayor polarización con un sector comprometido con la búsqueda de una paz justa y digna para Chiapas.

El deterioro de las condiciones de vida, está inserto en la estrategia global de confrontación con el EZLN, por lo tanto, en la medida de agudizar esas contradicciones, el estado mexicano quiere asegurar un triunfo sobre la insurgencia. Por lo tanto el trabajo en la reconstrucción del tejido social, favorecerá en la lucha por una transición democrática, necesaria para aspirar a un mundo mejor.

Discusión.

Pregunta: Quería preguntarte algo sobre el fenómeno paramilitar que existe ya hace mucho en Colombia, que parece que aparece ahora en Chiapas.

Gerardo: Si, mira, grupos paramilitares hay muchos, lo que pasa es que no son muy grandes. El ejército mexicano está bien capacitado. Ellos crean dos fuerzas de élite: una que es la BON (Brigada

de Operaciones Mixtas) que es el ejército, la seguridad pública, creo que aquí ustedes le llaman Guardia Civil o algo parecido; y la Judicial Federal, que viene a ser la policía civil. Esta Fuerza de Operaciones Mixtas trabaja en coordinación con políticos locales y con la Tarea Arco Iris, que se supone que está hecha para la lucha contra el narcotráfico, pero como es una fuerza de élite, la fachada es esta lucha contra el narcotráfico, pero en realidad sirve para ambos sectores. Actúan de forma contundente y directa; saben cuando atacar, cómo atacar y a quien y prácticamente ellos salen sin ningún rasguño.

Pregunta: Pero, ¿son campesinos locales?

Gerardo: Si, o sea, estamos hablando de cuatro grupos paramilitares en el momento. Pero de pronto van surgiendo más.

Pregunta: ¿Tienes idea de cuanto cuesta un paramilitar al día? En Colombia hemos calculado 10 dólares diarios entre armamento, comida y demás.

Gerardo: Si, para el campesino es un buen sueldo y da para ahorrar un poquito.

Pregunta: ¿Quién financia esto?

Gerardo: Los grupos de poder. Nosotros pensamos que el Estado, pero demostrarlo es complicado.

Carlos: Yo veo tres grandes escenarios de vidas en comunidades. Uno que es el patrón de las comunidades que viven cerca de la selva en la que hay actividad militar y con frecuencia son objeto de esta actividad; otro es el patrón de la militarización en zonas en las que la presencia militar es más esporádica pero el patrón de control social es mucho mayor por la presencia paramilitar más mantenida; y otro patrón que tiene que ver con el impacto de la violencia en las organizaciones sociales, grupos de derechos humanos, ONGs,...

Estas tres situaciones de violencia distintas suponen un trabajo en salud mental también distinto, y mi pregunta es cómo lo están viendo ustedes desde la coordinadora, teniendo en cuenta un cuarto factor importante que es la gran cantidad de población maya. Y también me gustaría conocer cuál es la reacción de la gente a la presencia militar, si hay un grado de rechazo a esa presencia, aunque la gente no lo diga; o hay una identificación con esa presencia. Y ¿cuál es tu opinión de la presencia internacional al margen de la institucional?

Gerardo: Bueno, lo de salud mental. La experiencia que tenemos nosotros es a través de la capacitación de promotores que han venido trabajando en salud mental, principalmente con refugiados guatemaltecos con los que han cogido la experiencia. Pero nosotros empezamos a querer algo con la salud mental precisamente cuando sufrimos la agresión, cuando vimos que la cosa podía ser seria para nosotros y algunos compañeros de México nos insistieron mucho en acompañarnos a nosotros como grupo, pero también acompañar a la población indígena. Entonces se empezaron a hacer talleres de salud mental, sobre todo en la zona de la selva, de las cañadas, y la gente los está recibiendo bastante bien. Al principio, las comunidades no querían oír hablar del conflicto, preferían decir que el zapatismo era lo máximo y no les importaba si tenían pesadillas, o algún problema de este tipo. Pero en el 95, cuando el ejército entra en la selva y ellos se suben a la montaña durante un mes, esto sí les ocasionó muchos problemas. Bajaron principalmente por la epidemia de varicela, la muerte infantil, o de viejos y este éxodo en la montaña nos impresionó mucho a la gente de derechos humanos. Ellos narran las muertes de niños y ancianos y la destrucción de sus cosas, sus apeos de labranza, algunas viviendas, y al bajar de la montaña y ver sus cosas destruidas les afectó mucho. Realmente la gente no duerme bien, tiene angustia, están preocupados, y por último, Chiapas es la ciudad en principio más priista, y sin embargo es allí donde se produce el levantamiento armado. Esto quiere decir que las elecciones eran un fraude. En el 94 que fueron las primeras elecciones controladas por la sociedad civil cuando parecía que ganábamos, no se nos reconoció el triunfo. Y en estas últimas elecciones del 6 de Junio, el 80% de personas en Chiapas se abstuvo y muchas casillas fueron quemadas no solo por el EZ, sino por comunidades priistas. Entonces aquí, me preguntaba cómo se interpretaba el voto no

