



**VIOLENCIA POLITICA
Y
TRABAJO PSICOSOCIAL**

Aportes al debate

**Bertha Lucía Castaño
Luis Eduardo Jaramillo
Derek Summerfield**

BERTHA LUCÍA CASTAÑO
LUIS EDUARDO JARAMILLO
DEREK SUMMERFIELD

**VIOLENCIA POLÍTICA
Y TRABAJO PSICOSOCIAL**
Aportes al debate



Corporación AVRE

® Corporación AVRE
Calle 61 N° 24-42
Tels. 3474713 - 3473773 - 3473617
FAX 2487969
A.A. 50979
E-mail: avre@col1.telecom.com.co
Santa Fe de Bogotá, Colombia
Diciembre de 1998

ISBN: 958-95672-2-3

Este libro fue publicado con el auspicio de Diakonía (Acción Ecuménica Sueca) y de la Comisión de las Comunidades Europeas, Dirección General I B y su Delegación en Colombia.

Edición: Hernán Darío Correa
E-mail: cerec@colnodo.apc.org
Artes finales: Javier Correa Correa
Impresión y Encuadernación: Prisma Ltda.
Carátula: HDC y MCC.

CONTENIDO

Presentación	7
--------------------	---

EL TRABAJO PSICOSOCIAL: REFLEJO DE POSICIONES ÉTICAS Y POLÍTICAS

Bertha Lucía Castaño H.

Introducción	13
Ubicación histórica, filosófica y ética del trabajo psicosocial. Su relación con los Derechos Humanos	20
Algunas experiencias de trabajo psicosocial en Latinoamérica. Perspectivas teóricas. La terapia psicológica	35
Conclusiones	46
Bibliografía	48

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE GUERRA

Luis Eduardo Jaramillo

Introducción	57
¿Hay una definición de Trabajo Psicosocial?	57
La propuesta AVRE	64
Acciones	67
Bibliografía	70

EL IMPACTO DE LA GUERRA Y DE LA ATROCIDAD EN LAS POBLACIONES CIVILES

–Principios básicos para intervenciones de ONG's
y una crítica de los proyectos de trauma social–

Derek Summerfield

Introducción	73
Una epidemiología del conflicto interno	75
La experiencia colectiva de la guerra y sus dimensiones socio-culturales	81
La construcción social de eventos traumáticos: el auge de un lenguaje psicológico dominante dentro de la cultura Occidental	87
Una crítica a los proyectos de trauma psicosocial para poblaciones afectadas por la guerra	89
Principios básicos para las intervenciones	108
Algunas preguntas para la investigación	120
Bibliografía	123
Red de ayuda y rehabilitación	130
Siglas	

PRESENTACIÓN

En octubre de 1998, la Corporación AVRE organizó, conjuntamente con la agencia Diakonía – Acción Ecuménica Sueca, un seminario nacional de reflexión sobre *Experiencias en atención psicosocial a población víctima de guerra y de violencia en Colombia*. A dicho evento asistieron ONG's nacionales e internacionales con el fin de realizar un primer intercambio sobre el significado, implicaciones, contenidos y metodología del trabajo psicosocial que estaban desarrollando y sobre cómo dicho trabajo se ubicaría en los contextos de ayuda humanitaria de emergencia a víctimas de la violencia, particularmente en los casos de éxodos forzados de población atrapada en medio del conflicto.

En estas jornadas de reflexión se abrieron muchos interrogantes. Algunos de los más relevantes fueron: ¿Cómo evitar el emergencialismo psicológico, es decir la reducción de lo psicosocial a lo terapéutico individual o grupal? ¿Cómo lograr un trabajo humanitario holístico de tal manera que se entregue la ayuda de emergencia conjugada con políticas de mediano y largo plazo de carácter inter-institucional? ¿Qué relaciones de poder se expresan en el trabajo psicosocial (entre víctimas y ayudadores o expertos) y cuáles serían las alternativas para evitar que este tipo de relaciones genere efectos contrarios en el trabajo con víctimas, tales como la estigmatización de las mismas, la destrucción de redes sociales y formas de organización existentes, la negación o subvaloración de

los recursos con que cuenta cada individuo o comunidad para enfrentar la situación a partir de su cultura, historia y saberes? También surge la pregunta por la manera como se incorpora o no la participación de la gente en la definición y ejecución de las acciones y si el trabajo psicosocial realmente corresponde a una necesidad expresada por las personas o es una imposición externa de los proyectos. Finalmente, en este catálogo de cuestionamientos y reflexiones, se plantea como tema central el papel que la ayuda humanitaria y el trabajo psicosocial otorgan al respeto y restauración de la dignidad de las personas atropelladas por los actores y agentes violadores de derechos humanos y los protagonistas del conflicto armado interno.

Los tres artículos reunidos en este libro pretenden, sin querer agotar el tema, seguir aportando elementos al debate sobre el lugar del trabajo psicosocial en el contexto colombiano y sobre los dilemas éticos y políticos que el mismo plantea a quienes lo financian, lo promueven y lo realizan.

El primer artículo, *El trabajo psicosocial: reflejo de posiciones éticas y políticas*, de Bertha Lucía Castaño, apuntala algunas respuestas en este sentido, a la vez que plantea nuevas y profundas reflexiones al respecto, y se complementa con el trabajo breve y conciso de Luis Eduardo Jaramillo: *Intervención psicosocial en situaciones de guerra*, el cual busca, desde la experiencia y trayectoria de la Corporación AVRE, aportar elementos prácticos constitutivos de lo que sería una buena práctica psicosocial. Por último, el artículo, traducido especialmente por AVRE para esta publicación: *El impacto de la guerra y la atrocidad en las poblaciones civiles*, de Derek Summerfield, recrea una panorámica de los modelos e intencionalidades de las intervenciones psicosociales animadas desde Occidente en los modernos contextos de guerras civiles, pasando por El Salvador, Guatemala, Rwanda y Bosnia y, en este caso, muchas observaciones son de gran relevancia e interés en el caso de Colombia.

Ponemos entonces nuevamente sobre el tapete la discusión con esta publicación, la cual busca dinamizar un debate crítico e ilus-

trado. En este sentido, se orientó la selección de los artículos publicados, que no necesariamente comprometen la visión institucional sobre el tema.

Agradecemos en particular la colaboración de Marcela Salazar Posada, asesora de la Corporación AVRE, por la selección y compilación de los artículos alrededor de un núcleo temático; la coordinación general de todos los aspectos de esta publicación, incluyendo la revisión final, en conjunto con Luis Eduardo Jaramillo, de la traducción del artículo de Derek Summerfield, y esta Presentación; a RNN, por su generosa cesión del artículo de Derek Summerfield, y, finalmente, de manera muy especial a la agencia Diakonía y a la Comisión de las Comunidades Europeas, Dirección General 1 B y su Delegación en Colombia, por su contribución económica, la cual permitió la realización, publicación y difusión del material que hoy entregamos.

CORPORACIÓN AVRE
Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1998

EL TRABAJO PSICOSOCIAL:

Reflejo de posiciones éticas y políticas

*Bertha Lucía Castaño H.**

* Médica psiquiatra (Universidad del Valle – Universidad Nacional de Colombia). Especializada en Ética y Derechos Humanos (Convenio Universidad del Valle y Universidad Nacional de Colombia). Socia fundadora de AVRE y directora de la entidad desde su fundación. Autora del libro *Violencia sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas* (Corporación AVRE, 1994) y de varios artículos especializados sobre el mismo tema. Profesora adscrita de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro activo de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

Hace diez años en Colombia no se hablaba siquiera del impacto psicológico que sobre las víctimas tienen los hechos violentos y la guerra, menos aún se hablaba del impacto *psicosocial* y de la necesidad de realizar planes y proyectos tendientes a recuperar el daño producido. Sólo después de años de lucha por los Derechos Humanos se logró el reconocimiento, primero internacional y después nacional, de la delicada situación de violación de los mismos en el país. Sólo hace cerca de cinco años se reconoce que la guerra y la violencia tienen un impacto psicosocial sobre las poblaciones afectadas; y desde hace dos años hemos visto que el tema se coloca a la vista pública y que se destinan, aunque en algunos casos sea sólo de nombre, recursos financieros y humanos para atender el fenómeno.

Las diferentes Organizaciones No Gubernamentales nacionales fueron las primeras en asumir el tema como un aspecto importante en el apoyo a las víctimas de la violencia; posteriormente, diferentes entidades internacionales, entre ellas agencias de cooperación y ONG's europeas, hacen su aparición con proyectos que intentan hacer un trabajo de recuperación psicosocial con poblaciones afectadas por la violencia, especialmente con poblaciones desplazadas. El tema se pone de *moda*, y como toda moda son muchos los colores, formas y texturas que desfilan ante estas poblaciones, al-

gunas de ellas matizadas o *confeccionadas* con materiales nativos (léase: con la experiencia de organizaciones nacionales) y otras definitivamente europeas.

El panorama hoy en día es la presencia, como decía antes, de los más diversos estilos, concepciones o intereses. El hecho concreto es que están y que su presencia amerita y ha puesto sobre el tapete la reflexión acerca de los orígenes de la *moda*, así como su pertinencia y las implicaciones que tienen tanto para la población, como para las entidades gubernamentales y no gubernamentales que se plantean el desarrollo de proyectos de atención psicosocial.

La reflexión sobre el trabajo psicosocial en contextos de violencia organizada nos lleva a plantearnos qué entendemos y cuál es el implícito teórico y ético que subyace en nuestras propuestas y en nuestro trabajo. ¿Qué hace que éste tenga sentido?

No es un tema nuevo: tiene una historia estrechamente relacionada con la de los movimientos sociales, filosóficos y políticos de los dos últimos siglos. Sus raíces se encuentran en el desarrollo moral y técnico de la humanidad. En síntesis, el término *psicosocial* deriva de la preocupación que tienen por el fenómeno humano tanto la filosofía, como las ciencias, entre ellas, la política, la economía, la psicología y la medicina.

El fenómeno humano de referencia en este debate es la guerra. En la controversia despertada por la guerra, la psicología tomó la delantera y puso el centro de la discusión en el ser humano. Un ser humano moderno construido a partir de ideales de justicia, de respeto y de dignidad.

Muchos de los análisis sitúan el centro del debate en la discusión sobre lo *psi* y dentro de ello lo biológico. Pero lo biológico no decide la cuestión porque el concepto de persona que se pretende analizar tiene que ver con un valor ético.

La interpretación de lo *psicosocial* da la medida de las consecuencias de esta discusión. Esta interpretación se da en un contexto imbuido de la modernidad de occidente, un contexto básicamente político.

Aunque las posiciones políticas acerca de la guerra y del trabajo psicosocial influyen las decisiones de la gente, en el fondo lo que hay es una creencia o un problema más profundo que debe ser discutido por fuera de la esfera política. Lo que hay en el fondo es la moral y la ética con la cual nos asomamos y tomamos puesto en el debate.

Este fondo ético es el asunto verdaderamente pertinente y nos remite necesariamente al análisis filosófico del lenguaje y de los conceptos acerca de lo *psicosocial*.

Los asuntos de la vida tienen que verse con método filosófico, método que se relaciona con cuestiones teóricas y con aspectos que se refieren a la subjetividad; ambas deben dar como resultado una nueva comprensión de nosotros mismos.

El análisis filosófico del trabajo psicosocial sirve para encontrar nuevos modos de interpretar la teoría en que se cimienta, lo cual puede ser útil para resolver algunos de los conflictos fincados en lo conceptual. Nos lleva a encontrar el punto de convergencia entre el trabajo psicosocial y la política, una política y un trabajo psicosocial por y para el ser humano, en cuyo centro se encuentran los diferentes paradigmas de dignidad y de libertad tanto individuales como colectivos, e irremediablemente nos conducen a la concreción moderna de estos paradigmas, concreción que se ha encontrado en los Derechos Humanos. Unos Derechos Humanos fundamentados en la dignidad, cuyos rasgos esenciales serían su universalidad (característica de todo ser humano), su inviolabilidad (porque cada ser humano tiene una dignidad intrínseca), su inalienabilidad (no pueden ser renunciados por el titular de los mismos) y su imprescriptibilidad (no caducan). Rasgos que, como veremos, son criticados por los filósofos de la posmodernidad.

Necesitamos conocer los valores implícitos en el enfoque psicosocial y rescatar la importancia del método interdisciplinario para resolver, en vez de ocultar, los juicios de valor que se encuentran profundamente arraigados en la teoría y en la práctica; de esta forma lo ridículo toma sentido, un sentido que puede adoptar formas neo-coloniales, como diría el canta-autor cubano Silvio Ro-

dríguez, “servidor de pasado en copa nueva”, o de dignificación de las relaciones entre los pueblos.

No hay acuerdo sobre cuáles son los aspectos fundamentales de la intervención psicosocial, ni elementos críticos suficientes para superar el conflicto entre la importancia y pertinencia de atención a la respuesta individual versus la colectiva; pareciera que la controversia actual sobre el trabajo psicosocial no tuviera solución en el campo de lo psicosocial, mas sí en el campo de la filosofía y de la política.

En el trabajo psicosocial se hace referencia a la identidad, la autonomía, la dignidad, la cultura, la comunidad, la vida. Es de reflexionar lo que queremos decir con cada uno de estos términos, porque pueden entrar en conflicto, por ejemplo el derecho a la vida y el derecho a la dignidad.

El trabajo psicosocial nace de la práctica terapéutica con personas sujeto de la represión, de la persecución política y de las guerras. Las primeras observaciones sobre su impacto en las personas condujeron a planteamientos psicológicos, políticos, filosóficos y sociales con respecto a la sofisticación de prácticas de exterminio de aquellos considerados indeseables por quienes detentan o buscan el poder. Los planteamientos psicológicos fueron los primeros en llamar la atención acerca del daño sobre la subjetividad individual y sobre las identidades colectivas; frente a ese daño se desarrollaron una serie de estrategias de apoyo fincadas básicamente en el aspecto individual. Se acuñaron términos como *trauma* y *traumatización* que poco a poco fueron adquiriendo connotaciones sociales y políticas y que hoy en día se han convertido en uno de los aspectos centrales de programas y de políticas de asistencia y de ayuda humanitaria.

En el ámbito de las ciencias médicas y específicamente de la psiquiatría comenzaron los estudios acerca de los efectos de los hechos violentos sobre la subjetividad individual, pero fundamentalmente sobre los parámetros por ella considerados *normales* de la misma y sobre su cuerpo. Habiendo surgido de la práctica de activistas políticos o por lo menos habiendo florecido con el influ-

jo de la misma, las investigaciones dieron un giro médico y psicologizante, cuyo resultado son las diferentes categorías diagnósticas que ubican el trauma como una enfermedad, por ejemplo el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT).

