

Tortura, proceso salud-enfermedad y psiquiatría

Dr. Carlos Madariaga¹

Ponencia presentada en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), XI Congreso Argentino de Psiquiatría, “Nuevos desafíos: clínica, neurociencias y psicoterapias” realizado entre el 29 de marzo y el 1º de abril de 1995 en San Carlos de Bariloche, Argentina.

Introducción

Las complejidades que ofrece la tortura como preocupación específica del trabajador en salud mental han llevado al equipo terapéutico de CINTRAS y, en general, al resto de las instituciones que laboran en el área en nuestro país, a concebir un enfoque de acción psicosocial integral. Ha sido la propia experiencia clínica con la atención directa de las personas afectadas la que nos ha abierto el camino a este enfoque integral a partir de la multiplicidad de expresiones del daño producido en cada persona por la tortura. Hemos relevado a un primer plano la comprensión de esta persona humana en su unidad biopsicosocial como condición sine qua non para evitar desde la epistemología una mutilación del impacto global que la tortura produce en el individuo. Y, obviamente, para evitar el riesgo de ofrecer una propuesta de acción restrictiva o reduccionista.

Hemos encontrado respuesta a esta necesidad teórica y metodológica en la medicina, la psiquiatría y psicología sociales. Desde estas perspectivas complementarias e integradas asumimos una posición crítica respecto del modelo médico tradicional, perspectiva característica de los sistemas estatales de salud que imperaron en Chile durante el gobierno militar y que probaron su incapacidad para conocer los cambios en el proceso salud-enfermedad ocurridos en el país durante casi dos décadas como consecuencia de las violaciones de los derechos humanos y de la introducción cruenta del modelo económico neoliberal.

Medicina y tortura

La tortura -en tanto fenómeno esencialmente sociopolítico- ha producido esperables modificaciones en el proceso salud-enfermedad de los diferentes grupos y clases sociales en Chile.

¹ Médico psiquiatra y terapeuta familiar, miembro del Comité Directivo de CINTRAS; jefe Servicio Psiquiatría Hospital Regional de Iquique; integrante del Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de la Tortura (IRCT).

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 los sectores 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, 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 biologista 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 - 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 los grupos sociales en un momento histórico dado tiene sus determinantes primarias en sus condiciones concretas de existencia. En Chile no se torturó indiferenciadamente; la práctica sistemática de la tortura recayó sobre los sectores 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 o morir, tenían una relación directa con la posición social y política del sujeto, con su manera de pensar.

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 lógico (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 ese algo enfermo o eso patológico tenga su origen fuera del organismo y fuera del individuo, se tenderá a suponer que los problemas médicos son tarea 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 cultural e ideológica etc. Desde este punto de

vista, no se podría afirmar que los problemas de desnutrición y alcoholismo, por ejemplo, son una tarea exclusivamente médica.

No se actuaría científicamente frente a la tortura -consabida 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. Tal aproximación postula la enajenación de lo histórico-social 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, especialmente, a las ciencias sociales. Como consecuencia de ello, en Chile el nivel primario de atención en salud, por ejemplo, no llegó a conocer 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.

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.

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 en su singularidad por una estructura biológica, una biografía, una personalidad, un determinado nivel de desarrollo de su conciencia social y un consiguiente proyecto histórico-vital. La conjunción de todos estos elementos dará al daño una configuración particular y única. 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.

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 siguiente 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 transposición 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, amplificado 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.

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 horrorosos 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 psíquico o físico.

Por otro lado, el que aún hoy subsista la práctica de tortura en 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 que contengan los nuevos procesos sociales.

Psiquiatría y tortura: áreas problema

Me limitaré a señalar ciertas ideas respecto de algunos problemas aún no resueltos y que tienen una importante incidencia en lo que podría ser un papel más activo e influyente de la psiquiatría frente a la tortura: me refiero a las estrategias de intervención y a la epidemiología psiquiátrica.