priista y yo le decía que ahí estaba la prueba de que Chiapas no es priista. Hay que interpretarlo por la abstención y por la violencia que generó el proceso electoral. Si el PRI está creyendo que donde tiene una mayor presencia es en Chiapas, pues está un poco loco.

Isabel: Yo quería hacer dos comentarios: uno sobre la iglesia católica, Samuel Ruiz, etc, porque me llamó mucho la atención la postura de Samuel Ruiz encabezando las marchas de los movimientos pro-vida en Chiapas. Y es muy interesante ver esa contradicción porque cuando era necesario se saltaba la verja a los movimientos pro-vida más conservadores. También quiero preguntarte si es verdad que Chiapas había sido el lugar que más fondos había recibido por parte del Estado y su programa nacional de Solidaridad (PRONASOL) y cómo esto es tan contradictorio con que haya sido allí donde haya surgido la insurgencia zapatista.

Gerardo: Chiapas es un estado muy conservador en general, particularmente la ciudad de San Cristóbal que es la sede de la diócesis. A partir del año 92 entra en el gobierno del estado un hombre llamado Rodríguez Canabal cuyo primer enemigo fue don Samuel Ruiz. Lo primero que hizo para poner en dificultades a la diócesis fue aprobar una ley a favor del aborto, para ver cuál era la postura de la Iglesia. Don Samuel no cayó en la trampa, porque sabía que el problema no era un problema de aborto, sino un problema político. En cuanto a lo otro, PRONASOL es un programa creado para combatir a la pobreza y efectivamente Chiapas fue el estado más beneficiado, pero no es fácil explicar dónde fueron esos recursos, porque en Chiapas aparecen obras que no se han ni empezado. Yo creo que la mayoría se fue a los bolsillos de funcionarios públicos. Ese programa se dedicó a corromper el tejido social. El levantamiento del 94 nos dice que el PRONASOL fracasó en todos los sentidos, pero para algunos bolsillos me supongo que no.

Pregunta: ¿Cómo recuerda y como enfrentó la gente la pérdida de niños y ancianos en la montaña?

Gerardo: Para lo indígena la montaña en la cosmovisión juega un papel muy importante y en ese sentido el haber enterrado a la gente en la montaña no fue muy doloroso y además en México la muerte es festejada, es un hecho que llama a la celebración, por lo que creo que esto se superó rápido.

Pregunta: ¿Cuál es el grado de reconstrucción física y de reconstrucción que tienen las comunidades después de bajar de la montaña?

Gerardo: Nosotros creemos que hay que reconstruir el tejido social y en contra del EZ, que en cuanto hay situaciones de alarma para los talleres y se van a la montaña; y nos parece bien, pero es importante que el tejido social no se pare y ahí tenemos serias dificultades con el EZ.

Darío Paez.

¿Es posible la evaluación de los proyectos psicosociales?

La evaluación de intervenciones en poblaciones en peligro es una actividad poco frecuente (Agger, 1995; Summerfield, 1997). Recientemente se ha insistido sobre la importancia de la evaluación de la dimensión psicosocial. Además de las dificultades prácticas evidentes, la evaluación de los aspectos psicosociales requiere tener indicadores válidos culturalmente, y que eviten tanto el reduccionismo psicologista como una concepción "sobresocializada" de las personas. El reemplazo del análisis del contexto y la dinámica social por la aplicación a la sociedad del diagnóstico de PTSD es un ejemplo de lo primero. La suposición de que todos los sujetos de una cultura colectivista y de alta distancia al poder actúan de la misma manera es un ejemplo de lo segundo.