Paralelo al desarrollo de la práctica terapéutica tradicional comenzó a surgir un movimiento a nivel mundial que cuestiona esta práctica y pone en el centro del debate aspectos fundamentales de la misma, tales como su utilización para silenciar a las víctimas haciéndolas depositarias individuales de daños que van más allá del daño a la persona, y la contribución a disminuir su capacidad de *empoderamiento* y su capacidad de análisis de las situaciones de injusticia y de violación de los derechos humanos que subyacen en las acciones de guerra y de represión.

Este movimiento se conoce hoy en día como *psicosocial* y poco a poco ha ido nutriéndose de las experiencias y de las investigaciones sobre el efecto de la guerra y de la violación de derechos humanos sobre las personas y sobre las comunidades. Igualmente, han ido deslindándose en su interior diversas corrientes teóricas y prácticas, las cuales son las que hoy nos animan a reflexionar, puesto que pueden servir, por una parte, para mantener y silenciar situaciones intolerantes de injusticia y de terror o, por otra, para denunciarlas y realizar una práctica ética del activismo social contemporáneo.

Para ubicar las tendencias y los matices presentes en el trabajo psicosocial es necesario tener una mirada lo más amplia posible de su teoría y de su práctica, así como de los supuestos implícitos en cada una de ellas. Esta tarea es grande y excede los objetivos de este documento; sin embargo, presentaremos algunos de esos planteamientos con el fin de contribuir al análisis que de la práctica psicosocial nos hemos propuesto en este libro.

No se empieza el trabajo psicosocial en condiciones de normalidad o de felicidad: es un trabajo que lleva implícita una concepción de solidaridad con los que sufren, una visión altruista de la medicina, de la psicología, la antropología, la política. Por lo tanto, no se puede ver como una entidad o un trabajo solamente téc-

nico, se relaciona con situaciones en las cuales hay de por medio un conflicto social, político o militar.

En el plano internacional el trabajo psicosocial lo realizan básicamente médicos, psicólogos o psiquiatras de los países europeos o de lo que se ha dado en llamar Occidente. Son profesionales que van a otros países, habiendo sido formados en una cultura occidental, son occidentales en el sentido amplio de la palabra. Implica entonces que son profesionales que en primera instancia privilegian la razón y que se enfrentan a la tarea de desarrollar un trabajo psicosocial con las ideas de la modernidad en las cuales el valor ético es el altruismo y la solidaridad con otras personas, lo que implica reconocer que hay un otro que está sufriendo y merece ser respetado, que hay un otro que está necesitando un apoyo, que está necesitando que le sea reparado el daño producido por otros seres humanos, un daño producido por la guerra y que por lo tanto demanda una comprensión de su situación, demanda que las personas que van a trabajar con ellos, que pretenden facilitar su recuperación social, económica o psicológica, entiendan que ellos tienen unas particulares formas de ser, que generalmente pertenecen a otra cultura, que tienen unos paradigmas, una historia y un significado de la vida probablemente diferente.

Demanda que esos profesionales y que esas personas que van a desarrollar el trabajo psicosocial con ellos, entiendan que parte del respeto por esas poblaciones es precisamente saber, aprender, conocer quiénes son ellas, quiénes son esas poblaciones y qué sentido le dan a su dolor, qué sentido le dan a lo que pasó. ¿Cómo puede un trabajador psicosocial articularse a una particular forma de ver la vida, de sentir, de ser, de sufrir? Indudablemente entendiendo cómo es que se da esto en las personas.

Nuestra formación occidental es una formación en la cual se privilegia la razón, las razones objetivas. Particularmente las ciencias médicas y dentro de ellas la psiquiatría, se guían por análisis positivistas, empiristas, naturalistas, en los cuales si no hay una relación o una medida cuantitativa de los fenómenos, si no hay un objeto sobre el cual practicar ciertos procedimientos, si no hay un objeto

que pueda ser instrumentalizado, no hay validez de lo que se diga acerca de ese objeto. Aquí radica la diferencia entre los diferentes conceptos de lo psicosocial. Para entender esas diferencias es necesario salir del ámbito de las ciencias y apoyarnos en la filosofía.

La filosofía ayuda a aclarar los significados sutiles de los términos ordinarios que utilizamos al hablar de los actos humanos, nos lleva a repensar los conceptos morales, nos provee de un lenguaje para el análisis de la experiencia cotidiana (Wallwork, 1994). Pero los términos no significan lo mismo siempre y en todas partes.

Los hallazgos de la práctica psicosocial tienen unas consecuencias normativas a las cuales no sería prudente pasar por alto. No en vano se plantean como una dimensión trastornadora y deconstructiva de premisas tenidas hasta entonces como ciertas, como son por ejemplo, la neutralidad de la ciencia, la posibilidad de resolución individual de los efectos psicológicos de la guerra sobre las personas, y la creencia en que la respuesta psicobiológica universal ante las experiencias de la guerra significan lo mismo en todas partes.

Recientemente, con la puesta en escena del tema psicosocial en la agenda de los Derechos Humanos a nivel nacional e internacional, han aparecido concepciones psicologizantes y emergencialistas provenientes fundamentalmente de los países europeos, que han incidido en la fractura del concepto inicial de trabajo psicosocial, dando como resultado la polarización de los trabajadores psicosociales en uno de los dos aspectos del mismo. Por un lado estarían quienes pretenden que la terapia psicológica o psiquiátrica sola puede resolver el efecto funesto de la violencia sociopolítica sobre las persona y sobre la sociedad, reconociendo a lo social el papel de proveer los bienes básicos, y, por otro, quienes desde el otro extremo desconocen el efecto sobre la subjetividad individual y colectiva o piensan que este efecto si lo hubiese es contrarrestable, incluso a nivel individual, con la sola puesta en marcha de proyectos de atención económica, muchas veces sin perspectiva de desarrollo.

En este trabajo se intenta puntualizar sobre algunos de los aspectos fundamentales a ser debatidos cuando se trata de idear y poner en práctica proyectos de intervención psicosocial; además, se aportan elementos para la discusión acerca de lo que implica lanzarse a la tarea de contribuir a la recuperación de los efectos de la guerra y de la violencia, puesto que la recuperación de las poblaciones afectadas por ella, exige claridad conceptual y transparencia ética a todos quienes nos hemos comprometido con un trabajo que implica básicamente solidaridad, entendida ésta como una exigencia ética derivada del reconocimiento de los demás como iguales, como actores políticos participantes y como interlocutores válidos.

UBICACIÓN HISTÓRICA, FILOSÓFICA Y ÉTICA DEL TRABAJO PSICOSOCIAL. SU RELACIÓN CON LOS DERECHOS HUMANOS

Apuntes históricos

El término psicosocial aparece estrechamente vinculado a situaciones de conflicto como la guerra, tiene connotaciones políticas y en esa medida no es un término neutral.

El precursor histórico del término psicosocial fue el concepto de trauma individual, el cual empieza a ser conocido a principios del presente siglo cuando Freud plantea sus observaciones acerca de las huellas que dejan los diferentes eventos de la vida en las personas, en lo que él llama la *neurosis traumática*; posteriormente se desarrolla el concepto de *neurosis de guerra* a partir del cual se acuña el término de *Síndrome de Estrés Post-Traumático* por parte de la psiquiatría norteamericana.

La investigación sobre el trauma florece junto a los movimientos políticos. El estudio de la histeria, por ejemplo, crece en Europa con los movimientos políticos anticlericales, la neurosis de com-

bate comienza en Inglaterra y Estados Unidos después de la Primera Guerra Mundial y alcanza su pico después de la Guerra del Vietnam, su contexto político fue el colapso de un culto a la guerra y el crecimiento de un movimiento pacifista. El contexto político de la violencia doméstica y sexual es el movimiento feminista en Europa occidental y Norteamérica. El conocimiento contemporáneo del trauma es construido como una síntesis de estas tres líneas de investigación (Lewis H, J., 1992).

Bettelheim argumenta que la traumatización psicológica debida a desastres producidos por los hombres es única. Utiliza el término *situación extrema* para describir la desesperanza y los sufrimientos inescapables de las víctimas aterrorizadas por otros seres humanos. Después de Vietnam vinieron numerosos estudios para entender los cambios neurológicos cerebrales que siguieron a una experiencia de miedo inescapable y estimulación sensorial. En Latinoamérica también se han encontrado estas alteraciones y han llevado a denunciar la violación de los Derechos Humanos desde una perspectiva de Salud Mental. Ha sido una construcción a partir de la *situación extrema* de Bettelheim, al *trauma acumulativo* y la *traumatización secuencial*, y en Latinoamérica aparece la *extrema traumatización* que describen como un proceso individual y colectivo en el contexto de una realidad social. Implicaría entonces un rescate del trauma intrapsíquico en el marco de un proceso sociopolítico (Lesser, M., 1996).

No se conoce el momento en que el término psicosocial ingresó al mundo de la ayuda humanitaria. Este concepto obedece a un desarrollo cultural de Occidente, nace con la modernidad y está íntimamente ligado al desarrollo de los Derechos Humanos.

El trabajo psicosocial y las diferentes concepciones acerca del impacto psicológico de la guerra sobre las personas y sobre las comunidades, llámese éste trauma psicológico, traumatización, trauma psicosocial o trastorno de estrés post-traumático, son o el producto de formas contemporáneas de asumir la solidaridad con los otros o el activismo social permeado por el discurso de los Derechos Humanos y por la universalización de los conceptos acer-

ca del valor de la vida humana, de la dignidad y de la libertad o la manifestación del poder de Occidente, entre ellos el de la ciencia y del conocimiento y, su supuesto, de ser los exponentes máximos de la razón.

En Colombia el concepto aparece al comienzo de la década de los años 90 cuando una ONG compuesta básicamente por psiquiatras (Corporación AVRE) empieza la atención en salud mental de las víctimas de la violencia sociopolítica que desde principios del siglo vive el país, una atención que desde un comienzo se planteó la recuperación emocional íntimamente ligada a la lucha por los Derechos Humanos.

Ubicación filosófica. Relación con los Derechos Humanos

El concepto de trabajo psicosocial es un cruce de caminos entre los Derechos Humanos, la filosofía, la ciencia y la política. Al igual que todas ellas, implica distintos conceptos de libertad y diferentes paradigmas de dignidad.

La forma de sustentar un concepto incide en la forma de implementarlo, pues pueden derivarse consecuencias muy diferentes. Por ejemplo, para los neoliberales el derecho a la vida sería solamente la defensa contra agresiones físicas, mientras que para otros es también el derecho a los medios para vivir.

Los conceptos de autonomía, libertad y respeto sustentan la ética del trabajo psicosocial. Estos conceptos se erigen en principios en la concepción moderna de la persona; la dignidad como autonomía y como inherente a todo ser humano adquiere una categoría ética, política, jurídica y psicológica. La dignidad es el valor fundante intrínseco de los Derechos Humanos y la libertad, el hilo conductor para diferenciar clases de derechos.

Angelo Papaccini plantea tres paradigmas de dignidad:

1. Como indiferencia a las desigualdades. Todos los hombres son dignos, sin importar su clase social o su situación.

2. Como sensibilidad a las desigualdades. La dignidad no es posible en cualquier situación, por ejemplo en situaciones de miseria.

3. Como sensibilidad a las diferencias. La desigualdad es un obstáculo para las diferencias. Sería el paradigma detrás de los derechos de tercera generación o colectivos, es decir los que propugnan por una vida con calidad.

Para él, lo humano se define como una lucha por el reconocimiento de su dignidad. La dignidad como autonomía y la libertad como expresión de esa autonomía y de la voluntad humana.

Hoyos (s.f.) plantea que la voluntad humana es movida por la libertad, cuando reconoce la libertad de los demás, independientemente de todo condicionamiento posible. Según él, el principio moral que nos dice que no debemos instrumentalizar a nadie, descubre en el hombre, como ser libre, la posibilidad de autodeterminarse en las acciones desde el punto de vista moral; la autonomía sería la base de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional.

La libertad puede ser concebida como una libertad negativa en la que ninguna entidad extraña puede incidir en el lugar sagrado que es el individuo, o como democracia en la cual la idea no es de injerencia o de interferencia sino de participación. El ejercicio de la libertad y de la democracia es problemático, por ello con frecuencia se encuentra una contradicción entre el discurso de los Derechos Humanos y la práctica social y política. Igualmente, es problemático el desarrollo de una práctica psicosocial coherente con paradigmas de dignidad y de libertad universalmente aceptables. Para Marx, solamente dentro de la comunidad es posible la libertad personal.

El concepto psicosocial estrechamente ligado al concepto de Derechos Humanos permitiría hablar de categorías universales. Pero frente a la universalidad, ¿cómo hablar de multiculturas? ¿Existe realmente una universalidad de los Derechos Humanos y de lo psicosocial, o son simplemente una postura de Occidente, reflejo de su despotismo? ¿No habría detrás de ellos una justificación hegemónica de un proceso de expansión y de dominación?

Existen posiciones críticas muy fuertes al concepto de universalidad de los Derechos Humanos que los consideran un imperialismo de Occidente. Esta crítica es similar a la crítica marxista que plantea que los Derechos Humanos son para la clase burguesa, cuya intención es transformar en universales los intereses de esa clase. Igual crítica se hace a las pretensiones de universalidad psíquica presente en algunas concepciones de lo psicosocial, como veremos mas adelante.

Frente a esas críticas se argumenta que no se trata de establecer un monopolio de la universalidad, pero tampoco reducirla con pretensiones de individualidad, para lo cual es importante comprender lo privado sin reducirlo al privatismo, al autismo del yo moderno ensimismado.

La universalidad es relativa al valor de la vida, al derecho a no ser tratado como una cosa sino a tener dignidad, y a prácticas incompatibles con el concepto de dignidad humana, tales como la tortura, la esclavitud, la discriminación y el juicio no justo: aquí se asume un valor diferente de la vida.

Relativizar no quiere decir una actitud de indiferencia que en el fondo es intolerancia. El relativismo total no es el camino de la tolerancia, es una actitud metafísica y dogmática, de allí la importancia de tener un punto de vista propio para no sucumbir a la homogenización que no respeta el derecho a las identidades, o a la homologación, o a que la verdad de todo sea el promedio que termina convirtiéndose en conducta, como lo demuestra el efecto devastador de las encuestas. La tolerancia no es renunciar a la búsqueda de la verdad, mas sí renunciar a creer que existe una verdad absoluta porque la verdad es creación de sentido. La tolerancia real como ejercicio cabal de respeto por los otros debería tener la significación positiva de aceptar y entrar en diálogo con los otros y opuestos; así se alentaría una moral que rebase las éticas particulares porque el tener un juicio propio es transcultural.

La modernidad que dio origen a los conceptos de dignidad, autonomía y libertad, para algunos críticos posmodernistas fracasó porque ha producido valores fragmentados y sin sentido de lo que

antes tenía sentido, y porque encubre ideológicamente su sentido de ser instrumento para transformar en universal lo supuestamente individual (crítica marxista que además plantea que el hecho fundamental de la vida moderna es que ésta es radicalmente contradictoria en su base).

