



CINTRAS

CENTRO DE SALUD MENTAL
Y DERECHOS HUMANOS

TORTURA Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Carlos Madariaga
Psiquiatra
CINTRAS

I. ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

La tortura -en tanto fenómeno esencialmente sociopolítico- ha producido esperables modificaciones en el proceso de salud-enfermedad de los diferentes grupos y clases sociales en Chile. El daño a la salud y a la salud mental está vinculado causalmente a una realidad histórico-social concreta: una dictadura militar que violó sistemáticamente el derecho a la vida durante casi 17 años. Tal precisión obliga a identificar al agente patogenizante con un aparato terrorista conformado por funcionarios del Estado que asumieron -en una práctica social lúcida y altamente tecnificada- un rol instrumental a los intereses económicos y políticos de las clases sociales que hegemonizaron el poder durante ese período histórico.

Si entendemos la tortura como hecho histórico, es decir, integrada a procesos más globales de la sociedad (violencia social, conflictos de clases), entonces no parece posible avanzar en la comprensión científica de los nuevos problemas de salud que ésta ha generado, si nos aproximamos a su estudio con el arsenal positivista y biológico del modelo médico tradicional. Las variaciones en el proceso salud-enfermedad, es decir, las nuevas modalidades de enfermar que se han registrado en Chile a partir de la contingencia política, son una demostración objetiva de la estrecha e inevitable relación existente entre la medicina y la política. Esta interdependencia: proceso social \leftrightarrow proceso salud-enfermedad, es la que obliga al trabajador de la salud a interpretar estos nuevos problemas médicos y psicológicos desde su ligazón técnico-política, tanto para el análisis de su origen como de las estrategias sociales y de salud posibles de implementar.

El *pathos* tortura, observado como problema de salud, no hace sino ratificar el hecho de que la manera de enfermar de grupos y clases sociales en un momento histórico dado, tiene sus determinantes primarias en sus condiciones concretas de existencia, en la manera como viven esos grupos y clases. En Chile no se torturó indiferenciadamente; la práctica sistemática de la tortura recayó particularmente sobre los sectores obreros y populares, sobre aquellos estamentos de la sociedad que eran depositarios de un proyecto histórico antagónico al dictatorial. Así, el riesgo de ser torturado y, por lo tanto, el riesgo de enfermar, tenían una relación directa con la posición de clase del sujeto. Esta interpretación es tan válida para la tortura como para el problema de la desnutrición, el alcoholismo, el de las enfermedades infecciosas, los trastornos psicosomáticos, en suma, para la enfermedad en general.

La salud y la enfermedad son estados de la persona humana y de la sociedad que permanecen siempre ligados dialécticamente, en constante movimiento; ambas conforman un proceso en primer término histórico-político y secundariamente médico. En el proceso salud-enfermedad se materializa

en buena medida la calidad de vida de cada individuo; su perturbación o deterioro concita la acción de una práctica médica. Para una concepción médica tradicional, este deterioro tiene sus explicaciones causales en lo *patológico*, en un *algo enfermo*, generalmente algún proceso o sistema perturbado *dentro* del organismo del sujeto. Según este enfoque, lo *natural* (o lo correcto) será entonces que esto patológico sea apropiado de manera excluyente por la práctica médica. En la medida que se niega la posibilidad de que eso patológico o ese algo enfermo tenga su origen fuera del organismo y fuera del individuo, se tenderá a suponer que los problemas médicos son tareas sólo para los médicos. Los hechos muestran lo contrario: la práctica médica no es sino una parte -en ocasiones de relevancia secundaria- de un conjunto de prácticas sociales, que inciden en la manera de enfermar de la población, como la práctica económica (modalidades de reparto de la riqueza social), la práctica política (políticas sectoriales de estado, políticas de gobierno central y local), la práctica ideológica y cultural, etc. A nadie se le ocurriría que los problemas de desnutrición o de alcoholismo son una tarea primariamente médica.