1. Las estrategias de Intervención

La extensa dimensión del daño obliga a insertar el accionar psiquiátrico en una perspectiva relacional e interdependiente desde el plano de las disciplinas y actores involucrados en el modelo de intervención, y desde el plano de los niveles de acción de la propuesta psicosocial. En nuestra práctica institucional la hemos llamado enfoque integral".

El primer plano, el interdisciplinario, implica un concepto de trabajo que involucra, de manera no hegemónica, a actores de diversas profesiones quienes, constituidos en un equipo terapéutico, aportan individual y colectivamente en el proceso. En el caso de CINTRAS, se trata de un grupo de 15 trabajadores en salud mental entre psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y trabajadores sociales, que comparten el desafío de aportar su visión especializada para un

diagnóstico integral y para la elaboración de estrategias terapéuticas individuales, familiares y psicosociales.

El segundo plano, el de los niveles de acción, se relaciona estrictamente con el problema de la eficacia de los programas de intervención psicosocial frente a la tortura. Siendo consecuentes con la idea de globalidad psicosocial del trauma que ésta genera y con la perspectiva de intervención integral que demanda, una acción coherente contra la tortura como problema de salud mental debiera abarcar los tres niveles de prevención y el fomento de la salud. Es decir, implica políticas sociales de Estado, planes y programas nacionales de salud mental que involucren a los servicios estatales de salud, a entidades de salud privadas y no gubernamentales, y a la comunidad organizada. Esta red sería insuficiente si no incluyera, con un criterio de intersectorialidad, a otros estamentos del Estado y la sociedad civil (economía, educación, justicia, parlamento, organizaciones sociales y políticas, etc.) en el aporte de recursos financieros, técnicos, humanos y organizacionales para una intervención adecuada en todos los niveles.

Lamentablemente, lo ocurrido en concreto en esta materia en el cono sur de América (Argentina, Uruguay y Chile) en los llamados procesos de transición a la democracia, muestra una grave falencia en materia de involucramiento de los gobiernos constitucionales post-dictadura en políticas de Estado tanto de reparación como de promoción y fomento de la salud frente a las violaciones de los derechos humanos. La más patética expresión de esta limitación es la impunidad, otro “pathos” que afecta por igual a estos tres países, abriendo una significativa brecha en los cimientos éticos, jurídicos y políticos de estas nacientes democracias. El impacto psicosocial de la impunidad ya está suficientemente fundamentado. Podríamos resumir el problema señalando que la impunidad para los criminales y torturadores de los regímenes militares constituye hoy en día una prolongación inexcusable de la experiencia traumática para las víctimas directas de estas violaciones y para sus familiares, pero también es fuente originaria de graves fenómenos psicosociales que están en la base del funcionamiento anómico de nuestras sociedades.

La psiquiatría tiene el desafío de ser capaz de conocer los cambios que producen los acontecimientos políticos en la manera de enfermar de los grupos humanos, especialmente en el área de los derechos humanos, en el cual existen tanto grupos de alto riesgo como grupos francamente dañados en su salud mental. Las estrategias gubernamentales de acción se han limitado a la apertura de ciertos espacios de intervención terapéutica desde el sector estatal, algunas medidas de reparación pecuniaria y psicosocial para grupos limitados de víctimas, esfuerzos asistemáticos o parciales de educación y capacitación en el tema, etc. Estas restricciones son congruentes con las limitaciones políticas de estos gobiernos para encarar en el nivel más global los desafíos pendientes en el área de los derechos humanos. En el caso chileno, el segundo gobierno de la transición ha relegado en su agenda este tema a un ilustrativo segundo plano. Ello legitima la vigencia de programas asistenciales de las ONGs del sector, las cuales, incapaces de abordar la globalidad de este problema, orientan el grueso de sus recursos financieros a la asistencia médico-psicológica de las

personas afectadas. El enfoque integral al que ellas aspiran queda reducido básicamente a un esfuerzo de intervención terapéutica interdisciplinaria y a ciertas experiencias limitadas de acción comunitaria en materia de educación, capacitación, prevención primaria, denuncia, etc.