Marshall (1989) dice que la idea de la modernidad concebida en numerosas formas fragmentarias, pierde buena parte de su viveza, su resonancia y su profundidad, y pierde su capacidad de organizar y dar un significado a la vida de las personas. Como resultado de tal proceso nos encontramos hoy en medio de una edad moderna que ha perdido el contacto con las raíces de su propia modernidad.

Veamos cómo se desarrollan los conceptos y los paradigmas de la modernidad y de los Derechos Humanos y su relación con la ética y la moral.

El rasgo que identifica el paso de la Edad Media a la Moderna es el paso progresivo de una sociedad teocéntrica y estamental a una antropocéntrica e individualista en la que la persona reclama la libertad religiosa, intelectual, política y económica. El período de transición empieza en el siglo xiv. En el siglo xviii aparece la filosofía de los derechos fundamentales como aproximación moderna a la dignidad humana, enmarcada en una mentalidad individualista. Empieza el Estado soberano que no reconoce superior y tiene el monopolio de la fuerza en contraposición política del pluralismo del poder. Este Estado se erige como el poder racionalizado, centralista y burocratizado, su poder es creciente, el derecho se erige en instrumento mayor o rey, aparece entonces la necesidad de unos derechos. La nueva mentalidad es el humanismo; la reforma y el proceso de secularización de la sociedad se manifiestan con el individualismo y la racionalidad.

La reforma protestante divide definitivamente al cristianismo, rompe la unidad eclesial, aparece el pluralismo religioso, se establecen normas jurídicas que eviten las guerras *santas*. La tolerancia como precursora de la libertad religiosa será el primer derecho fundamental.

Surge el concepto de contrato social y de Derecho. El Estado absoluto se empezará a superar con la formulación iusnaturalista de los derechos fundamentales y con la idea de la separación de poderes.

Los derechos fundamentales son un concepto histórico del mundo moderno; surgen progresivamente a partir del tránsito a la modernidad. La idea central en todos los momentos es la de dignidad humana; esta idea en cada tiempo se realiza de acuerdo a condiciones económicas, sociales, culturales y políticas.

Han tenido un triple proceso de evolución: 1. La positivización en la cual se abandona el iusnaturalismo racionalista; la garantía de su efectividad no será sólo la racionalidad sino la fuerza del derecho a través de los tribunales de justicia; 2. La generalización, por influencia del movimiento obrero y del socialismo democrático; aparecen componentes igualitarios como el sufragio universal, la prohibición de las discriminaciones, el derecho de asociación (prohibido en la etapa liberal) y los derechos sociales, económicos y culturales, y 3. La internacionalización, que pretende superar el ámbito del Estado Nacional y su soberanía para su reconocimiento y protección; aparecen entonces la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los pactos posteriores a ésta.

Son un instrumento de organización social que favorece el desarrollo moral de las personas según la cultura jurídica y política modernas, pues suponen la respuesta del derecho a las necesidades básicas de los individuos y de las comunidades. Son expresión de los valores de libertad y de igualdad (ámbito de la filosofía moral), como necesidades humanas fundamentales para la realización plena de la vida social.

Con la evolución de los conceptos de derecho evolucionan los conceptos de ética y de moral. La moral tiene que ver con lo privado y el derecho con lo social. Al entrar al campo de la ética y de la moral, entramos al campo de los principios y de los valores, pero los principios suelen encerrar una complejidad de problemas que a primera vista no se ve, su relación con la ética se torna difícil pues ésta tiende a suponer que los principios resuelven los proble-

mas, pero a veces la solución está mas allá de ellos. Los principios suelen funcionar como espejismos, de ahí que a veces las cuestiones no puedan manejarse adecuadamente hasta que se crean los métodos para una buena formulación de los mismos. Sin embargo, pretender que los principios engloban el sin número de creencias y de interpretaciones existentes acerca del valor de la vida y del ser humano es erróneo, una teoría ética general nos daría los elementos para discutir racionalmente sobre los valores, el respecto a la vida, la solidaridad, la autonomía y la dignidad humanas.

Con el tránsito a la modernidad fue tomando forma la idea del hombre como forjador de su propio destino, del ser humano como un ser capaz de transformar aquello que antes era sobrenatural y de ponerlo a su beneficio, y paralelamente se descubrió el sentido individual de ese ser humano, un sentido individual o subjetivo que se traduce en el sujeto moderno, en el yo moderno, el cual es en sí mismo capaz de controlarse, de analizar sus propios sentimientos, un sujeto moderno que no se reduce sólo a lo biológico sino que se reconoce como algo más, como un ser con subjetividad, con psiquis. Aparece aquí el concepto de lo *psi*, que se privilegió en Occidente.

Se descubren una serie de potencialidades del ser humano que en un momento dado se hipertrofia, este ser humano se crece, es un ser humano que no reconoce otros poderes diferentes al suyo, se ensimisma, se vuelve autista en el conocimiento de sí. Paulatinamente empieza a reconocer un otro, muy difícil de definir, pero un otro semejante a sí. Ese reconocimiento de ese otro parte de un reconocimiento de sí mismo como un ente con capacidad de discernimiento, con autonomía, con sentimientos, con intuiciones morales independientes de la cultura. Intuiciones morales tales como el rechazo a matar a sus semejantes, el alivio de su sufrimiento y el reconocimiento de su propia dignidad y de la dignidad de los otros. Ese es un aspecto que en su ensimismamiento identifica y que necesita poner en el otro para poder reconocerlo como merecedor de respeto, de apoyo, de dignidad.

Hay algo en ese otro que hace que el yo lo reconozca y ese algo es aquello que todos tenemos, en lo que todos de alguna forma basamos nuestra identidad: la capacidad de respetarnos, la capacidad de considerarnos dignos y la necesidad de no sufrir. Ese yo moderno entra en diálogo con el otro y se plantea los elementos morales mencionados para su relación con él. Ese otro también está enmarcado en un contexto político y social; en esa medida ese diálogo se amplía a otros que influyen sobre las convicciones, sobre las creencias, sobre la identidad de ese yo individual, autista y ensimismado.

El concepto moderno de yo es un concepto de sujeto, es un concepto profundo en el cual fundamentalmente lo que se ve es ese reconocimiento del valor *per se* de ese yo, del valor de su vida, de su dignidad, de sus sentimientos, de su libertad. Esto no es sólo cuestión de lenguaje.

Pero todo no se puede reducir a moral. Hay que relativizar este reduccionismo. El debate sobre las concepciones contemporáneas de la ética se hace necesario, pues hay quienes de manera frívola y cínica plantean que no existen normas universales, pero hay también quienes se entrampan en un moralismo que hace que los principios se degeneren. Habría que considerar las corrientes contemporáneas de la ética para ubicar en qué marco referencial se desarrollan las tan controvertidas prácticas psicosociales.

Habría tres corrientes éticas contemporáneas que estarían en la base de esos marcos referenciales. Ellas son: la ética contractualista, la ética discursiva y la ética contextualista o comunitarista.

El contractualismo descende de las ideas de Hobbes sobre el contrato social como única alternativa para regular la agresión humana, y de las ideas de Rousseau para quien los seres humanos son por naturaleza buenos e iguales, y la desigualdad entre ellos tendría origen en las formas de agresión y competencia. El contrato social sería entonces un instrumento de regulación de las relaciones sociales (Hoyos, s.f.). El representante moderno del contractualismo o neocontractualista es John Rawls, quien plantea la idea de la justicia como equidad, a la cual se llega por medio

de un contrato moderno entre los individuos de la sociedad. Sería la encargada de establecer el consenso moderno.

La ética discursiva o comunicativa propone un cambio de paradigma, de una razón monológica o razón moderna kantiana y hegeliana en que el sujeto moderno dialoga consigo mismo, se ensimisma, se vuelve autista y narciso, a una razón dialógica en la que el eje sea el mundo de la vida, la sociedad civil. Uno de sus representantes, J. Habermas, quien viene de la tradición filosófica de la escuela de Frankfurt, critica ese sujeto moderno narcisista y lo ubica en una subjetividad dialogante. Frente a la crisis de la modernidad no habría para él que destruir ésta sino cambiarle de paradigma, es decir, construir el sujeto moderno a partir del diálogo con otros. La razón monológica que habría que cambiar en la ciencia sería su modelo empirista, el cual es un razonamiento kantiano en el que se analizan las posibilidades de conocimiento a partir del análisis de los instrumentos para conocer la realidad. Habermas cambia este paradigma por otro en el que primero habría que conocer la realidad; pasa entonces a una razón comunicativa, dialógica, discursiva o argumentativa. En la razón moderna la actitud es la del observador, la del científico y en la razón comunicativa, la actitud sería la del participante (Investigación Acción Participativa). Es en la participación donde al sujeto se le da la realidad, donde se dan razones de cambio, donde habría posibilidad de llegar a consensos. ¿Qué se trata entonces de reconstruir?: las estructuras de la comunicación humana referidas al mundo de la vida. El mundo de la vida tiene una razón objetiva (lo físico) en que las proposiciones son verdaderas o falsas; aquí no hay lugar para el relativismo o el *depende*, podría depender del contexto en el cual se plantea la proposición, pero una vez planteada ésta, las cosas son falsas o verdaderas, este es el positivismo científico o de la acción instrumental. Pero el mundo de la vida también es el mundo de los valores, de las leyes, de las instituciones y de la moral. Aquí la proposición con sentido apunta, no a si algo es verdadero o falso, sino a si es correcto, legítimo, justificado o justificable, normativo o no. Es el mundo de lo social en el cual está

lo justificable, las razones de reciprocidad y los motivos para que algo sea así y no de manera distinta. Por lo tanto, las proposiciones con sentido se dirigen tanto al mundo objetivo, como al social y al subjetivo. Cuando alguien asume una proposición determinada muestra algo suyo, apunta a que lo que dice sea reconocido por los demás como cierto, es decir como algo que tiene veracidad, sinceridad, autenticidad. Este es el campo donde habitan la estética, la retórica, la dramaturgia, la simbología profunda y la psicología. Este mundo de la vida así concebido es trascendente, inagotable, más complejo que lo que se puede decir de él.

La ética discursiva y el contractualismo son un esfuerzo por rehabilitar los fundamentos racionales de la cultura moderna.

Como una crítica a la ética comunicativa aparece la ética comunitarista que se plantea posmoderna. En ella el paradigma sería cambiado por uno comunitario. Este modelo argumenta contra el liberalismo moderno, lo acusa de desalmado, que defiende el individuo en la esfera privada y deja la esfera pública para el Estado. Protege la identidad de las culturas antes que privilegiar la libertad, ya que las culturas son formas de vida humana que requieren de un reconocimiento público de otras formas de vida. El instinto de tribu o de comunidad hace al individuo solidario con los suyos. El contextualismo o comunitarismo se empeña en salvar de las generalizaciones de la modernidad y de los excesos racionalistas la autenticidad del individuo, de los grupos sociales y de las culturas. La autenticidad sería el desarrollo de la autonomía, y la modernidad sería la apertura a la generalidad y el encuentro intercultural. Ambos conceptos se complementarían. La modernidad pretende generalizar la individualidad, ganar ámbitos en los que primen los intereses generales sobre los particulares, reconocer aquellos mínimos sin los que los individuos no pueden realizarse. Entonces sería imperativo el fomento de la autenticidad para que las personas no se desdibujen en la generalidad abstracta de las ideas de la racionalidad occidental (Hoyos, s.f.).

Por último, aparece el multiculturalismo, que se ubica en el primer plano de la discusión ética. Se refiere a que actualmente las

culturas conviven en las mismas calles. Argumenta que la noción de cultura ha sido manejada con criterios sacralizantes y estetizantes.

Existen diferentes teorías filosóficas contemporáneas acerca de la multiculturalidad. Los liberales neokantianos y universalistas insisten en la igual dignidad de todos los seres humanos y los comunitaristas, para quienes el ser humano sólo se puede desarrollar al interior de una cultura, en la permanencia en una comunidad. Hasta 1980 los comunitaristas no admitían conceptos de multiculturalidad, ahora plantean el multiculturalismo como una nueva utopía en la filosofía. Los filósofos del liberalismo neokantiano afirman la universalización y la internacionalización de la vida humana.

Para Habermas, por ejemplo, sólo una identidad universal que diere por supuesta una dignidad universal sería lo razonable.

Taylor (1996), plantea la neutralidad ética versus la inevitable impregnación ética de una comunidad de derecho y de todo proceso democrático de realización de derechos fundamentales. La integridad de la persona no puede ser normativamente garantizada sin proteger los nexos vitales intersubjetivos, por ello el individuo es siempre sujeto de membrecía cultural, de lo cual resultan discriminaciones invertidas. Afirma que para la coexistencia de culturas no se requiere de derechos colectivos. Lo moral sería hoy un trato igual y de mutua responsabilidad porque comprende también las formas de comportamiento asimétricas, no contractuales y las formas de solidaridad, y la multiculturalidad, la interdependencia entre culturas y no una suma o yuxtaposición de culturas puras. Rescata la importancia del encuentro y del conflicto entre culturas.

Las teorías contemporáneas de la multiculturalidad serían las condiciones para el diálogo de culturas, con lo cual se las protege del culturalismo y de las diferentes opciones de aculturación. Se necesita de una cultura común en los países donde coexisten varias culturas para llegar a la coexistencia de ellas en un espacio político específico.

Inicialmente la respuesta a la multiculturalidad fue la tolerancia que consiste en dejar que las minorías actúen como quieran sin criminalizarlas en tanto no obren contra la cultura de la mayoría ni le impidan a otros actuar de acuerdo con su propia cultura. Luego apareció la idea de que los principios de una Constitución Política no deben estar referidos a una concepción específica de lo que es la vida buena. Esto es un paso más allá de la tolerancia, y la afirmación del multiculturalismo liberal como estrategia política para las sociedades que tengan diferentes culturas.

Los juicios valorativos para ello serían la convicción de que la libertad y la prosperidad de los individuos depende de la membrecía a un grupo específico y la fe en el pluralismo de valores, aunque sean incompatibles. La sociedad política debe reconocer el mismo rango a todas las culturas, es decir la igualdad entre culturas estables y no la mayoría que tolera a las minorías.

Esto refuta a los tres grandes argumentos liberales, a saber:

1. La pretendida superioridad de la cultura europea y la resistencia a concederle derechos de igualdad a otras culturas. No habría, pues, culturas superiores o inferiores pero sí rasgos culturales inaceptables en cualquier cultura, como serían por ejemplo la represión, la esclavitud, la discriminación de razas o de culturas. Habría entonces que rescatar unos valores generales.