No se actuaría científicamente frente a la tortura - consabido detonante de graves trastornos de salud - si se pretendiera su investigación sólo desde una perspectiva médica. Como tampoco se actuaría científicamente ante la toxemia gravídica, la desnutrición infantil, la hepatitis sérica o el hipotiroidismo si se hace abstracción de las variables estructurales o sistémicas implicadas en su origen y desarrollo. Proponemos hacer una lectura del problema médico de la tortura superando los marcos ideológicos estrechos del modelo médico tradicional. La práctica social de la medicina, tanto en los países capitalistas de punta como en el tercer mundo, ha sido hegemonizada por este modelo. Apertrechado culturalmente en el biologismo neopositivista, la ahistoricidad y el mercantilismo, el modelo médico ha impuesto una visión autónoma y exclusivista sobre el proceso salud-enfermedad. Tal aproximación postula la enajenación de lo históricossocial y se circunscribe a los hechos médicos *puros*, menospreciando el papel que le compete en su propio objeto de estudio a otras áreas del conocimiento, específicamente, a las ciencias sociales. La metodología contenida en él lleva invariablemente a una disociación del síntoma respecto del conflicto que le subyace; la enfermedad del sujeto es reducida a una mera abstracción, despojada del ser social del hombre enfermo. Por este camino se consuma la sustracción del sentido personal de la enfermedad, sentido que se entiende a partir de las singulares relaciones sociales que el individuo entabla con el mundo circundante, con los demás hombres, relaciones materiales y económicas que lo determinan en última instancia. Creemos no equivocarnos al afirmar que en Chile, como consecuencia del hegemonismo del modelo médico, tanto la enfermedad en general como aquella derivada de las violaciones a los derechos humanos, han sido abordadas con preceptos excluyentes de algunos aspectos sustanciales del fenómeno, despojándolas de parte de su esencia, de su historicidad. El nivel primario de atención en salud, por ejemplo, no llegó a conocer científica ni técnicamente un aspecto crucial de la realidad médica que enfrentó en dictadura: los cambios generados en el proceso salud-enfermedad por el terrorismo de estado.

II. EL DAÑO

El daño que la tortura produce en la salud tiene distintos planos de especificidad, según se trate de su efecto en la persona, los microgrupos sociales (la familia) o los grandes conglomerados humanos (partidos políticos, sindicatos, grupos poblacionales, clases sociales).

La *persona humana* es conmocionada en su unidad biopsicosocial originándose variados procesos patológicos a nivel corporal, psíquico o relacional del sujeto con la sociedad. La experiencia traumática opera sobre un individuo que está definido previamente es su singularidad por una

estructura biológica, una biografía, una personalidad, un determinado nivel de desarrollo de su conciencia social y un consiguiente proyecto histórico e ideológico. La conjunción de todos estos elementos dará al daño una configuración particular y única, una diferenciada manera de enfermar, propia de ese individuo. En ocasiones, el cuadro sintomático central estará dado por evidentes alteraciones orgánicas; en otras, por un trastorno disfuncional en el plano psicológico o por procesos desestructurantes del proyecto personal de vida. Lo corriente ha sido la pesquisa de alteraciones de variada profundidad que afectan globalmente la tríada constitutiva de la persona humana: lo biológico, lo psicológico y lo social.

En el *nivel familiar*, la tortura genera una situación de amenaza vital que afecta a cada uno de sus componentes. El tormento de un familiar no es sino un momento específico de un continuum represivo que está accionando sobre todo el grupo; lo antecede la vigilancia, la intimidación, el secuestro y es seguido por la detención ilegal y clandestina, por la cárcel. Destaca en la mayoría de las familias la irrupción de dinámicas interpersonales muy perturbadas, fuentes de severos conflictos dentro del sistema. Estos conflictos, dificultados en su resolución espontánea durante la crisis, actúan en el período postraumático inhibiendo la reelaboración terapéutica del proceso desatado. Sentimientos de culpa, situaciones de doble vínculo se congelan en el transcurso del tiempo horadando la cohesión familiar, reduciendo el acontecimiento vivido a un drama privado, a veces constituido en secreto de familia, facilitando la trasposición de la violencia sufrida hacia el interior del grupo.

A *nivel de los grandes grupos*, la tortura cumple una tarea de amedrentamiento ciudadano con fines de paralogización de la respuesta social activa al conflicto político, objetivo propio de la guerra psicológica. La reproducción del terror, amplificada por la fantasía popular, contamina al colectivo social consolidando una serie de fenómenos psicosociales como el miedo, la apatía, la indiferencia; estos procesos se constituyen en estados psicoemocionales permanentes que inclinan la conducta de los grupos humanos hacia la negación de la realidad, la ruptura de los vínculos solidarios y la automarginación. La anomia social consecutiva facilita el control político.

Todo este conjunto de perturbaciones de la salud mental, con sus interrelaciones, conserva siempre en su desarrollo una íntima relación con la secuencia del proceso sociopolítico. La grave prolongación de la dictadura por 17 años -con la repetición constante de horriblos crímenes que quedaron impunes- fue la principal fuente perpetuadora de los procesos psicosociales anormales ya señalados y determinó en muchos casos individuales un curso evolutivo irreversible hacia la cronicidad del sufrimiento físico o psíquico.