No cabe duda que un modelo integral de tratamiento de la tortura como problema de salud mental debe estar sustentado rigurosamente en una metodología científica, con un sólido apoyo en las ciencias médicas y sociales, con un respaldo importante desde la intersectorialidad y con un soporte organizacional, humano y financiero adecuado. Esto es materia sólo de políticas sociales de Estado. De un Estado que evolucione desde un rol de gestor del trauma social al de reparador de este daño y promotor de la salud mental y los derechos humanos. Este es un desafío estratégico. La psiquiatría, inserta privilegiadamente en el sistema de salud estatal y privado, en las universidades, en la investigación científica y en la vida cultural, tiene una importante responsabilidad en la transformación de esta utopía en realidad.

2. Tortura y epidemiología psiquiátrica

El desconocimiento existente respecto de las dimensiones cuantitativa y cualitativa del daño que la violencia política produce en los grandes grupos humanos incide directamente en la ausencia de estrategias de intervención desde una perspectiva de salud pública. Está vigente el desafío de elaborar un diagnóstico epidemiológico que aporte bases científicas para propuestas específicas de acción psicosocial.

Un primer problema que surge es el de la conceptualización y definición de los efectos de la tortura sobre la vida psíquica. Desde el modelo médico hemos heredado unas nosología y nosografía psiquiátricas cuya existencia se estima condición básica para la medición de trastornos mentales en poblaciones humanas. Los criterios positivistas de esta nomenclatura han sido puestos en tensión a la luz de las especificidades que ofrece la tortura como problema médico. El debate en torno a las categorías taxonómicas entre quienes trabajan en el tema ha girado desde una postura extrema de negación total de las categorías médicas existentes hasta el otro extremo de la asimilación mecánica de una de ellas. Tanto la postura de rechazo de un lenguaje nosográfico (el cual es reemplazado por criterios descriptivos casuísticos) como la reducción de una constelación sintomática a ciertos criterios diagnósticos preestablecidos, atentan en contra de la construcción de un instrumento de estudio del fenómeno que dé cuenta de toda su complejidad y de sus singularidades.

Hoy están vigentes en el mundo entero las clasificaciones ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud y DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana. A partir de nuestra práctica clínica con personas torturadas tenemos que reconocer que en ellas no existen categorías diagnósticas que acojan satisfactoriamente los hallazgos clínicos. Un fuerte debate se ha producido en torno a la utilidad de la categoría Trastorno de Stress Postraumático (PTSD) tal como fue concebido en la versión DSM-III-R. Si bien no es raro encontrar en personas torturadas los síntomas requisitos para este trastorno, no logran dar cuenta de los diferentes

niveles del daño generado en la tortura, especialmente aquellos de mayor trascendencia psicosocial. Una eventual resolución psicoterapéutica de los síntomas allí señalados probablemente no dará satisfacción plena a las necesidades psicológicas que emergen después de una experiencia de tortura. Aspectos medulares del daño psicológico tienen que ver con el acontecimiento político que lo genera y afecta en su desarrollo, con su impacto familiar, con su efecto en el proyecto histórico-vital del sujeto, con el deterioro socialmente condicionado de su autoestima, etc.

Estas limitaciones del PTSD han motivado esfuerzos dirigidos a enriquecerlo, incorporándole algunas de las áreas que señalamos. Se han propuesto categorías como PTSD Continuo y PTSD Crónico para superar otro de los obstáculos de este diagnóstico: el suponer que la clínica originada por la tortura es postraumática. En el caso de las dictaduras militares del cono sur, la tortura siempre ha formado parte de un continuum traumático que está dado por el terrorismo de Estado con sus múltiples expresiones de violaciones a los derechos humanos, ambiente psicosocial del cual el torturado no puede sustraerse. Y que continúa en democracia con la impunidad para los torturadores.