2. Creerse el gran bastión de la libertad individual, por lo cual teme que el multiculturalismo la niegue.

3. Que una sociedad para subsistir necesita de una cultura común.

Taylor ahonda en el debate al decir que en la historia del hombre moderno se dan dos grandes hechos. Uno es el derrumbamiento del orden feudal ya que el reconocimiento se torna problemático porque se convierte un arma de discriminación y produce lucha. Para él, el hombre moderno vive en una permanente contradicción. El problema de la identidad asume condiciones esquizofrénicas porque adquiere connotaciones de dignidad, la cual en el siglo XVIII se vuelve universal y en principio es ciega a las diferencias. Salen a relucir la carga y la gravedad de los logros de

la revolución francesa. La dignidad es una cualidad que le aviene automáticamente al ser humano sin que tenga nadie que esforzarse por ello, y la universalidad de esta dignidad es que toda referencia a la particularidad sea vista como discriminación. Otro es que a partir del romanticismo europeo aparece la noción de autenticidad que parte de la manera como el romanticismo comenzó a ver la moral a la cual había que darle fundamento; se planteó entonces que en todo ser humano hay una especie de voz interior y que el actuar moralmente consistía en escuchar y atender esa voz interior que sería la conciencia moral que es eminentemente individual: ésta sería la autenticidad.

Al mismo tiempo que se sigue creyendo en la dignidad universal se comienza a insistir en la autenticidad y en una política de la diferencia que exige el reconocimiento de la identidad inconfundible de cada grupo e individuo.

El gran reto para la ética actual es entonces: ¿Cómo conjugar estas dos cosas? Dignidad e igualdad versus autenticidad, la cual acusa a la dignidad de homogenizar a todos los seres humanos y negar la identidad.

La propuesta de Taylor a la concepción de igualdad es contraponer una interpretación que toma en cuenta las diferencias ya dadas al nacer u *horizontes valorativos*. Aquí entran en pugna las particularidades de las culturas, las cuales no son sujetos individuales de derechos sino sujetos sociales menesterosos de reconocimiento al interior de comunidades con contradicciones determinantes.

Se halla pues una íntima relación entre identidad y reconocimiento, como algo social y recíproco. Sería una política alternativa para la política de dignidad universal. Cuando se da el reconocimiento se reconoce que la autonomía no puede ser el todo, se quiebra entonces la identidad del sujeto moderno. La tarea política sería la conservación de la integridad de las culturas y el fomento de identidades comunes, de lo cual se desprende la necesidad de proteger a las comunidades en las cuales se da el reconocimiento. Más allá de la exigencia de preservación cultural el recla-

mo es de reconocimiento universal, de equiparación de las culturas, este reclamo para Taylor se remite a *Los condenados de la tierra*, de Franz Fanon, o el destino blanco del negro.

El principio de igualdad universal se abre a las diferencias y exige la presunción de igualdad de valor de las diferentes culturas, a las cuales se debe reconocer la necesidad de sobrevivencia; aquí la tolerancia sería el diálogo en igualdad. Para Taylor, esta presunción de igual valor es el comienzo de una plataforma que les dé igual valor. En el diálogo siguen existiendo diferencias culturales pero se reconocen éstas y su valor relativo. Para Hoyos, el asunto cardinal de la sociedad no es el de la igualdad, sino el de la cooperación y la relación a partir de la diferencia, lo cual abre camino para una política deliberativa y la posibilidad de relacionar autonomía personal, participación política y compromiso social a la vez.

La equiparación de la libertad con la dignidad humana constituyó un elemento importante para la humanidad y para la justicia, pero se necesita la complementariedad de los dos elementos. Defender la igualdad es defender la posibilidad de defender las diferencias.

Como vemos, el pensamiento europeo tiende a ser homogenizante pero es urgente descentrar la noción de subjetividad. Los puntos revaluados hoy por las posiciones posmodernas serían: 1. El modelo clásico liberal de la igualdad de todos sin tener en cuenta las diferencias económicas. Frente a él la noción de dignidad tiene puntos imprescindibles de referencia a lo económico y cultural, y 2. El concepto de la ayuda o asistencia a otra persona como un menoscabo a la autonomía de la misma, la ayuda se plantearía entonces como apoyo, sin menoscabar la autonomía, y el respeto implicaría también reconocer las situaciones, por ejemplo de pobreza.

La concepción de trabajo psicosocial se basaría en esta perspectiva posmoderna.

ALGUNAS EXPERIENCIAS DE TRABAJO PSICOSOCIAL EN LATINOAMÉRICA. PERSPECTIVAS TEÓRICAS. LA TERAPIA PSICOLÓGICA

El concepto de psicosocial es una forma de entender las respuestas y los comportamientos de las personas en un contexto cultural, político, económico, religioso y social determinado. Este entendimiento se torna problemático en situaciones de guerra y de violencia organizada en las cuales el contexto sociopolítico es un factor determinante en la posibilidad de acceder a las fuentes de información que nos permitan esa comprensión.

El término psicosocial tiene dos componentes lingüísticos que denotan los dos aspectos claves en la comprensión del fenómeno humano. Por un lado, el prefijo *psico* se refiere al aspecto subjetivo de la persona y, por otro, la palabra *social* hace relación a esa persona dentro de un mundo con el cual se relaciona y que le da sentido de pertenencia y de identidad.

Ambos aspectos son pertinentes y relevantes a la hora de emprender un trabajo psicosocial; sin embargo, con frecuencia se encuentra que se desequilibran en la práctica al poner el énfasis en alguno de ellos, olvidando o menospreciando el otro, bien sea por acondicionamientos del contexto sociopolítico, o bien por posturas ideológicas de las cuales a veces no se es consciente. Ese desequilibrio se manifiesta cuando se asumen planteamientos y teorías psicológicas o sociales que tienden a ser excluyentes entre sí. Esta sería la situación de algunas concepciones teóricas acerca del trabajo psicosocial, las cuales se ubican en uno de los dos extremos del concepto, presentando por tanto una visión incompleta y reduccionista del mismo con consecuencias prácticas específicas, por ejemplo en la forma de asumir o no el trabajo terapéutico, la solidaridad humana o la ayuda humanitaria.

Algunas experiencias en Latinoamérica

En el desarrollo del trabajo psicosocial con víctimas de violencia sociopolítica en Latinoamérica se ha observado que éste surge como respuesta de solidaridad humana y política con las víctimas, a través de un proceso de acompañamiento o terapia psicológica y psiquiátrica aunado a una actividad política conjunta, fundamentalmente de denuncia de la violación de los Derechos Humanos. Ejemplos de ello son el trabajo psicosocial con las Madres de la Plaza de Mayo en Argentina; el trabajo de CODEPU, ILAS y FASIC en Chile; SERSOC de Uruguay; Ignacio Martín Baró en la UCA, en el Salvador; el trabajo de El Productor, en Costa Rica, y el trabajo de cooperantes internacionales en Nicaragua y Guatemala. Ellos han utilizado diversos métodos psicoterapéuticos entre los que se encuentran modelos médicos, psicoanalíticos, de la teoría sistémica, del humanismo existencial, teorías cognoscitivas comportamentales y métodos del materialismo histórico y dialéctico.

Muchas de las investigaciones realizadas reflejan los conceptos y el papel del activismo social en este trabajo. Ignacio Martín-Baró, un ejemplo prototípico del activista social, sostuvo que el papel del psicólogo es acompañar a la gente a entender su propia realidad a través del examen y de la reflexión de la experiencia, y que serían más efectivos en guiar a la gente en distinguir los problemas individuales de los producidos por estructuras de poder social, especialmente en casos de violencia institucionalizada en las que la tendencia es a individualizar y a callar a los contradictores. Cuando los individuos atribuyen su malestar a su mundo psíquico interno, el psicólogo debe redireccionar su atención al contexto social y al impacto sobre la vida.

El trabajo terapéutico con víctimas de violencia organizada ha llevado a plantear que el sufrimiento psíquico y la enfermedad mental son el producto de interacciones que son incompatibles con la vida, por ello el papel del terapeuta es crear un contexto para que las interacciones sean para afirmar la vida (Barudy, 1990).

Pero, a decir de Lesser (1996), también en Latinoamérica se ha estigmatizado (victimizado) científicamente a quienes han sufrido el impacto de la represión al llamar *trastorno* a su experiencia individual, con lo cual se repite la negación iniciada por los victimarios y se profundiza el trauma; de esta forma, en las víctimas un acto sociopolítico de poder se convierte en una experiencia individual. Esta opinión es compartida por Paz Rojas (1990), quien en su trabajo con torturados chilenos no encontró secuelas psicopatológicas en ellos, no cree por lo tanto en el síndrome del post-torturado, pero valida el trabajo de los terapeutas al decir que éstos, más que técnicas clínicas, necesitan conocer aspectos de Derechos Humanos, aspectos sociales, políticos, económicos, culturales y la doctrina e ideología de la tortura como una institución.

En Colombia, a partir de una propuesta inicial de psiquiatría social en 1990, en la que se apuntó a la recuperación emocional de las víctimas de la violencia sociopolítica por medio de programas de salud mental comunitaria, articulados a programas de desarrollo y a la defensa de los Derechos Humanos (Castaño, B., 1994; Castaño, B y López, P., 1994), se llegó a la conceptualización de un trabajo psicosocial, con bases teórico-prácticas más amplias que implican una comprensión y un compromiso ético ineludibles. Sin prescindir de los razonamientos científicos psico-biológicos, en la práctica trasciende esta metodología y se nutre de los planteamientos y de la práctica de otras disciplinas, en el trabajo psicosocial con poblaciones de desplazados internos y con personas que han sufrido amenazas contra su vida o de su familia, persecución política o gremial, tortura, o con familiares de detenidos desaparecidos. En mi experiencia en este trabajo he observado que el proceso terapéutico con estas personas y con sus grupos sociales ha sido un factor importante, algunas veces imprescindible, en el camino hacia la reconstrucción del significado de su vida, de su dignidad y de su identidad.

Algunas perspectivas teóricas

Una forma de interpretar los efectos producidos por la guerra y la violencia organizada es ubicarlos en un contexto subjetivo o de traumatización psicológica.

Quienes validan la existencia de los síndromes traumáticos plantean que éstos tienen aspectos básicos comunes y que por lo tanto el proceso de recuperación también tiene una vía común. Aunque reconocen que el estudio del trauma psicológico constantemente se encuentra con la tendencia a desacreditar la víctima o a hacerla invisible, argumentan que su estudio sistemático depende del aporte de un movimiento político; por ejemplo, el estudio del trauma de guerra sólo se empieza a legitimar cuando se cuestiona el sacrificio de hombres jóvenes en ella, y el trauma sexual y doméstico cuando en el contexto cambia la subordinación de las mujeres y de los niños. En ausencia de movimientos políticos o de Derechos Humanos fuertes, el proceso activo de resistencia de los afectados, inevitablemente lleva a un proceso activo de olvido. Para ellos la represión, la disociación y la negación son fenómenos tanto de la conciencia social como individual.

Algunos teóricos enfatizan sobre la diferencia significativa entre experiencias del trauma en adultos y en niños, enfatizando en el desarrollo emocional (Krystal, 1978).

Los constructivistas dicen que la realidad psicológica es construida. Si la construcción se afecta, se debe reparar. Entre más devastadora es la destrucción mayor es el trabajo de reparación incluyendo la construcción de nuevas estructuras. Opinan que muchos de los síntomas del TEPT son reflejo de los procesos de adaptación para asimilar nuevos datos, por ejemplo el trauma. (Peterson, Prout y Schwarz, 1991). La traumatización psicológica sería la respuesta humana biológica y emocional ante experiencias terroríficas y que producen malestar en la mayoría de nosotros.

Para las teorías cognoscitivas, en la experiencia de trauma se desmantelan las creencias acerca de la naturaleza del mundo y su ubicación; la recuperación implica entonces el desarrollo de nue-

vas creencias capaces de contener la experiencia traumática. Los modelos cognoscitivos se aplican especialmente a perspectivas culturalmente definidas de trauma y se centran en la interdependencia de factores sociales y culturales, así como en las experiencias y conductas individuales. Los modelos cognoscitivos proveen un marco para entender el impacto de procesos de construcción de sentido basados en la cultura; examinan el impacto del trauma sobre los esquemas mentales y sobre el procesamiento de la información (Horowitz, 1974); explican los pensamientos intrusivos y las imágenes como una falla en el procesamiento cognoscitivo de la función de la memoria; si una experiencia falla en hacer el proceso mnésico normal porque fue terrorífica, ocurre la parálisis emocional y la experiencia permanece en la memoria activa, la cual se repite, dando como resultado una memoria intrusiva (Lesser, M., 1996).

En los modelos psicobiológicos, el trauma emocional y la hipervigilancia son atribuidos a cambios en los receptores de neurotransmisores cerebrales; estos receptores permanecen hipersensibles a estímulos relacionados con el trauma. Estas alteraciones en la química cerebral explican los síntomas postraumáticos, tales como imágenes, memoria y pensamientos intrusivos y los episodios disociativos.

La teoría conductual entiende la ansiedad y el miedo como una respuesta de aprendizaje humano al trauma. Los sobrevivientes asocian cosas particulares (sonidos, lugares, gente, etc.) con las experiencias terroríficas; la recuperación implica un proceso de aprendizaje para evitar los factores que empiezan una respuesta condicionada de miedo. Enfatizan el papel del ambiente en el desarrollo de los síntomas.

Existen otras teorías, tales como las del autodesarrollo constructivista (McCann y Pearlman, 1991), la formulación psico-dinámica, la perspectiva psicoformativa, la perspectiva ecológica (Harvey, 1996), el marco psicosocial (Green, Wilson y Bindy, 1985) y las perspectivas no tradicionales y no occidentales (Lykes y otros, 1993).

La clave para entender la respuesta psicológica de la víctima al trauma es, hoy en día, la naturaleza y características del evento traumático. Esta sería la explicación para que el TEPT se desarrolle en personas sin psicopatología previa. Implica ello que ninguna persona es inmune al trauma como lo sugiere el hecho de encontrar trauma secundario en terapeutas.

El modelo del TEPT ha sido fuertemente criticado en todo el mundo. Becker (1995) dice que no se debe interpretar como una teoría, ni entenderlo como un concepto; es simplemente una descripción para el diagnóstico, que no da cuenta del fenómeno complejo psicológico asociado con el trauma. El TEPT no sería el modelo más apropiado para traumas crónicos; por el contrario, lo que nos muestra es el efecto de la guerra sobre los invasores y sería manifestación de su propia devastación psicológica.

Quienes se apartan del modelo de trauma privilegian el papel de los aspectos culturales en el entendimiento de los efectos psicosociales de la violencia organizada, se adscriben a una interpretación transcultural de los mismos y plantean muchas preguntas al TEPT, en el centro de las cuales está la existencia o ausencia de criterios validados trans-histórica y trans-culturalmente, para interpretar los trastornos psiquiátricos. Critican la vieja psiquiatría transcultural por positivista y empirista, por presentarse a sí misma como objetiva y libre de valores (Bracken, 1993), plantearse neutral en sus formulaciones de investigación, valoración y tratamiento y creerse depositaria o poseedora de una metateoría y de metodologías privilegiadas.

