

# VIOLENCIA EN LA CULTURA

RIESGOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Ps. ORIANA VILCHES ALVAREZ  
EDITORA

7

• Sociedad Chilena de Psicología Clínica, 2000  
Inscripción Nº 113.366  
ISBN 956-7165-009

Prohibida su reproducción  
sin previa autorización de su editor

texto compuesto en tipografía Times 10/12

Se terminó de imprimir esta primera edición  
en *Gráfica Fummy S.A.* (tel. 222 4424)  
en el mes de junio de 2000

IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

SOCIEDAD CHILENA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## Trauma y psicodinamismo en víctimas de la tortura

*Ps. Elisa Neumann*

### INTRODUCCIÓN

Esta ponencia se basa en una investigación en curso, realizada en forma conjunta con el doctor Hernán Monasterio. Está basada en la necesidad de hacer conciencia a la comunidad nacional e internacional de las consecuencias traumáticas a largo plazo de la tortura. Si bien no existen cifras precisas acerca del número de personas torturadas, los organismos de derechos humanos las calcularon en más de 50.000.

En Chile, con el advenimiento del régimen democrático, se implementaron medidas de compensación —por cierto limitadas— para los familiares de los detenidos-desaparecidos y ejecutados por el régimen militar. Tal situación, en gran medida, obedece al conocimiento insuficiente de las consecuencias a largo plazo de la tortura. Es así como las secuelas crónicas de esta experiencia traumática, que se manifiestan en síndromes depresivos, empobrecimiento vital, aislamiento, abuso de alcohol y drogas se atribuyen, con no poca frecuencia, a la exacerbación de trastornos emocionales previos. Por tanto, no existe una política estatal que permita la reintegración social de estas personas.

Al revisar la literatura, encontramos que los estudios acerca de los efectos de la tortura en la salud mental tienen su punto de partida en las experiencias desarrolladas con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial.

En general, estos estudios guardan relación con la necesidad de mostrar “pruebas objetivas” acerca del daño sufrido para permitir la implementación de las medidas legales pertinentes. Para este efecto se describe el síndrome del campo de concentración, cuya sintomatología se asocia a la existencia de lesiones orgánicas.

El tema se retoma en la década del 70 con la instauración de dictaduras militares en el Cono Sur. Por una parte, el grupo médico de Amnistía Internacional, siguiendo la tradición psiquiátrica europea, postula que los síntomas son resultado de lesiones a nivel del hipotálamo causados por la acción combinada del trauma craneal directo y del estrés psicofísico mantenido. Se in-

tenta describir el "síndrome de la tortura" con el objeto de mostrar evidencia de que ésta ha sido practicada.

Por otra parte, autores chilenos y latinoamericanos han sostenido que los síntomas presentados deben ser comprendidos en función de la reacción emocional frente a una experiencia traumática de extraordinaria gravedad.

La violencia sufrida no es sólo de carácter físico, sino más bien predominantemente psicológica y apunta a destruir los fundamentos básicos y esenciales de la identidad del sujeto. Se señala, además, que la experiencia traumática no se circunscribe a la agresión experimentada en el recinto de detención. Por lo general, la persona ha sido seguida durante varios meses y varios de sus compañeros han sido aprehendidos. La detención es acompañada de diversas acciones de brutalidad que van a señalar claramente el poder omnímodo de los captores. El término de la tortura no significa el término del sufrimiento: le siguen períodos prolongados de prisión y/o acciones de hostigamiento y amedrentamiento, la pérdida del empleo, la estigmatización y marginalización social. A su vez, dichos autores manifiestan que la peculiaridad del trastorno emocional hace imposible su clasificación en la nosología psiquiátrica tradicional.

Cabe señalar que el conocimiento acerca de la naturaleza del síndrome es de vital importancia para la detección temprana del trastorno emocional y su tratamiento oportuno. A su vez, permitiría una más clara conciencia de las autoridades pertinentes y del público en general acerca de las graves consecuencias en la salud mental con la tortura; y por tanto, de la necesidad de implementar medidas de reparación para este sector de la población.