Los diseños clásicos de evaluación de intervenciones psicosociales: el diseño de medidas repetidas o series temporales y el diseño cuasi-experimental

El diseño longitudinal (encuesta repetida de 2 a 8 mediciones) o series temporales (encuesta repetida a un menor número de sujetos o estimaciones repetidas de un agregado de casos, más de 50 veces) permite asegurar empíricamente la precedencia temporal de la causa sobre el efecto, pero tiene las limitaciones de las variables y relaciones omitidas potenciales. Un ejemplo de diseño longitudinal, sería la medición repetida de las variables estrés, apoyo social, y depresión en refugiados y comparar como evolucionan después de una intervención (supongamos de Médicos del Mundo). Cuando se trabaja con indicadores que se pueden obtener en grandes series que se repitan (mortalidad infantil anual, p.e.) se puede evaluar como evoluciona éste después de una intervención psicosocial. Una primera limitación importante de este diseño es que supone que se realizan registros fiables y regulares, las que no existen en muchos países, o son poco fiables o han sido obstaculizadas por las situaciones de conflicto. Una segunda limitación es que es poco probable que existan indicadores psicosociales (es más probable que existan indicadores epidemiológicos).

El diseño cuasi-experimental en su versión fuerte agrega otro criterio de validez: la precedencia y planificación de la causa

Por ejemplo, para constatar el efecto beneficioso de los grupos de auto-ayuda en refugiados, se asignaría al azar un área de la ciudad con ese programa y otra actuaría de control. En este caso el soporte social sería manipulado. En la versión débil se compararía el efecto del estrés en la depresión de los refugiados que se integraron a grupos de auto-ayuda con los que no lo hicieron -cuidado que los grupos al inicio sean iguales en nivel depresivo y otras variables relevantes (nivel social, experiencia de guerra, etc.)

Un criterio contextual necesario para inferir causalidad es que la respuesta de los sujetos o unidades afectadas a uno u otro tratamiento no resulte influida por a) el mecanismo por el que el tratamiento se asigna y b) por el tratamiento que otras unidades reciben. En el primer caso, se ha encontrado que la asignación por azar ha desmoralizado a los sujetos del grupo control. En el segundo caso, se ha encontrado el efecto John Henry, en el que los sujetos que reciben el tratamiento control (o menos deseable) reaccionan actuando con fuerza extra, como reactividad ante la situación (Berk, 1988)

Hay después otros problemas suscitados en la práctica. No se especifican suficientemente los procedimientos utilizados, los tratamientos son limitados en el tiempo y los períodos de seguimiento cortos. Además de los niveles de confianza utilizados, el tamaño de la muestra, la magnitud del efecto del tratamiento y la fiabilidad de los instrumentos de medida son muy variables en los diferentes estudios y dificultan en muchos casos llegar a conclusiones determinantes. No son menores las dificultades éticas y prácticas planteadas para conseguir, en diseños evaluativos de intervención psicosocial, muestras grandes y homogéneas y grupos de control sin tratamiento que acepten períodos de seguimiento amplios sin experimentar un abandono del contacto.

El meta-análisis como una forma de comparar una intervención con las intervenciones acumuladas previas .

El meta-análisis posibilita la reevaluación "post hoc" de las evaluaciones de los resultados psicosociales y, de este modo, proporciona una medida objetiva y cuantitativa para evaluar la bibliografía sobre resultados, constituyendo una alternativa al diseño clásico de grupos no equivalentes.

Por ejemplo, podemos buscar todas las evaluaciones sobre la disminución del PTSD en refugiados producidas por grupos de auto-ayuda y psicoterapia grupal. El meta-análisis es una técnica sumamente sencilla cuyos cálculos pueden realizarse a mano y de la que existen diferentes guías disponibles.

La inexistencia de grupo control en muchas intervenciones, necesaria para obtener el máximo rendimiento en la aplicación del meta-análisis, se puede compensar de dos modos. Una primera forma es comparar las medias de los grupos de nuestra intervención con la media global del instrumento en los grupos de control de investigaciones previas, por ejemplo, la media en poblaciones de refugiados de una escala de PTSD. Este procedimiento presupone la existencia de grupos diagnósticos homogéneos y la utilización de instrumentos de medida comunes. Es decir, sólo es válido si aceptamos que el PTSD es un síndrome relativamente homogéneo y existe una escala válida y fiable para evaluarlo. Una segunda alternativa, consiste en comparar nuestros resultados con una muestra amplia de sujetos "normales".