El desafío nosológico está abierto; el identificar un lenguaje común no sólo facilitará el intercambio de experiencias sino será también un aporte para la epidemiología y la investigación psiquiátrica en el área.

Otro problema importante dice relación con los universos de estudio, los muestreos y las determinaciones cuantitativas. Toda investigación epidemiológica psiquiátrica rigurosa aspira arribar a ciertas especificaciones numéricas, a tasas. Ellas permiten conocer incidencia y prevalencia del fenómeno en estudio y dan orientación respecto del riesgo de enfermar. Sin embargo, la represión política -y la tortura que de ella se origina- es selectiva, está dirigida hacia sectores sociales y políticos específicos, lo que hace imposible arribar a indicadores epidemiológicos globales que abarquen a toda la población. Por otra parte, la identificación previa del universo poblacional -las personas en riesgo de enfermar a consecuencia de la tortura- es prácticamente imposible, ya que este universo no es otra cosa que la proyección fantasmal y paranoica sobre un segmento de la sociedad de una visión de “enemigo interno” que el aparato dictatorial ha fantaseado basándose en la doctrina de seguridad nacional.

Frente a estos obstáculos, una propuesta alternativa de trabajo es el estudio de casos en grupos específicos, operando en ellos con números absolutos y frecuencias.

Por otro lado, la diversidad de efectos que la tortura produce al impactar globalmente la unidad biopsicosocial del sujeto, obliga a estudiar en una dimensión epidemiológica de manera no restrictiva estos efectos; se plantea aquí la necesidad de diseñar los instrumentos necesarios para pesquisar, al menos, las más importantes dimensiones del daño.

Un último problema que quisiéramos mencionar es el de la vigilancia epidemiológica, importante instrumento de la salud pública para hacer proyecciones del proceso salud-enfermedad en el tiempo y para elaborar estrategias oportunas de acción frente a problemas emergentes. Su uso ha sido patrimonio de instancias

estatales, muy directamente ligadas con programas ministeriales de salud. En el caso de la tortura y, en general, de toda forma de violaciones a los derechos humanos, resulta paradójico que sea el propio Estado, agente directo de estas violaciones, el que haga vigilancia de las consecuencias médico-psicológicas de las acciones que han derivado precisamente del terrorismo de Estado. Aquí cobran vigencia ciertas formas de organización de la memoria histórica acumulada en tiempos de dictadura por las instituciones de derechos humanos, los centros solidarios de atención a las personas afectadas, las organizaciones comunitarias, las agrupaciones de familiares, etc. Cito al Dr. José A. Vergara, epidemiólogo de CINTRAS: “Esta experiencia acumulada claramente anticipa la superación de la visión estadocentrista y vertical de la vigilancia desde el poder, para avanzar hacia formas nuevas de monitoreo estratégico por parte de la propia población, como parte de su proceso de conocimiento-conciencia.”

Indudablemente son muchas más las interrogantes y pocas las respuestas; estamos en un área problemática llena de desafíos. Sin embargo, mientras persista la práctica de tortura será un reto para la medicina y las ciencias de la salud el conocimiento cabal de su impacto en salud y la elaboración de estrategias de acción capaces de combatirla en sus cimientos. Detrás de este llamado a optimizar el conocimiento científico y la práctica médica frente a la tortura, hay un imperativo ético que se funda en los postulados de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

Referencias bibliográficas

1. Madariaga, Carlos. *Tortura y Proceso Salud-Enfermedad. En Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional*. Ediciones CINTRAS, 1991.
2. Vergara, José Antonio. *Violencia de Estado y Derechos Humanos: Una Epidemiología Pendiente*. Manuscrito próximo a editarse en esta revista.

Publicado en revista Reflexión N° 23, ediciones Cintras, Santiago de Chile, agosto 1995. Págs. 4-8.