En la revisión de la literatura encontramos que los estudios empíricos acerca de las alteraciones emocionales producidas por la tortura han sido realizados en población refugiada. Por tanto, al trauma de la tortura se asocia una serie de experiencias traumáticas derivadas del proceso de exilio. Además, por lo general, las entrevistas se realizan en personas que han sufrido la tortura hace dos o más años, todo lo cual impide ver con mayor claridad las características clínicas de los cuadros reactivos a esta experiencia.

Por las razones anteriormente mencionadas, se efectuó un estudio retrospectivo en la población atendida entre los años 1977-1992 que ha sido víctima de la tortura. Durante este período han sido atendidos alrededor de 1.139 ex presos políticos o ex detenidos políticos en FASIS, de los cuales 615 casos solicitaron tratamiento psicoterapéutico.

Para el estudio de los cuadros clínicos se usaron las categorías diagnósticas del DSM-IV en 114 casos, elegidos al azar.

## RESULTADOS

De los casos estudiados el 71.92% eran hombres. El 60% de los casos sufrieron prisión prolongada de varios meses o años; y el 53% de los casos se encontraba sub-empleados o cesantes. Prácticamente la totalidad sufrieron diversas formas de persecución y hostigamiento.

El análisis de la sintomatología nos muestra que la tortura produce diversos cuadros reactivos que se ordenan de la siguiente forma:

Trastorno por ansiedad (reacción en crisis):	15.8% = 18 personas
Trastorno por estrés post traumático:	60.5% = 69 personas
Depresión reactiva:	14.0% = 16 personas
Trastornos psicóticos:	9.6% = 11 personas

Cabe señalar que nuestro estudio da cuenta de la poca incidencia de patología psiquiátrica o trastornos de personalidad previos al hecho traumático, la cual fue observada sólo en 14 casos.

Existen variadas dimensiones de análisis posibles de realizar de los datos obtenidos. Por razones de tiempo y espacio este trabajo se centra en los trastornos de carácter ansioso-dissociativo: los que en nuestra muestra tienen la frecuencia más alta: 76.3% (87 casos). Los cuadros de carácter ansioso-dissociativos muestran una clara tendencia a agravarse con el transcurso del tiempo.

### Tiempo transcurrido entre tortura e inicio de la psicoterapia

Diagnóstico	X Tiempo transcurrido
Trastorno por ansiedad	9.52 meses
Síndrome de Estrés Post traumático	35.55 meses
Síndrome de Estrés Post traumático complicado	59.70 meses

Con relación al trastorno por estrés post traumático, en un 39.1% de los casos presentan complicaciones secundarias de orden depresivo, psicósomático y abuso de alcohol y drogas. Estos casos se asemejan a una categoría actualmente en discusión conceptualizada como Desorden por Estrés Prolongado Extremo.

### Interpretación de los resultados y conclusiones

La tortura ha sido caracterizada como una experiencia límite de agresión. La "atmosfera" y las técnicas de castigo físico y psicológico producen vivencias de pánico, descontrol emocional, pérdida de la capacidad de análisis de la realidad, confusión y angustia.

Todo lo cual configura una situación traumática que desestructura emocionalmente al individuo, dificultando la integración de la experiencia a la identidad o historia individual. Comporta montos elevados de dolor y sufrimiento que sobrepasan con creces los recursos habituales del sujeto, su remisión es extraordinariamente penosa y la persona evita activamente su recuerdo.

Sin embargo, por la fuerza del impacto emocional y por la necesidad de aprehender esta experiencia, los recuerdos invaden una y otra vez al sujeto, produciéndose un gran desgaste psíquico. Por tanto, se producen perturbaciones en el funcionamiento normal del individuo.