Se refieren a que la filosofía dominante subyacente en las investigaciones psiquiátricas ha sido empirista y positivista y ha refrendado una ontología y epistemología naturalistas en cuya pretensión de universalidad psíquica subyace la creencia que el individuo, más que el colectivo, es el punto crítico de referencia de la experiencia humana. El problema de esta filosofía es proyectar esta concepción individualista de Occidente al resto del mundo, ya que la detección de síntomas similares en contextos culturales diferentes no indica que estos síntomas signifiquen lo mismo. El

hecho de que un fenómeno identificado en un sitio pueda siempre ser encontrado en otros (epistemología empirista) nos dice que estos síntomas existen antes e independientemente de una teoría psiquiátrica.

Para los transculturalistas (¿multiculturalistas?) una filosofía posmoderna, para una ciencia postempirista, sería el paradigma para la psiquiatría transcultural. Alertan (Richman, 1993), sobre la dificultad de transpasar conceptos y palabras de una sociedad y de un lenguaje a otro, lo cual produce que conceptos y experiencias culturalmente determinadas como el sufrimiento sean malinterpretadas debido a la utilización inadecuada del lenguaje. Se refieren a que toda experiencia humana es relativa, así como relativos son los instrumentos y los conceptos de los cuales nos valemos en un determinado momento para conocerla, y a que existen patrones tradicionales en que una sociedad particular se adapta, así como formas específicas en que los conflictos afectan a sus miembros como personas y en su proyecto vital. Afirman que un determinado instrumento puede sobrevalorar la forma como las víctimas se adaptan o priorizan sus traumas personales, de ahí que los inventarios de síntomas y otros instrumentos de valoración deban por tanto tener una perspectiva transcultural.

Existen muchos estudios, la mayoría de ellos cuantitativos, acerca de los efectos de las experiencias de guerra y de la represión sobre las personas; pero desafortunadamente pocos son los que se ocupan de sus aspectos cualitativos. Numerosas son las razones para ello; la más determinante es la concepción naturalista estrecha que piensa al ser humano sólo desde la visión psico-biológica, olvidándose de su dimensión social y normativa; otra menos determinante es la dificultad que conlleva aplicar la metodología de investigación de las ciencias sociales a las naturales. Este es el reto que plantea la práctica psicosocial a los investigadores, pues la mayor parte de la ayuda para conocer mejor lo relativo a la experiencia de las personas y de los pueblos, proviene de los métodos cualitativos. Los métodos cualitativos nos ayudarían mucho a entender cómo varían las reacciones de los individuos a los even-

tos traumáticos de acuerdo con factores sociales, culturales, de desarrollo y de personalidad, así como a la naturaleza del estresor y por lo tanto a clarificar nuestro qué hacer en la práctica psicosocial.

La terapia psicológica

A menos que neguemos por completo la pertinencia de la terapia psicológica y psiquiátrica en los casos en los cuales el impacto nocivo de la violencia organizada exceda los límites de las estrategias culturales de afrontamiento, el reflexionar sobre ella es necesario. Acerca de ella se han realizado y publicado múltiples estudios y experiencias. Aspectos fundamentales de esta reflexión son los relativos a la forma como nos acercamos a la persona o personas a quienes va dirigida la terapia, la relación que establecemos con ellas, el conocimiento que tengamos acerca de su situación y del contexto sociopolítico en el cual se da ésta, y nuestra claridad ética frente al trabajo que vamos a desarrollar, es decir el conocimiento de las particularidades del mismo, pues no se trata de una terapia tradicional de casos comunes de la vida emocional de las personas.

Al respecto, Lewis (1992) encontró que las etapas fundamentales de la recuperación del trauma psicológico producido por la represión y la guerra son: 1. Establecer seguridad, 2. Reconstruir la historia del trauma y 3. Restaurar la conexión entre sobrevivientes y su comunidad.

Lesser en su trabajo hace una revisión bibliográfica de la cual se desprende que el trabajo con víctimas de trauma cambia los presupuestos de neutralidad terapéutica, de distancia y de límites (Greenspan, 1995; Lindy, 1988; Catherall y Lane, 1992; Roth y Batson, 1993; Ofri, Solomon y Darberg, 1995; Stefani y Suárez, 1992; Eth, 1992; Lifton, 1976); que la neutralidad está contraindicada para el trabajo con sobrevivientes del trauma, especialmente cuando fueron victimizados por otros seres humanos, y que no es defendida en ningún estudio como viable, ni útil. Teóricamente es prácti-

camente imposible con quienes sufren debido a etiología sociopolítica (Stefani y Suárez, 1992), pues los sobrevivientes tienen devastado su sistema de creencias y necesitan saber en qué sistema de creencias se ubica quien pretende ayudarles.

Está demostrado que es moralmente imposible permanecer neutral en el conflicto: víctima- perpetrador.

Herman (1992) distingue entre neutralidad técnica (que la gente reconozca sus derechos y tome sus propias decisiones) y neutralidad moral. El trabajo con víctimas de violencia sociopolítica requiere de un compromiso moral o posición de solidaridad con la víctima. El modelo de distancia psicoterapéutico al parecer no es seguro, ni verdaderamente fidedigno, sino una experiencia progresiva de desempoderamiento tratada por años en un sistema que devalúa y patologiza.

Greenspan (1983) argumenta que el modelo de distancia terapéutica forma parte integral del culto al experto, el cual a su turno es parte de una creencia jerárquica de que el terapeuta rehabilita las disfunciones y corrige el infortunio de los pacientes.

La diferencia fundamental con el constructo psicoterapéutico tradicional requiere del terapeuta una alta dosis de autoconciencia y de no abuso del poder. Parte del papel del terapeuta es desmitificar el conocimiento y acabar con el argumento de los llamados terapeutas expertos (Korn, 1994). El terapeuta debe saber de la desigualdad inherente en una relación terapéutica.

Las relaciones de transferencia son únicas en víctimas de trauma porque ellas pueden ser el espejo de dimensiones complejas del terror, silenciamiento, agresión, desesperanza y culpa. Una pérdida de conciencia sobre la proyección de las víctimas, de su combinación paradójica de sospecha, hostilidad y dependencia, puede hacer la terapia inefectiva.

Es así como quienes realizan atención psicológica y psiquiátrica a personas o grupos afectados por la experiencia de guerra y de violencia sociopolítica deben tener un sólido conocimiento de lo que ésta experiencia significa para la vida, para las creencias y para las relaciones sociales, económicas y culturales de las vícti-

mas; igualmente debe conocer los efectos que sobre sí mismos produce este tipo de trabajo pues puede suceder que si el terapeuta no está preparado técnica y moralmente para él, el resultado sea la reproducción de relaciones tradicionales de poder implícitas en el trabajo terapéutico tradicional y la perpetuación de condiciones de subordinación de las personas, llegándose a producir el efecto de victimización tan destructivo para las personas como la misma experiencia de violencia.

Acerca de los efectos que sobre los terapeutas tiene la experiencia de atención de estas personas, existen constructos de contratransferencia traumáticos (Schwartz, 1984), y de trauma vicario (McCann y Pearlman, 1990), los cuales se refieren al impacto producido por la exposición a la memoria traumática de las víctimas. Se sabe que hay diferencia entre la contratransferencia general y la contratransferencia con víctimas de trauma: en esta contratransferencia es frecuente que el terapeuta sienta rabia, miedo, ansiedad, culpa, dolor y parálisis de receptividad. (Danielli, 1988; Dyregrov y Mitchell, 1992; Ofri, Solomon y Dasberg, 1995). Si no se es consciente de estos sentimientos y de estos efectos y por lo tanto no se ventilan en una relación terapéutica adicional con otro terapeuta o preferiblemente con un equipo terapéutico, se desvirtúa la relación con la víctima, dando como resultado mayor sufrimiento psicológico de ésta y daño a la subjetividad del mismo terapeuta.

La literatura sostiene que nadie es inmune al trauma secundario. La relación estrecha con víctimas de trauma es propicia para experimentar síntomas traumáticos. Los síntomas son paralelos a los de los sobrevivientes, se originan en las experiencias de estos y se transmiten a los cuidadores (Munroe, 1993). El trauma secundario puede ser transmitido tanto por el testimonio de las víctimas, como por los patrones de relación que se establezcan con ellos (Munroe y otros, 1995).

El terapeuta que trata de negar los sentimientos de ineptitud personal ante la magnitud de la necesidad de las víctimas y la imposibilidad de ofrecer ayuda, corre el riesgo de replicar patrones

de compromiso traumático, jugando parte en el drama explotador/explotado, amigo/enemigo, agresor/agredido. Los cuidadores y terapeutas pueden estar traumatizados y sentirse sobreinvolucrados emocionalmente y experimentar sentimientos de desesperanza, temor, incompetencia, dolor y una gran sensación de vulnerabilidad (Armstrong y otros, 1991; Dyregrov y Mitchell, 1992). También puede suceder que si la terapia es considerada exitosa por parte de un terapeuta inexperto éste lo atribuya a su habilidad o talento, pero como plantea Wilson, (1989, p. 210) esta autoimagen y estas atribuciones son una forma de auto-representación narcisística del *burn-out* (*síndrome del apagado* o del *quemado*) del terapeuta que lucha con un malestar grande proveniente del proceso de tratamiento. Una gratificación narcisista también se sostiene cuando la reacción contratransferencial incluye la creencia de que los terapeutas tienen la obligación personal de recuperación del paciente.

Por último, existen también planteamientos que definitivamente desprecian el efecto subjetivo o psicológico de la guerra y de la violencia organizada sobre las personas, pues consideran que cualquier efecto a este nivel puede ser contrarrestado exitosamente potenciando las estrategias culturales tradicionales de la sociedad donde se dé. ¿Cuál sería para este marco de referencia la noción de persona y de sujeto? ¿Qué son para él la libertad, la dignidad y la igualdad hacia las cuales apunta el trabajo psicosocial? ¿Estáramos todos equivocados reflexionando sobre el sin sentido?

Como corolario de todo lo anterior, es clave que, así estemos o no de acuerdo con los planteamientos teóricos acerca del *trauma* y con las diversas formas de afrontamiento del mismo por parte de los profesionales en salud mental, y que así nos adscribamos a interpretaciones individualistas unas, o colectivas o multiculturales otras; reconozcamos el efecto profundamente destructivo de la violación de Derechos Humanos, de la guerra, y de la violencia sociopolítica sobre la persona en sí misma y sobre su ser social. Este efecto, llámese trauma psicológico o psicosocial, Trastorno de Estrés Post-traumático, terrorización o traumatización extre-

ma, lo que muestra es que el ataque a la subjetividad individual y colectiva es real y está siendo utilizado como estrategia eficaz de control social y político. El reto es entonces: ¿cómo lograr la permanente articulación de los diferentes aspectos implícitos en el trabajo psicosocial, de tal forma que no se preste éste para dar paso a industrias de trauma y al comercio de expertos o para establecer o mantener relaciones de poder y de subordinación?

CONCLUSIONES

1. El debate suscitado por la multiplicación de acciones de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica o mal llamadas acciones psicosociales, en los países del tercer mundo que se encuentran en guerra o en situaciones crónicas de violencia, es pertinente y necesario para establecer el trasfondo político que hay en los proyectos de ayuda humanitaria, así como los paradigmas de dignidad, de libertad, de autonomía y de igualdad que los sustentan. En ello adquiere vigencia la ética y la filosofía moral en diálogo con las ciencias sociales y con las ciencias naturales.

2. Al encuentro con culturas diferentes y en situación de pobreza y marginamiento no puede llegarse con ideas preconcebidas e inamovibles sobre lo que es mejor para ellas, ni con pretensiones de ser poseedores de la verdad sobre lo que para ellos significa su situación.

3. El trabajo psicosocial no es un trabajo terapéutico adicionado a un trabajo social, es una posición de solidaridad y de respeto para con los que sufren que exige un conocimiento de los mecanismos y de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en que éstos se encuentran y que perpetúan su sufrimiento. Es la articulación de los esfuerzos de muchas personas, pero fundamentalmente de los mismos sufrientes para recuperar condiciones de dignidad y de libertad.

4. La crítica a los paradigmas psiquiátricos sobre el trauma se basa en el desprecio u olvido de que ha hecho gala la psiquiatría,

de las cuestiones cualitativas que influyen las respuestas emocionales de las gentes, tales como los aspectos ambientales, entre ellos, el sistema de creencias comunitarias, sus interpretaciones y el cómo se socializan sus miembros. Es claro que el análisis individualizado del efecto de la violencia sociopolítica tiene un gran impacto sobre las alternativas de trabajo psicosocial, por lo tanto, hoy en día no se puede soslayar el compromiso de quienes participan en la ayuda y la recuperación de las víctimas de la misma, un compromiso que debe tender a construir una identidad social nueva y a movimientos sociales que cuestionen el orden existente.

5. Las aproximaciones psicológicas al trauma se han destacado por ser la mayoría aproximaciones terapéuticas, pero toda esta reflexión nos conduce a proponer un trabajo terapéutico que deslinde campos con las concepciones reduccionistas, psicologistas o psiquiatrizantes que al no tener en cuenta los factores económicos, políticos, sociales y culturales, convierten la solidaridad implícita en el trabajo psicosocial en pantalla de nuevos colonialismos en los cuales se reproducen formas aberrantes de poder.

6. La experiencia en Latinoamérica es grande y probablemente la más antigua con grupos y bajo circunstancias concretas de terror y de represión, se ha desarrollado y vivido básicamente por los propios terapeutas nacionales y en ella se ha podido constatar el papel del activismo social y las grandes diferencias que existen en la manera de enfocar el tratamiento cuando los enfoques y los paradigmas son diferentes.

7. Cuando se alude a la universalidad psíquica de la humanidad se alude a esa realidad subjetiva que puede ser cambiada, dañada o destruida y a la cual habría que cuidar, pues es la base moral o de los valores éticos de la humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1994), *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders. DESM-IV*, Washington, D.C.
- ARMSTRONG, K., O'CALLAHAN, W. Y MARMAR, C. (1991), "Debriefing Red Cross Disaster Personnel: The Multiple Stressor Debriefing Model", en *Journal of Traumatic Stress*, vol. 4 N° 4. (Citado en LESSER, M., 1996).
- BARUDY, J. (1990), "Tortura, Exilio y Salud Mental. Nuestra conceptualización", en *Tortura: aspectos médicos, psicológicos y sociales. prevención y tratamiento*. Santiago de Chile, CODEPU.
- BECKER, D. (1995), "The deficiency of the Concept of Post-traumatic Stress Disorder When Dealing with Victims of Human Rights Violations", en: R. KLEBER, C. FIGLEY, AND B. GERSONS, (Eds.), *Beyond Trauma*. New York, Plenum Press.
- BERENSTEIN, C. Y RIERA, F. (1993), *Afirmación y resistencia: la comunidad como apoyo*, Virus Editorial. Barcelona. España.
- BETTELHEIM, B. (1943), "Individual and mass behavior in extreme situations", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38: 417 - 452. (Citado en LESSER, 1996).
- . (1973), *El corazón bien informado*, Fondo de Cultura Económica, México.