Diseño de línea base no-casual construida: Comparación del grupo de intervención consigo mismo antes o con una muestra de sujetos disfuncionales y/o funcionales amplia.

Un diseño de evaluación de programas de intervención poco costoso y factible de aplicación es el diseño de línea base no-causal construida (Perachio y Cook, 1988; Cook, Campbell y Peracchio, 1990). En este diseño, el grupo de control no equivalente es reemplazado por la comparación con una puntuación baremada de una muestra representativa.

Por ejemplo, si se construyera un baremo de percentiles (a partir, por ejemplo, de una muestra representativa de 800 sujetos refugiados de una zona en conflicto) sobre ansiedad, depresión, estrés post-traumático, apoyo social, etc., se podría evaluar la eficacia de las intervenciones psicosociales en un país determinado mediante la comparación con este baremo. En lugar de comparar la evaluación pretratamiento con la evaluación post-tratamiento, con las limitaciones de validez interna ya señaladas, se puede comparar el percentil medio en el pre-test con el percentil medio en el post-test. La diferencia entre ambas medias permite estimar la fuerza de la intervención y facilita los procedimientos de acumulación evaluativa mediante el meta-análisis. Asimismo, si se igualan los grupos en edad, sexo y nivel de ingresos, por ejemplo, se pueden comparar el pre-test y el post-test del grupo de tratamiento con un grupo apareado de la muestra representativa (cfr. Perachio y Cook, 1988).

Se ha criticado que los diseños de evaluación sólo contrastan el cambio cuantitativo sin tomar en cuenta la significación clínica de éste, así como que los diseños evalúan el cambio grupal medio y no el individual. El coeficiente de cambio preciso y la evaluación del cambio individual permiten enfrentar este problema.

Evaluación del cambio individual y no sólo el cambio medio del grupo

Una de las críticas clásicas que se ha hecho a la evaluación de intervenciones es que, al basarse en comparaciones de medias, oculta los cambios individuales. Un tratamiento puede aparecer como más eficaz, aunque mejore el estado de algunas personas solamente. Asimismo, las medias pueden permanecer constantes y no revelar que un subgrupo ha mejorado y otro empeorado. La validez individual es un componente y una profundización de la validez interna. Se trata de una versión del clásico problema de la falacia ecológica y de la desagregación de resultados (Matalon,

1988). La validez individual es importante cuando los mecanismos estudiados (relación entre dimensiones de actitudes, afectividad y procesos cognitivos, en general) se han formulado teóricamente en un nivel individual.

Una solución a este problema es examinar las puntuaciones individuales de cambio, clasificar a los sujetos en tres categorías (recuperados, mejorados pero no recuperados y sin mejoría) y aplicar el Ji cuadrado, por ejemplo como estadístico de contraste.

Se ha criticado la fiabilidad de las puntuaciones individuales de cambio porque hay una correlación inversa entre las puntuaciones de cambio y la puntuación inicial y porque las puntuaciones de cambio dependen del nivel inicial (Willet, Ayoub y Robinson, 1991). La alternativa es la puntuación de cambio tipificada, que consiste en apreciar el cambio de cada sujeto a partir del cambio medio observado en los sujetos que han partido del mismo nivel de puntuación.

En todos los casos anteriores se mantienen las limitaciones genéricas de los diseños cuantitativos (prestar atención a la evaluación del resultado de las intervenciones psicosociales, pero no así a la evaluación del proceso de las mismas, es decir, a cómo funcionan y a qué tipo de factores se atribuye el cambio del comportamiento) (Clemente, 1989; Hersen y Michelson, 1986). Su solución se asocia a la necesidad de tener indicadores de los mecanismos procesuales de la acción causal. Finalmente, un problema central es el de tener indicadores propiamente psicosociales, tanto de antecedentes, de procesos como de efectos.

Discusión.

Joaquín: Veamos, ¿cómo es posible analizar la relación entre indicadores económicos y tasa de divorcios, cuando en realidad un divorcio puede ser un cambio social positivo o negativo?. No tiene por qué significar necesariamente una degradación de la convivencia...