Las experiencias traumáticas de la tortura guardan extraordinaria similitud con la posición infantil y la regresión psicótica. En estas situaciones el yo se caracteriza por su extraordinaria debilidad, se encuentra a merced de sus impulsos internos y extremadamente dependiente de un mundo hostil y amenazante. Carece de capacidad de control sobre sí mismo y la realidad, inundado por los afectos no puede discriminar entre fantasía y mundo externo. Por tanto, a fin de proteger al yo de las vivencias de pánico, descontrol y locura, se emplean mecanismos de defensa que impiden o minimizan las impresiones del mundo externo. Entre ellos se encuentran de modo preferente: la negación, la disociación, la proyección y la escisión.

La gravedad del síndrome emocional reactivo a la tortura depende de la interrelación dinámica entre la magnitud de la violencia sufrida y de los recursos subjetivos de la persona: fortaleza de los vínculos, sus valores, ideología y el grado de madurez e integración de la personalidad. Es así como observamos síndromes ansioso-disociativos, depresivos o psicóticos.

Con relación a los síndromes ansioso-disociativos constatamos que, en un inicio se observó una reacción de carácter ansioso, de carácter difuso y reactiva a la experiencia traumática. Se manifiesta en la ocurrencia de diversos síntomas que dicen relación con la reexperimentación del suceso traumático.

La persona padece de elevados montos de angustia, sentimientos de culpa, pesadillas y recuerdos invasivos y recurrentes de la experiencia de tortura sufrida. Si durante este período el sujeto no tiene la posibilidad de comunicar la experiencia padecida a "otro" capaz de permitir la abrección, no le será posible integrarla y elaborarla.

Los mecanismos de defensa empleados para sobrevivir y resistir a la tortura se consolidan y dan lugar al desarrollo de trastornos emocionales más complicados.

Es así como posterior al año de ocurrida la experiencia traumática se observa la consolidación de mecanismos defensivos, que impiden el contacto

afectivo y el recuerdo de la experiencia. Se estabiliza el uso permanente de la negación, represión, disociación, escisión y proyección. Además, se agrega el empleo de la restricción e inhibición del yo. El sujeto evita activamente el contacto con el mundo externo, pues diversos elementos de la realidad gatillan los recuerdos y vivencias de la experiencia sufrida.

Paulatinamente comienza a perder interés en actividades, experimenta desganó, se siente desvitalizado y sin motivación para emprender tareas con sentido. Todo lo cual se expresa en un empobrecimiento vital y ausencia de perspectivas futuras.

La necesidad de reprimir los sentimientos y vivencias hace que su capacidad de respuesta emocional se deteriore ostensiblemente. Lo que afecta seriamente sus vínculos afectivos. La persona se aísla, vivencia sentimientos de extrañeza y distancia emocional que no puede explicarse. De este modo se va deteriorando la capacidad de implicarse afectivamente y de responder frente a la realidad.

La ansiedad y temor de que los hechos vuelvan a suceder producen un estado de hiper-alerta. La persona está continuamente a la expectativa, como si algo malo fuese a ocurrir. Presenta problemas de sueño, no logra dormir o sí lo logra, despierta a menudo; o el sueño no es reparador. Además, se dan con frecuencia dificultades de atención y concentración. El gasto de energía requerido para mantener fuera de la conciencia los recuerdos de la experiencia traumática se traduce en dificultades de atención y concentración. Por tanto, el funcionamiento psicofísico de la persona se altera.

En síntesis, alrededor de los dos años se configura con claridad el síndrome de Estrés Post Traumático que se manifiesta en:

- La reexperimentación del suceso traumático
- Evitación activa de la experiencia y disminución de la responsividad
- Síntomas persistentes de elevación del arousal.

A su vez, podemos constatar que los síntomas no son más que la expresión de la lucha y oposición entre un conjunto de mecanismos de defensa que tienen como propósito mantener fuera de la conciencia la experiencia traumática y la fuerza de los recuerdos, vivencias y emociones asociados a esta experiencia que invaden al sujeto; todo lo cual perturba y daña a la persona, alterando la relación consigo mismo, con los otros y con la realidad. Tal proceso en nuestro caso, ocurre en un contexto hostil y amenazante, que no brinda los espacios de contención que permitan la abrección emocional.