Hoy, casi a un año de transición democrática, muchos de estos trastornos psicosociales mantienen plena vigencia. Ello se explica, de una parte, porque las transformaciones producidas en la superestructura social tienen sus ritmos diferenciados; los acontecimientos políticos derivados de la confrontación de clases impactan en la conciencia espontánea de la población generando imágenes, estados de ánimo y estereotipos cuya extinción o modificación obedece a complejos procesos psicológicos, pero también ideológicos y culturales. De esta manera, su evolución hacia formas más maduras de la conciencia social es un proceso lento y fluctuante, y está en íntima correspondencia con el propio accionar teórico-práctico de los grupos sociales afectados. Por otro lado, el que aún subsista la práctica de tortura por algunos estamentos del Estado que no se desprenden del tutelaje doctrinario dictatorial, agrega más gravedad al daño acumulado socialmente. La impunidad reactiva los sentimientos de abandono, inermidad y minusvalía preexistentes en la población y es fuente potencial de crisis política. De la manera como se resuelvan estas contradicciones dependerá el grado de adaptabilidad social que contengan los procesos psicosociales.

III. LA PREVENCIÓN

Una política preventiva en salud debe incluir, junto a la práctica médica, psicológica y psicosocial, todo un conjunto de perspectivas aportadas por las ciencias sociales. Programas de acciones en salud con fines de reparar el daño producido por la tortura, deben integrar a un equipo interdisciplinario de salud, pero además a una serie de profesionales, trabajadores e instancias organizadas de la sociedad civil, que en su calidad de concededores y protagonistas de esta realidad, deben aportar su experiencia en las distintas fases del programa.

En el *nivel primario de prevención* está el desafío de fomentar condiciones apropiadas en la salud mental de la comunidad para forjar, como objetivo estratégico, el desarrollo de una conciencia social en la doctrina de los derechos humanos. Ello exige, primero, el cabal saneamiento del trauma social generado por la dictadura. Categorías éticas como verdad y justicia y el rechazo a la impunidad, le dan una dimensión social y política a la prevención, involucrando en ella a la sociedad en su conjunto. El nivel de atención primaria en salud, en su concepción más moderna, define la acción en salud como un sólido proceso vinculante entre el servicio de salud, el sujeto, su familia y la comunidad organizada. Por lo tanto, la atención primaria está involucrada de lleno en el diseño y puesta en práctica de estrategias de prevención primaria en derechos humanos; o sea, está involucrada en el desarrollo de la cultura nacional.

La *prevención secundaria*, el nivel curativo, exige un alto nivel de complejidad técnica y también un concepto de trabajo interdisciplinario. Un modelo de intervención terapéutica integral en el que confluyan distintos especialistas, en relación estrecha con los grupos de pertenencia del sujeto y las instancias organizadas que operan en el sector, es una opción recomendable. Nuevamente razones políticas relegaron en dictadura la prevención secundaria y también terciaria a las ONG de salud, quedando ausente el servicio estatal de una práctica terapéutica reparadora, y sus técnicos marginados del proceso formativo y capacitador. En el actual período histórico se crean buenas condiciones para revertir esta situación. Surgen proyectos de colaboración Ministerio de Salud-ONG que aseguran un significativo mejoramiento de la cobertura. En ellos una vez más el nivel primario de atención tiene el desafío de asumir un rol preponderante, a partir de la pesquisa y captación de aquellos casos que hoy circulan por miles por los consultorios disfrazando su experiencia traumática con dolencias físicas o psíquicas mimetizadoras. Postulamos para la atención primaria la tarea de capacitar a sus equipos de salud en conceptos sólidos acerca del daño y la reparación.

La *prevención terciaria*, finalmente, plantea no sólo exigencias técnicas en salud, sino también intersectoriales. La rehabilitación en víctimas de graves traumatizaciones supone, junto a la recuperación de la salud biopsicológica, de una plena rehabilitación social, laboral, jurídica y ética. En su materialización deben involucrarse otras prácticas sociales específicas: el Ministerio de Justicia con planes diferenciados de reparación jurídica y moral; el Ministerio de Educación, estudiando soluciones a los casos de disconformidad académica, etc. En suma, cualquiera sea el plano de la prevención en que nos situemos, emerge una constante, de gran significación social: la reparación del año –al igual que sus causas- involucra a la sociedad en su conjunto. Es un problema de salud. Es un problema social. Pero es más lo segundo.

Presentado en el II Seminario de la Región del Maule, Linares, 16 al 19 de enero de 1991 y publicado en el libro "Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional". Colección CINTRAS.