Darío: Sabemos, por la investigación epidemiológica que los divorciados están en peor estado de salud que los casados. Tú puedes decir, "bueno si yo estoy casada con un bruto y me separo, puede ser una liberación". Estamos de acuerdo, sin embargo, la tendencia principal del divorcio es que la gente que está separada está peor física y mentalmente y en particular los hombres. Por supuesto que dejar un trabajo puede ser una liberación, sin embargo sabemos por la investigación que los tipos que están en el paro están peor que la gente que está trabajando. Entonces, yo creo que no hay que basarse en argumentaciones de intuición o en efectos que pueden ser reales para una parte de la población. Existen datos que nos permiten asegurar más allá de la intuición la dirección de las asociaciones causales.

Pau: Tú tomas como base dos herramientas: los indicadores sociológicos y la aplicación de cuestionarios, pero la mayoría de las veces éstos indicadores no están disponibles en los países en los que trabajamos y la mayoría de la gente se niega a ir pasando cuestionarios en estos contextos y menos en, por ejemplo, comunidades indígenas. ¿Qué valor das a la evaluación cualitativa : los grupos de discusión, la opinión subjetiva de la gente que ha participado en el programa, los indicadores de satisfacción...?

Darío: Yo lo único que estoy pidiendo es que eso de preguntar a la gente se haga de forma ordenada. No hay un cualitativo versus cuantitativo. La gran lección es que los métodos son complementarios, muchas veces convergen, algunas veces la investigación cualitativa te da datos más interesantes sobre creencias, valores,... y los datos cuantitativos te dan datos más interesantes sobre asociaciones entre hábitos de conducta y respuestas menos voluntarias.

Joseba : Entiendo que los cuatro modelos que has propuesto lo que tratan de hacer es controlar la validez interna y que hay una graduación de manera que...

Darío: Perdona, no existe una graduación, sino que uno controla fundamentalmente el efecto temporal, otro controla el de otros factores y el último controla el de otros factores de manera más débil.

Joseba: Si, si, pero lo que entiendo es que todos adolecen de validez interna y lo que tratan es de controlarla. Pero, como adolecen de validez interna, nunca llegaremos a un control exhaustivo. Supongamos que queremos evaluar la respuesta de todo un país, primero el efecto sobre todo un país de una intervención como puede ser la guerra; y luego queremos evaluar otra intervención que es la normalización del país. El problema que yo veo, por ejemplo, en la utilización de series temporales durante el episodio de guerra porque las tasas están mal estimadas, porque para hacer series temporales hace falta una homogeneización de las tasas y de la manera de tomarlas; durante un episodio de guerra, por ejemplo, los casos de suicidio estarían confundidos con los de muerte por violencia y las tasas de natalidad estarían disfrazadas, etc. Y en el caso de la utilización de un modelo de base de línea causal no construida, entiendo que lo que necesitamos es una base normativa con la cual comparar el grupo de intervención. Si se trata de un país no podemos tomar esa base normativa porque lo tomamos a posteriori, una vez que ha sucedido el efecto. ¿Se podría tomar como base normativa la de un país vecino, o estaría adolecida de sesgos que no permitirían la comparación?

Darío: Con respecto al primer tema, lo que tú has dicho es una versión elegante de lo que comentó Florentino, que viene a decir que cuando está la cagada, pues muy poco se puede hacer, y tienes toda la razón. Yo creo que lo importante sería medir hasta antes de la guerra y después de la guerra, supuesto que no cambie la forma de estimar la tasa. Y con respecto a la segunda cuestión, me parece que tu idea es más que razonable, siempre y cuando el territorio sea totalmente fronterizo y la similitud social sea muy alta. Lo que no hay que caer es en el defecto de buscar una validez exhaustiva, cosa muy típica en la gente que se dedica únicamente a hacer metodología.

Carlos: Tres ideas muy básicas respecto a lo que has hablado de la utilización de la evaluación cuando uno está trabajando con la gente. La primera es lo que has hablado respecto a la validez cultural, a mi me parece que lo importante es contar con alguien perteneciente a dicho grupo cultural, antes de poder hacer cualquier tipo de instrumento o método adaptado a la realidad. Una segunda cosa tiene que ver con la utilidad del uso de cuestionarios o instrumentos que servirían para hacer salir cosas que de otro modo no conseguiríamos conocer. Y una tercera cosa tendría que ver con la necesidad de tener en cuenta el sentido que tiene la investigación para la gente.

¹²Agger I. Theory and practice of Psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia. ECHO. Zagreb.1995.