El uso permanente de mecanismos de defensa, que permiten la disociación y encapsulamiento de la experiencia traumática, demanda un gasto extraordinario de energía que se expresa en fatiga, desganó y cansancio

generalizados. Con el transcurso del tiempo la falta de responsividad al mundo externo, la pérdida de proyectos y el aislamiento van configurando síndromes depresivos de difícil remisión. Esto es lo que hemos denominado como Síndrome de Estrés Post Traumático Complicado.

Cabe señalar que en el caso de las personas que han consultado después de un tiempo prolongado, posterior a los cuatro años, se presentan cuadros clínicos difusos, que se caracterizan por un empobrecimiento de la vida psíquica, manifestaciones depresivas crónicas, trastornos psicossomáticos, agresividad exacerbada, abuso de alcohol y drogas. Nuestra experiencia clínica nos indica que estos casos, si bien difíciles y complejos, se recuperan de manera importante con terapias prolongadas y con un abordaje psicosocial que dé cuenta de la totalidad del problema.

La anestesia emocional interfiere con la capacidad de experimentar ternura, intimidad, todo lo cual deteriora los vínculos familiares y sociales. No es infrecuente que después de cuatro años se produzcan rupturas de pareja o que las relaciones familiares se hayan deteriorado gravemente. El desgano, desinterés, desesperanza, asociados a la estigmatización y marginación social que afectan a las víctimas de tortura, se traduce en dificultades de reorganizar el proyecto vital, lo que realmente circularmente la sintomatología depresiva. Las personas se aíslan, se marginan y llevan una vida cada vez más limitada. Se recurre al consumo de fármacos, drogas y alcohol como forma de aplacar la sintomatología ansiosa y contrarrestar la falta de energía y ánimo vital.

Los mecanismos de defensa empleados para enfrentar la experiencia traumática de la tortura, si bien son primitivos y arcaicos, no son en sí mismos los productores del trastorno emocional. Permiten separar, esconder la experiencia y asimilarla gradual y paulatinamente. Se hacen patológicas si no son flexibles y perduran en el tiempo, impidiendo la elaboración de la experiencia traumática.

Por otra parte, cabe agregar que la tortura rara vez es un evento aislado en la vida de una persona, a menudo se acompaña de prisión, persecución, hostigamiento, y pérdidas materiales importantes. En un estudio realizado con la población atendida el año 96 observamos que en un 37% de los casos habían sido afectados por más de un hecho represivo. Más aún, muchas de las personas afectadas por la tortura tienen procesos penales pendientes o certificados de antecedentes que no les permiten obtener un empleo. En consecuencia el aislamiento y marginación es el resultado tanto de las dificultades emocionales asociadas a la experiencia reactiva como del aislamiento, marginación y exclusión social de que son objeto.

Cabe señalar que esta población está conformada por personas que se incorporaron activamente a la lucha contra el régimen militar. Sus aspiracio-

nes por transformaciones sociales más profundas no han sido del todo satisfechas y se encuentran excluidos y marginados del sistema. Por tanto, los trastornos emocionales observados se ven agravados por la carencia de redes sociales de contención y la expresión de una sociedad que ha intentado negar su historia.

La elaboración de la experiencia traumática requiere de la construcción de un vínculo confiable que permita la expresión de las vivencias y emociones asociadas a esta experiencia, que permita reconstruir los hechos vividos y asumidos en sus múltiples significados. Al superar la escisión entre objetos buenos y perversos es posible reconstruir los vínculos, volver a confiar en otros seres humanos y reconstruir un proyecto vital que permita oponerse activamente al daño sufrido a través de la participación social que busca la construcción de un mundo más pleno y solidario.

Cabe señalar que la construcción de este vínculo confiable depende también de la capacidad de las personas para asumir la experiencia traumática de la tortura como una situación altamente lesiva para la integridad del yo; y por tanto, de la disposición a escuchar y hacerse cargo de la existencia de "hombres" que preferimos negar. Por tanto, de una sociedad dispuesta a reconocer la existencia del daño y a implementar los mecanismos necesarios que faciliten su reparación.