- BRACKEN, P. (1993), "Post-empiricism and psychiatry: meaning and methodology in cross-cultural research", en *Social Science and Medicine*, 36 (3): 265-272.
- , GILLER, J. AND SUMMERFIELD, D. (1997), "Rethinking Mental Health. Work with Survivors of Wartime Violence and Refugees", en *Journal of Refugee Studies*, Vol. 10 N° 4: 431-442.
- CAHILL, K. (Ed.). (1993), "A framework for survival. Health, Human Rights and Humanitarian Assistance in Conflicts and Disasters", en *Council of Foreign Relations and Basic Books*, New York.
- CAMP, N. (1993), "The Vietnam War and the Ethics of Combat Psychiatry", en *American Journal of Psychiatry*, 150: 7, July.
- CASTAÑO, B. L. (1994), *Violencia Sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*, Corporación AVRE, Bogotá, Colombia.
- . Y LÓPEZ, P. (1994), "Visión de la situación de Colombia", en *Psicología y Violencia Política en América Latina*, Elizabeth Lira, (Ed.), Santiago de Chile, Ediciones Chile América CESOC.
- CATHERALL, D. Y LANE, C. (1992). "Warrior therapist: Vets treating Vets", en *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 5, N°1. (Citado en LESSER, 1996).
- COLAT (1992), *Psicopatología de la tortura y el exilio*, Editorial Fundamentos, Madrid, España.
- DANIELI, Y. (1988) "Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust", en F. OCHBERG (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence*, New York, Brunner/Mazel, (Citado en LESSER, 1996).
- DYREGROV, A. Y MITCHELL, J. (1992), "Work with Traumatized Children - Psychological Effects and Coping Strategies", en *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5 (1), (Citado en LESSER, 1996).
- ETH, S. (1992) "Ethical Challenges in the Treatment of Traumatized Refugees", en *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5, N°1 (Citado en LESSER, 1996).
- FARIAS, C. Y MIRANDA, R. (1994), *Experiencias del refugio Centro Americano: perspectivas de salud mental en refugiados, des-*

- plazados y migrantes*, Colegio de la Frontera Sur, San Cristobal de las Casas, Chiapas, México.
- FUNDACIÓN MANUEL CEPEDA VARGAS (1998), *Duelo, Memoria, Reparación*, IMPRESOL Ediciones Ltda., Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- GREEN, B. L., WILSON, J. P., Y LINDY, J. D. (1985), "Conceptualizing posttraumatic stress disorder: A psychosocial framework", en C.R. FIGLEY (Ed.), *Trauma and its wake: the study and treatment of posttraumatic stress disorder*, New York: Brunner/Mazel.
- GREENSPAN, M. (1983). *A New Approach to Women and Therapy*, New York, McGraw Hill (Citado en LESSER, 1996).
- GIORGI, V. (Comp.) (1995), *Represión y olvido. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política dos décadas después*, Editorial Roca Viva, Montevideo, Uruguay.
- HARVEY, M., (1996), "An Ecological View of Psychological Trauma and Trauma Recovery", en *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, N° 1: 3-23 (Citado en LESSER, 1996).
- HERMAN, J. (1992). *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books (Citado en LESSER, 1996).
- HOROWITZ, M.J. (1974), "Stress response syndromes: Character style and dynamic psychotherapy", en *Archives of General Psychiatry*, 31: 768-781. (Citado en LESSER, 1996).
- HOYOS V., G. (s.f.) "Derechos Humanos, Ética y Moral", en *Documentos Escuela de Liderazgo Democrático*, Corporación s.o.s. Colombia - Viva la Ciudadanía, Bogotá, (Mimeo).
- KORDON, D. Y EDELMAN, L. (1986), "Efectos psicológicos de la represión política", *Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de la Plaza de Mayo*, Suramericana/Planeta, s.a., Buenos Aires, Argentina.
- KRYSTAL, H. (1978), "Trauma and affects", en *Psychoanal. Study Child*, 33: 81-115 (Citado en LESSER, 1996).
- LESSER, M. (1996) "Psychosocial Community, Education and War Trauma: Conceptual Issues and Case of Central American Mental Health Workers" (Manuscrito inédito).

- LEWIS, H. J. (1992), "Trauma and Recovery", en *Basic Books*, A Division of Harper Collins Publishers, New York.
- LIFTON, R.J. (1976), "Advocacy and corruption in the healing professions", en *International Review of Psychoanalysis*, 3: 385-398 (Citado en LESSER, 1996).
- LINDY, J.D., GREEN, B.L., GRACE, M.C., MACLEOD, J.A. AND SPITZ, L. (1988), *Vietnam: A Casebook*, New York, Brunner/Mazel (Citado en LESSER, 1996).
- LIRA, E. Y CASTILLO, M.I. (1991), *Psicología de la amenaza política y del miedo*, ILAS, Santiago de Chile.
- LYOTARD, J. (1986), *La Condición Post-Moderna*, Ediciones Cátedra s.a., Madrid, España.
- LYKES, M.B., BRABECK, M., FERNS, T., Y RADAN, A. (1993), "Human Rights and Mental Health among Latin American women in situations of state-sponsored violence", en *Psychology of Women Quarterly*, 17: 525-544 (Citado en LESSER, 1996).
- MARSHALL, B. (1989), "Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la Modernidad", en *Argumentos*, 24/25, 26/272: 162, 1990, Bogotá, Colombia.
- MARTÍNEZ, V. (Comp.) (1987), *Terrorismo de Estado. Efectos psicológicos en los niños*, Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1982), "Un psicólogo social ante la guerra civil en El Salvador", en *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 2: 91.
- . (1988) "Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño", Ponencia del Seminario-Taller *Tratamiento y recuperación post-traumática del niño*, San Salvador.
- MCCANN, I. L. Y PEARLMAN, L.A. (1990), "Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims", en *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1): 131-150 (Citado en LESSER, 1996).
- MORENO, F. (1991), *Infancia y Guerra en Centroamérica*, FLACSO, San José de Costa Rica.
- MUNROE, J. F. (1993), "Ethical Implications of Secondary Trauma in Therapists" en, *Hand-out, ISTSS 9th annual meeting*, Boston, VA OPC, (Citado en Lesser, 1976).

- MUNROE, J., SHAY, J., FISHER, L., MCKARY, C., RAPPERPORT, K. y ZIMERING, R. (1995) "Preventing Compassion Fatigue: A treatment team model", en C.R. FIGLEY, (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, New York, Brunner/Mazel (Citado en LESSER, 1996).
- NORWEGIAN MEDICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS (1996-97), "The Doctor's Role in times of war. Ethics and Dilemmas", *DHA NEWS, Focus: tools for Disaster Response*. December 1996, January 1997, 21: 35-36, United Nations Department of Humanitarian Affairs.
- OECD (1988), *Voluntary Aid for Development. The Role of Non-Governmental Organisations*, Paris.
- OFRI, I., SOLOMON, Z. y DASBERG, H. (1995), "Attitudes of Therapists Toward Holocaust Survivors", en *Journal of Traumatic Stress*. vol. 8, Nº 2 (Citado en LESSER, 1996).
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (Edit.) (1992), *Development Assistance Manual. DAC Principles for Effective Aid*, Paris.
- OSSET, M. (1996), "ONGDDDS. Organizaciones No Gubernamentales de Democracia y Desarrollo", en *El Viejo Topo* 101: 55-59, noviembre.
- PERREN-KLINGLER, G. (Edit.) (1996), *Trauma. From Individual Helplessness to Group Resources*, Paul Haupt Publishers, Berne, Stuttgart, Vienna.
- PETERSON, K. C., PROUT, M. F., AND SCHWARZ, R. A. (1993). *Post-traumatic Stress Disorder: A Clinician's Guide*, New York, Plenum Press (Citado en LESSER, 1996).
- RICHMAN, N., MUCACHE E., DRAIBMA, F. (1996), "A school-based community mental health programme for helping war-affected children", en PERREN-KLINGLER, G. (Ed.).
- ROJAS, P. (1990), "Terapia al torturado: una reflexión de una práctica humana." en *Tortura: aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento*, Santiago de Chile, CODEPU.

- ROTH, S. Y BASTON, R. (1993), "The Creative Balance: The Therapeutic Relationship and Thematic Issues in Trauma Resolution", en *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, Nº 2 (Citado en LESSER, 1996).
- ROBERTS, A. (1996), "Humanitarian Action in War. Aid, Protection and Impartiality in a Policy Vacuum", en *ISS/Oxford University Press*, New York.
- RUPERSINGHE, K. Y RUBIO, M. (Ed.) (1994), "The Culture of Violence", en *The United Nations University*, ASCO Trade Typesetting Limited, Hong Kong.
- SÁNCHEZ, G. (1990), "Guerra y política en la sociedad colombiana", en *Análisis Político*, Nº 11, IEPRI-UN, Siglo XXI Editores, Bogotá, Colombia.
- SAN JUAN, G., CÉSAR (Coord.) (1996), *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*, Editorial Anthropos, Ediciones Uniandes, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- SAVE THE CHILDREN FOUNDATION (1996), "Promoting Psychosocial Well-Being Among Children Affected by Armed Conflict and Displacement", *Principles and Approaches*, International Save the Children Alliance, Geneva, Switzerland.
- SCHWARTZ, H. J. (Ed.) (1984). *Psychotherapy of the combat veteran*. New York, Medical and Scientific Books (Citado en LESSER, 1996).
- Stover, E. y Nightingale, E. (Ed.). (1985), "The Breaking of Bodies and Minds. Torture, Psychiatric Abuse and the Health Professions", *American Association for the Advancement of Science*, New York.
- SUMMERFIELD, D. (1996), "The impact of war and Atrocity on Civilian Populations. Basic principles for NGO. Interventions and critique of Psychosocial Trauma Projects", *Relief and Rehabilitation*. Network, Paper 14. London, U.K.
- TAYLOR, CH. (1996), *Fuentes del Yo. La Construcción de la identidad moderna*, Ediciones Paidós, Barcelona.

- THOMSON, M. (1996), "Empowerment and Survival: Humanitarian work in civil conflict", Part. 1, *Development in Practice*, vol. 6, Nº 4: 324-333, november.
- . (1997), "Empowerment and Survival: Humanitarian work in civil conflict", Part. 2, *Development in Practice*, vol. 7, Nº 1: 50-58, february.
- VIDAL, M. (1990), "Lo igual y lo distinto en los problemas psicopatológicos ligados a la represión política", en *Tortura: aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento*, Santiago de Chile, CODEPU.
- WALLWORK, E. (1994), *El psicoanálisis y la ética*, Fondo de Cultura Económica, México.
- WATSON, P. (1982), *Guerra, Persona y Destrucción. Usos militares de la psiquiatría y la psicología*, Editorial Nueva Imagen, México.
- WILLIAMS, P. Y CHRISMAN, L. (Ed.) (1993), *Colonial Discourse and Post-Colonial Theory*, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, London.
- WILSON, J.P. (1989), *Trauma, Transformation and Healing: an Integrative Approach to Theory, Research and Post-Traumatic Therapy*, New York, Brunner/Mazel (Citado en LESSER, 1996).

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE GUERRA

*Luis Eduardo Jaramillo**

* Médico psiquiatra (Universidad Nacional de Colombia). Miembro del equipo ejecutor y de la Junta Directiva de la Corporación AVRE desde 1994. Profesor de psiquiatría en la Universidad Nacional de Colombia. Ex director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Coautor de *Las sombras arbitrarias. Violencia y autoridad en Colombia* (Premio Alejandro Angel Escobar, 1996) y de *Violencia cotidiana en la sociedad rural. En una mano el pan y en la otra el rejo* (1998).

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

El de *intervención psicosocial* es un concepto que, aunque utilizado desde hace varias décadas, se ha puesto en boga en los últimos años por parte de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, agencias internacionales de cooperación y que aparece en muchos de los proyectos de ayuda que ofrecen estas entidades a distintos sectores de población.

En el presente documento se plantean de manera sucinta diferentes conceptos y planteamientos acerca de lo que es trabajo psicosocial y de lo difícil que resulta el consenso en este tema. En la segunda parte se plantea la propuesta de trabajo de la Corporación AVRE respecto al trabajo psicosocial con víctimas de la violencia sociopolítica en nuestro país.

¿HAY UNA DEFINICIÓN DE TRABAJO PSICOSOCIAL?

Podría afirmarse, sin lugar a equivocarnos, que en torno al concepto de trabajo psicosocial existen tantas definiciones, abordajes teóricos y formas de operativizarlo como entidades lo incluyen en sus planes.

En un Seminario realizado en Costa Rica sobre "Un enfoque psicosocial con población víctima de la guerra"¹, encontramos las siguientes aproximaciones de diferentes grupos:

En la introducción general, Ulla Armyr de Diakonía afirma que trabajo psicosocial es: "...Algo amplio que debe incluir una visión integral de la vida de la persona y una reflexión compartida sobre el ser humano en general y el impacto de la guerra sobre el mismo".

Los doctores Santiago Sequeira y Marcia Ramírez, al hacer referencia a la reinserción de los lisiados en la época posbélica en Nicaragua, afirman:

"Rehabilitación y reinserción psicosocial, que configura un proyecto de acompañamiento sistemático, participativo, alternativo, antisegregacionista, con contenido de género y reconciliación, de superación de vivencias traumáticas sintomáticas, de valoración y aumento de la autoestima y competencias sociales de integración familiar y comunitaria".

Finalmente, Liliána Rojas, hablando del trabajo psicosocial en un equipo interdisciplinario en Costa Rica, afirma que este tipo de trabajo: "...va orientado a la búsqueda de la autonomía de los grupos y personas incorporados a proyectos productivos, donde la variable psicosocial juega un papel sumamente importante pues articula las demás áreas (técnico-productivo y económico) hacia un contenido más social y humano, donde las relaciones humanas entre los integrantes de un proyecto, su relación familiar, relación de grupo, relación de pareja, relación con la comunidad y otros son importantes, como lo productivo y económico. De ahí que no podemos concebir un proyecto de desarrollo que no contemple la variable psicosocial, pues sería un proyecto no integral o deshumanizante".

Sabino Ayestarán, en su prólogo al libro "Intervención psicosocial" de César San Juan Guillén², afirma que: "La inter-

1. RODRÍGUEZ G., et. al. (s.f.).

2. GUILLÉN CÉSAR SAN JUAN (1996).

vención psicosocial se sitúa en la relación que se establece entre variables sociales y psicológicas. Las variables sociales serían el objeto sobre el que se interviene, ya se trate de sistemas o estructuras sociales... El efecto inmediato que se busca es el cambio social. El objetivo final sería el cambio personal. Se interviene sobre sistemas y estructuras sociales para resolver problemas psicológicos (objetivo final) a través del cambio social (efecto inmediato). Esto se puede aplicar tanto a la psicología comunitaria, como a la psicología de las organizaciones y al análisis institucional”.

Cuando se comparan los anteriores conceptos con los de *Psicología comunitaria*, *salud mental comunitaria* o *psiquiatría social*, podríamos afirmar que comparten muchos elementos, los cuales, incluso, podrían intercambiarse. Es decir que estos términos podrían hacerse equivalentes al de *intervención psicosocial*.

Por ejemplo, Bernstein y Nietzael³ plantean el concepto de psicología comunitaria en los siguientes términos: “...un movimiento de gran alcance que intenta aplicar los principios psicológicos a la comprensión de los problemas sociales y la creación del cambio social verdadero”.

Para otros estudiosos del tema, *Salud mental comunitaria* es aquella que busca no sólo resolver los problemas emocionales particulares, sino que promueva cambios en los participantes, de tal manera que puedan vivir y trabajar de manera más humana y digna. En términos más amplios se trata no sólo de hacer acciones clínicas en la comunidad, sino que las personas identifiquen los problemas emocionales, relacionales, sociales y económicos en un proceso de reflexión personal-grupal y que a través de la reflexión-acción se contribuya al cambio individual y social⁴.

Podríamos concluir después de este breve compendio de definiciones que no existe un consenso claro de lo que significa e implica el trabajo psicosocial.

3. BERNSTEIN D. y NIETZAEI M. (1982).

4. GARCÍA JAIME, ORLANDO (1992).

A pesar de esta gran cantidad de definiciones, podríamos resumir las posiciones teóricas acerca del trabajo psicosocial de la siguiente manera:

1. Intervención psicosocial. Es la suma de intervenciones psicológicas y sociales aisladas tendientes a la recuperación del individuo sin consideraciones adicionales.

2. Psicologista. Es una variante de la primera en el sentido que si bien tiene en cuenta los dos elementos de manera integral, enfatizan y priorizan el aspecto psicológico. Es decir, plantean la intervención psicosocial estrechamente ligada a los modelos teóricos de la psiquiatría y la psicología clásica asistencialista, el psicoanálisis o la psicología comportamental, en los que a través del tratamiento individual, y sin tener mucho en cuenta el contexto en el cual está inmerso el individuo, se busca que las personas se adapten a las condiciones sociales existentes. Consideran además que los cambios en la comunidad o en la estructura social se dan como fruto de la sumatoria de esos cambios individuales.

3. Comunitarista. En contraposición a la anterior, le da mayor relevancia a los factores sociales que incluyen lo cultural, lo económico, lo político, los cuales condicionarían la estructuración de las redes sociales, las cuales, a su vez, condicionarían la conducta individual, de tal manera que lo importante sería intervenir para cambiar el entorno social y político, ya que a partir de esos cambios macro se favorecerían y potenciarían los cambios individuales y el crecimiento personal. Algunos partidarios de esta escuela son bastante críticos con respecto al concepto de *trauma* ligado al individuo, a la subjetividad.

4. Visión holística. Intenta conciliar estos extremos. Plantea que el trabajo psicosocial debe incluir una visión integral de la vida de la persona y una reflexión compartida sobre el ser humano en general y el impacto que las condiciones sociales y ambientales tienen sobre el mismo. Desde este punto de vista, la salud y la enfermedad mental son el resultado de una historia psicológica individual, de las interacciones y relaciones con el medio ambiente total y con los otros seres humanos, de la cultura y del tipo y calidad de

vida. En ese sentido, es necesario tanto la intervención individual para que las personas puedan recuperar su autoestima y participar más activamente en los cambios sociales y los procesos productivos, como la intervención en el ámbito de los grupos, la sociedad y el Estado, que contribuyan a garantizar la satisfacción de las necesidades básicas, las libertades individuales y a generar espacios adecuados para reparar los daños que producen los hechos violentos.

Estas propuestas teóricas llevan implícitos unos modelos de trabajo y aspectos operativos que son igualmente disímiles y un mismo nombre puede significar en este aspecto cosas totalmente distintas, lo que contribuye a hacer más difícil la comprensión del tema y la puesta en marcha de las llamadas intervenciones psicosociales y a que en muchos casos, las técnicas o propuestas operativas no sean coherentes con el modelo teórico planteado. Veamos algunos ejemplos.

– *Intervención comunitaria.* Para algunos, esto significa que quienes realizan el trabajo comparten todas las faenas cotidianas con los miembros de una comunidad, sus dificultades y vicisitudes, participan activamente de todos los proyectos y están comprometidos políticamente con ella participando incluso en las actividades de denuncia. Para otros, es garantizar la prestación efectiva de servicios y bienes básicos a las personas o grupos afectados y, finalmente, para otros significa impulsar y fortalecer ciertos grupos u organizaciones dentro de la comunidad, quienes a su vez se encargarán de replicar y promover ciertos modelos de cambio.

– *Intervención psicológica.* De acuerdo con los modelos más tradicionales, ésta se limita a la consulta individual o grupal, basada en la acción terapéutica aislada dirigida a quitar o disminuir el sufrimiento emocional, convirtiendo a la persona en un receptor pasivo sin tomar en cuenta o sólo de manera parcial el contexto donde se mueve el individuo. Por el contrario, aquellos más radicales proponen que la consulta puede aliviar el sufrimiento y el dolor emocional sólo a través de la toma de conciencia y de una posición política. Además de estas posiciones, hay otros que afir-

man que se debe trabajar más que desde la *enfermedad mental*, desde la *salud mental*. Es decir, que no podemos limitarnos a intervenir sobre los que ya están afectados por la situación de violencia, sino que es necesario llevar a cabo acciones que involucren a aquellos expuestos y vulnerables para evitar que desarrollen síntomas, contribuyendo a crear mecanismos de protección y a los sanos para que continúen fortaleciendo sus estrategias de enfrentamiento y ayudando a otros a resolver su problemática.

– *Equipo de trabajo*. Otro de los puntos álgidos es el que tiene que ver con la conformación del equipo, estilo y compromiso de trabajo. Existe más o menos un acuerdo en el sentido de que el equipo debe estar conformado por personas del área de la salud, de las ciencias humanas y, dependiendo del tipo de proyecto, especialistas de otras áreas. Hay también consenso en el sentido de que ciertas actividades sólo pueden ser desarrolladas por personas que tengan el entrenamiento para poder realizarlo, psicoterapia por parte de psiquiatra o psicólogo, estudio etnográfico por parte del antropólogo o apoyo técnico por parte de profesionales, como administradores o agrónomos, por ejemplo. Sin embargo, la situación se complica cuando se plantea cuál es la metodología de trabajo que debe utilizar el equipo y qué puede resultar más útil y efectivo cuando hablamos de intervención psicosocial. Porque si bien es cierto que en la mayoría de los proyectos se afirma la necesidad de un equipo interdisciplinario, es decir, articulación de distintas disciplinas y saberes en torno a objetivos y lenguajes comunes de análisis y abordaje de la realidad para contribuir a la obtención de mejores soluciones, la verdad es que en la práctica terminan siendo grupos interprofesionales, es decir, una reunión de individuos formados en un área específica y que desde su profesión aportan en el objetivo común del equipo, estableciéndose límites muy precisos entre ellos, sin asumir otros saberes. Esto para mencionar sólo un ejemplo y no hablar de otros posibles tipos de equipo, como el multidisciplinario, el transdisciplinario etc. y complicar aún más esta torre de babel.

A estas dificultades de conceptualización y operacionalización debemos agregarle otros elementos que deben ser tenidos en cuenta al momento de analizar la llamada intervención psicosocial.

El primero es el *Trasplante de modelos*. En algunos casos se intenta copiar o trasplantar de manera mecánica y acrítica modelos que han resultado útiles en otras latitudes y para ciertas culturas o grupos poblacionales, porque a pesar de lo loable de los ajustes que se le hagan a un modelo determinado pueden resultar inadecuados o insuficientes para producir los cambios que pretendemos en un determinado contexto. Esto no quiere decir que tengamos que inventar un modelo diferente cada vez, o que no podamos tomar algunos elementos de esos modelos que puedan ser útiles, pero para hacerlo es necesario llevar a cabo un diagnóstico de la situación conflictiva que se está viviendo, las dificultades que está produciendo y los recursos con que cuenta la comunidad y el Estado para enfrentar la situación.

El segundo aspecto es la *Evaluación*. Independiente del marco teórico utilizado o del modelo de intervención propuesto, lo importante sería poder determinar cuál es el que tiene mayor impacto, cuál es el más efectivo para lograr el objetivo que se propone. Pero éste es un aspecto que cada grupo trabaja a su manera sin que se hayan podido establecer unos estándares mínimos de confiabilidad o unos indicadores de calidad más o menos precisos que den cuenta del trabajo realizado.

Finalmente, algunos de los modelos sitúan los objetivos específicos de la intervención por encima de las posibilidades más razonables; por tanto, es necesario plantear un modelo con una concepción realista, con objetivos intermedios y operativos quizás un poco en detrimento de planteamientos excesivamente pretenciosos, sistemáticamente incumplidos, para evitar seguir repitiendo los fracasos en función del desfase existente entre los objetivos planteados y las posibilidades más optimistas de intervención.

LA PROPUESTA AVRE

Nuestra propuesta de intervención psicosocial es el resultado de un largo proceso que se inició en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional en el año 1989 cuando un grupo de psiquiatras liderados por la doctora Bertha Castaño, en ese momento residente del programa de posgrado, empezaron a cuestionarse sobre la situación de violencia en el país y a preocuparse por la salud mental de las personas que eran víctimas de la situación de violencia que vive el país. A partir de este núcleo de trabajo se fue conformando un grupo más amplio con profesionales de otras ramas de la medicina y las ciencias sociales. Desde un principio se planteó la necesidad de implementar un programa de atención a las víctimas que fuera más allá de la simple consulta individual realizada en los hospitales o centros de salud y que en cambio fuera una propuesta dirigida a lograr la recuperación integral de las personas víctimas de la violencia por medio de programas de salud mental comunitaria, articulados a programas de desarrollo.

Esta propuesta inicial se ha ido enriqueciendo, transformando y adaptando a las cambiantes condiciones sociopolíticas de nuestro país con base en el trabajo desarrollado a lo largo de estos nueve años en diferentes zonas de conflicto del país, la discusión y la reflexión del equipo.

A continuación presento lo que para AVRE significa la intervención psicosocial no sólo desde el punto de vista conceptual sino en su modelo operativo.

Más que plantear una definición de lo que significa intervención psicosocial para nosotros, queremos esbozar lo que para la corporación son los principios y elementos constitutivos fundamentales de la misma.

En primer lugar, el objetivo de nuestro proyecto es la recuperación integral de las personas víctimas de la violencia sociopolítica partiendo de considerar al ser humano como un ser holístico en el que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales constituyen

un todo y son elementos interdependientes. No hay que olvidar que el ser humano, ante su mundo, enfrenta dos realidades: la realidad del mundo material y la de su actividad psíquica subjetiva. En la medida que nuestro trabajo intenta apuntar a la integralidad es que podemos afirmar que se hace una intervención psicosocial.

De acuerdo con lo anterior, la salud mental y sus alteraciones como consecuencia de la violencia necesariamente tienen que ser vistas en estrecha relación con unas condiciones sociales y políticas porque el efecto que tiene la violencia se da tanto a nivel social como individual y en esa medida hay que trabajar los dos aspectos, incluyendo lo social, lo jurídico, lo político, lo económico, lo antropológico, y los medios social y cultural.

Un segundo elemento ligado al anterior es que trabajamos más un concepto de *salud mental* que de *enfermedad mental*. Es decir, que las intervenciones no sólo tienen que ver con la atención individual dirigida a disminuir el dolor y el sufrimiento emocional de aquellos que han sido víctimas de los hechos violentos, si no que también se realizan acciones en el ámbito primario dirigidas a evitar la aparición de trastornos mentales severos.

Un tercer aspecto es que en el trabajo con la comunidad como elemento de la intervención psicosocial se parte del principio de que el equipo no decide sobre los problemas que debe abordar la comunidad sino que trabaja con ella las dificultades y los temas que ésta considera relevantes, fortaleciendo el espíritu de autonomía. Por otra parte, consideramos que el trabajo no puede estar limitado a un grupo de personas afectadas por el fenómeno de la violencia sino que debe involucrar a los demás actores que constituyen el amplio tejido social, tales como el Estado, la academia y la sociedad civil en general. Este trabajo, además, debe aportar elementos de análisis de lo que significa la violencia para una sociedad a nivel político, cultural, de derechos humanos, de efectos sobre la democracia, la economía, etc. Un tema de particular importancia en este aspecto es el papel que juega la impunidad en los procesos de recuperación.

Consecuentes con la concepción de integralidad, el trabajo en las diferentes zonas se realiza de manera conjunta y concertada con otras ONG's, organizaciones de base, comunitarias, eclesiales, organizaciones internacionales de ayuda humanitaria y algunas entidades del Estado que prestan atención a las personas víctimas de la violencia en diferentes campos.

Desde el punto de vista del equipo de trabajo, creemos que los miembros del mismo no sólo deben estar muy bien entrenados desde el aspecto técnico en su área respectiva sino que deben tener la capacidad de interactuar con miembros de otras disciplinas, de entender y apropiarse de las ideas y conceptos en la que son expertos otros miembros del equipo, tener una posición clara frente al tema de los derechos humanos y entender de manera contextualizada el fenómeno de violencia sociopolítica en nuestro país. Así, por ejemplo, el psiquiatra o el psicólogo no sólo debe ser un muy buen terapeuta sino que debe tener unas herramientas básicas que le permitan entender cómo los síntomas que presenta una persona son el resultado de unas condiciones sociales y políticas particulares. De la misma manera, el antropólogo no sólo debe ser capaz de hacer estudios socioculturales, sino que debe tener las herramientas que le permitan reconocer cuando alguien está sufriendo emocionalmente.

La última consideración a tener en cuenta es la necesidad de realizar un trabajo serio, responsable y ético con el objeto de lograr la confianza de las personas y comunidades sujeto o beneficiarios de nuestra atención y contribuir a garantizar que nuestro trabajo tenga un impacto efectivo.

Para comprender de manera más precisa cómo es que AVRE concibe el trabajo psicosocial dirigido a la recuperación integral de las víctimas de la violencia sociopolítica, me voy a permitir plantear de manera muy sucinta las acciones que desarrollamos para lograr nuestro objetivo.

La recuperación integral tiene cinco elementos fundamentales a ser trabajados:

- Disminución del sufrimiento emocional.

- Asegurar la satisfacción de las necesidades básicas, las cuales son diferentes para cada caso de víctimas.
- Construcción o reconstrucción de redes familiares y sociales.
- Concientización acerca de la problemática por la cual la gente llegó a la situación en la cual está.
- Opción por la participación ciudadana.

ACCIONES

- **Atención individual.** A través de diferentes modalidades, psicoterapéutica, psicoeducativa o farmacológica, intentamos disminuir el dolor emocional de la persona, pero permitiéndole una reflexión que le permita entender que lo que pasó y que ahora le está produciendo malestar, está determinado por unas condiciones políticas y sociales determinadas. Esta atención también le da herramientas para la búsqueda de alternativas a su situación y le facilita la integración a los procesos que desarrolla su comunidad, disminuyendo además las secuelas que pueda dejar el hecho violento. Así pues, aunque se hace una intervención psicológica individual, ésta se enmarca dentro de las condiciones particulares de vida de la persona.

- **Atención grupal.** Además de incluir algunos de los elementos descritos en la atención individual, les permite a las personas darse cuenta de que no están solas en este proceso, que no son las únicas que están sintiendo el malestar, fomenta la solidaridad, les da sentido de pertenencia, les permite también tener otras alternativas de solución dadas por quienes ya han padecido las mismas dificultades y adicionalmente contribuye a disminuir la desconianza y a fortalecer las redes de apoyo de la comunidad.

Tanto la atención individual como la grupal contribuyen además a recuperar la historia personal y social de las víctimas.

- **Actividades de capacitación.** Permiten que las comunidades no sólo se sensibilicen frente al tema de la salud mental, sino que entiendan cómo los determinantes sociales contribuyen a generar

diferentes grados de bienestar y malestar emocional y cómo las dificultades emocionales pueden a su vez entorpecer el desarrollo de los procesos comunitarios. Así mismo, les brinda herramientas básicas para que realicen un trabajo de atención primaria consistente en la detección de personas con dificultades emocionales, atención inicial, seguimiento y apoyo de aquellas que ya han sido atendidas por nosotros. Además, que puedan multiplicar la experiencia y el trabajo.

– **Actividades de sensibilización y divulgación.** Tienen por objeto dar a conocer a ciertos grupos, como los académicos y al público en general, el impacto emocional que tiene la violencia, con el objeto de visibilizar y posicionar el tema. Además, hemos empezado a plantear la necesidad de que esta temática se incluya en los currículos de las facultades de psicología, medicina, trabajo social y derecho.

– **Trabajo comunitario.** Incluye varios aspectos. El primero es la identificación de las redes de apoyo naturales, las dinámicas y procesos comunitarios, papel de los grupos formales e informales, detección de líderes, lo cual incluye un censo de las organizaciones sociales y de las otras que existan en la comunidad, qué hacen, con qué visión, sus objetivos, con quiénes trabajan, mecanismos para acceder a sus servicios, etc. A partir de este diagnóstico se desarrolla el segundo aspecto, que es el trabajo conjunto con estas organizaciones a través del desarrollo de mecanismos operativos interinstitucionales, con el objeto de contribuir, por ejemplo, a satisfacer las necesidades básicas. El tercer aspecto son las actividades de acompañamiento, fortalecimiento y apoyo de los procesos grupales. Este proceso contribuye a la reconstrucción del tejido social, aspecto fundamental en la recuperación emocional de las víctimas; a crear espacios de discusión y contextualización en torno al tema de salud mental y violencia sociopolítica.

– **Participación en redes de coordinación.** Tipo Colombia-Europa, GAD, grupos de trabajo psicosocial, Comité de Búsqueda de la Paz, ONG's y Redes Internacionales especializadas en el tema S.M. y Derechos Humanos.

– **Investigación.** Esta actividad permite recoger, sistematizar, discutir y analizar la experiencia con el objeto de aportar nuevos elementos para la mejor comprensión acerca de la situación de las víctimas de la violencia sociopolítica y del impacto de ésta a nivel individual, familiar y social.

El desarrollo y puesta en marcha de esta propuesta no ha sido una tarea fácil, pues la intervención psicosocial ligada a la problemática de derechos humanos genera prevenciones desde diferentes sectores. Para unos, trabajar por la recuperación emocional de las víctimas de la violencia sociopolítica es algo no vital ni esencial, e incluso piensan que es un artículo de lujo sin sentido en el marco político y cuya prioridad es cuestionable frente a otras necesidades. Para otros, es una actividad que subvierte el orden social y en ese sentido es un trabajo que genera riesgos. A esto debemos sumarle las dificultades generadas por la carencia de recurso humano capacitado y los costos económicos que implica un proyecto de esta magnitud.

Aunque consideramos que ésta no es una propuesta acabada, es un aporte importante que contribuirá a dar luces sobre un tema que hasta hace unos años apenas si era mencionado en nuestro país, y que espacios de encuentro como éstos en que compartimos los éxitos, los fracasos y las dificultades de estos procesos nos permitirán a todos cualificarnos para este trabajo y realizar una labor más integrada en beneficio de las víctimas de la confrontación armada que vive nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- BERNSTEIN D. Y NIETZABL M. (1982), *Introducción a la Psicología clínica*, Editorial Mc Graw Hill, México.
- GARCÍA JAIME, ORLANDO (1992), "Salud Mental y Psicología comunitaria: Valoraciones para la práctica", Ponencia presentada en el *III Encuentro de la Regional de Salud Mental*, noviembre 3-5.
- GUILLÉN CÉSAR SAN JUAN (Coord) (1996), *Intervención Psicosocial*, Anthropos, Editorial del Hombre, Barcelona.
- RODRÍGUEZ G., ARMYR U., DAGNINO N., SEQUEIRA S., RAMÍREZ M., NEUMANN E., ROJAS L. (s.f.), *Reconstruyendo el tejido social. Un enfoque psicosocial con población víctima de la guerra*, El Productor, San José, Costa Rica.

EL IMPACTO DE LA GUERRA Y DE LA ATROCIDAD EN LAS POBLACIONES CIVILES

–Principios básicos para intervenciones
de ONG’s y una crítica de los proyectos
de trauma psico-social–*

*Derek Summerfield***

*Traducido por Gabrielle Quin y Adriana Cantor. E-mail: a_cantor@hotmail.com

**Derek Summerfield es asesor de Oxfam e investigador asociado al programa de estudios de refugiados de la Universidad de Oxford. Es psiquiatra en la fundación médica para la atención de las víctimas de tortura y docente honorario en el área de siquiatria comunitaria, St George’s Hospital Medical School, Londres.

Por favor enviar sus comentarios sobre este documento a:

Relief and Rehabilitation Network-, Overseas Development Institute, Regent’s College, Inner Circle, Regent’s Park, London NW1 4NS-, United Kingdom.

Se enviará una copia al autor. Los comentarios recibidos pueden ser utilizados en informes futuros.

INTRODUCCIÓN

Los modelos actuales de los conflictos violentos que se presentan a nivel mundial revelan que más del 90% de todos los afectados son civiles y que la intimidación mediante el terror de poblaciones enteras es utilizada como un medio de control social. Las víctimas también deben soportar la destrucción deliberada de sus mundos económicos, sociales y culturales. La manera como se entiendan tales acontecimientos es crucial para poder determinar cómo las poblaciones afectadas por la guerra los experimentan y describen, así como para determinar las formas para enfrentarlos y buscar ayuda. Estos procesos son complejos y dinámicos, con resultados determinados por fuerzas sociales, culturales y políticas.

Los proyectos psico-sociales basados en modelos occidentales de trauma han adquirido una mayor relevancia en los últimos años y este documento ofrece una crítica sobre ellos, utilizando a Bosnia y Rwanda como ejemplos particulares. La angustia y el sufrimiento normales causados por la guerra son susceptibles de ser redefinidos como una condición psicológica: el *trauma*, que requiere atención profesional o tratamiento por derecho propio. Para la gran mayoría de profesionales el *trauma* es una pseudo-condición. Ese tipo de aproximaciones algo limitadas corren con el riesgo de crear roles inadecuados de enfermo, y de marginar una incorporación apropiada de aquellas decisiones, tradiciones y capaci-

dades propias de la gente que podrían volverse estrategias para su supervivencia creativa. También engrandecen el papel de los expertos occidentales y su tecnología para la salud mental, que se asume como aplicable de manera universal.

Previo a la iniciación de un proyecto los trabajadores de las entidades internacionales de ayuda, además de tener un sólido conocimiento de fondo sobre las características del conflicto moderno, necesitan comprender su impacto de acuerdo con las dimensiones sociales, culturales e históricas de la localidad particular donde se va a desarrollar el proyecto. Una premisa básica para la realización de intervenciones efectivas es lograr una buena calidad en las relaciones con aquellos a quienes deseamos ayudar. De allí pueden fluir proyectos que estén basados en las prioridades de los usuarios, proyectos que no atenten contra las propias estructuras e interpretaciones culturales y que, ojalá, puedan responder a la evolución de las circunstancias y a las opciones de los usuarios.

Este documento estudia principalmente la función de mundo social¹ que invariablemente es blanco de conflictos y está muy estrechamente relacionado con la capacidad de las poblaciones que sobreviven para controlar su sufrimiento, adaptarse y recuperarse: esto significa un enfoque dirigido hacia lo colectivo, no hacia lo individual. El prefijo *psico* del trabajo psico-social tiende a ocasionar malos entendidos y debe suprimirse. Por el contrario, nosotros proponemos que el énfasis de la práctica sea puesto en los principios de desarrollo social y de rehabilitación, a los cuales se agregaría el cuidado de otros efectos provocados por las crisis causadas por el hombre y no por la naturaleza. Específicamente, esto significa una aproximación general que sitúa la demanda de derechos y justicia por parte de las víctimas como un asunto central y no como algo periférico.

1. NT. Con *mundo social* el autor se refiere a la cultura de un pueblo, es decir, al conjunto de valores que le permiten a ese grupo social interpretar y dar sentido a su contexto y a sus propias conductas.

UNA EPIDEMIOLOGÍA DEL CONFLICTO MODERNO

PERSPECTIVA GENERAL

En la actualidad, en un año, hay un promedio de por lo menos 50 conflictos armados activos en los países en vías de desarrollo. La tortura es rutinaria en más de 90 países. El 5% de las víctimas de la Primera Guerra Mundial eran civiles al igual que el 50% en la Segunda Guerra Mundial, más del 80% en la guerra de Vietnam y en este momento más del 90% en dichos conflictos (UNICEF, 1986). En su informe "El Estado de Los Niños Del Mundo 1996" (*The State of the Worlds Children, 1996*), la UNICEF afirma que en los últimos diez años 2 millones de niños han muerto en la guerra, entre 4 y 5 millones más han sido heridos o incapacitados, 12 millones han quedado sin hogar y 1 millón han quedado huérfanos o han sido separados de sus padres. Actualmente el Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) afirma que hay 18 millones de refugiados que han escapado a través de las fronteras internacionales, seis veces más que en 1970; e igual número está desplazado dentro de sus países y a menudo también desposeídos. En términos globales, esto significa 1 persona por cada 125 de toda la población mundial. El 90% de todos los refugiados de guerra están en países en vías de desarrollo, muchos entre los más pobres de la tierra. Entre el 2,5 y el 5% de la población de refugiados son niños que han perdido su familia.

Un elemento clave de la violencia política moderna es la creación de estados de terror para penetrar todo el tejido de raíces de las relaciones sociales, además de la vida subjetiva mental como un medio de control social. Hacia estos fines y no hacia aquellos de extraer información, están dirigidos la mayoría de los actos de tortura y violencia contra la población civil. Los cuerpos mutilados de aquellos raptados por agentes de seguridad, desechados en lugares públicos, son la utilería de un teatro político diseñado para golpear toda una sociedad. No sólo hay poco reconocimiento de la distinción entre combatientes y civiles, o de cualquier obligación de respetar a mujeres, niños y ancianos, sino que las instituciones importantes y la forma de vida de una población entera pueden ser objeto de agresión. Resulta deprimente lo altamente efectivo de tales estrategias. Mozambique es un ejemplo de la década de los ochenta: la guerrilla Renamo, patrocinada por la Suráfrica blanca, asesinó cerca de 150.000 campesinos a sangre fría, desplazó otros 3 millones y dejó hecho pedazos el tejido social de grandes áreas del país. Además, en muchos escenarios hay una línea que cada vez hace más difícil distinguir entre la violencia política y la criminal, con fuerzas de seguridad involucradas en sacar provecho económico de una manera desenfrenada, en el mercado negro y la extorsión.

Las mujeres en la guerra

La violación sexual es una faceta endémica pero poco visible del conflicto violento (Swiss & Giller, 1993). La difícil situación de 200.000 mujeres del sureste de Asia durante la Segunda Guerra Mundial, que fueron raptadas para proporcionarle sexo entre 20 y 30 veces por día a los soldados japoneses, sólo recientemente ha sido puesta en evidencia en Occidente. El 80% de estas *mujeres consoladoras* eran coreanas. Durante 9 meses en 1971, después de la declaración de la independencia de Pakistán por parte de Bangladesh y la entrada de las tropas pakistaníes para aplastar la

rebelión, fuentes confiables calcularon que entre 200.000 y 400.000 mujeres bengalíes, de las cuales un 80% eran musulmanas, fueron violadas por los soldados (Makiya, 1993). En Mozambique, como en otras partes, grandes cantidades de mujeres han sido raptadas y esclavizadas eficazmente. En Irán, jóvenes adolescentes que han sido detenidas y asesinadas por razones políticas, fueron primero violadas, negándoles así la entrada automática al cielo que es concedida a las vírgenes (Grupo Parlamentario de Derechos Humanos, 1994). Mujeres de Camboya y Somalia han sido objeto de violación sexual antes y durante su huida, y en los campos para refugiados en Tailandia y Kenya respectivamente, algunas veces por las autoridades de los campos de refugiados y otras por la policía local. En la India, mujeres trabajadoras en el área de derechos humanos o dirigentes comunitarias aparecen como candidatas prioritarias para ser víctimas de violación. En Iraq, bajo Saddam Hussein, violadores en libertad condicional son contratados como funcionarios del Estado, y muchas cárceles son reportadas por tener cuartos especialmente equipados para la violación. En la cultura árabe/islámica, el honor de una familia se ve representado en los cuerpos de las mujeres, en su virginidad, la ropa que llevan puesta, y la modestia con la que se comportan. Recientemente, se dieron a conocer las muy difundidas violaciones sistemáticas a mujeres musulmanas de Bosnia por las milicias serbias. El bajo reporte de violaciones es probablemente universal por el estigma que conlleva.

El papel de las mujeres durante la guerra ha estado casi exclusivamente relacionado con el de ser víctimas. Esto ha llevado a minimizar la magnitud de sus importantes contribuciones en las luchas políticas en países como Eritrea, Etiopía y Nicaragua. Por otra parte, el genocidio en Rwanda en 1994 ha mostrado mujeres, tanto campesinas como aquellas con educación formal, que asumen un papel más oscuro: el de autoras de crímenes (Derechos Africanos, 1995) (*African Rights*, 1995).

Ataques a los trabajadores y a los servicios de salud

Las violaciones a la neutralidad médica son un rasgo constante a nivel mundial, y siguen de manera predecible el método mediante el cual la guerra moderna es planeada y realizada. En Nicaragua, la destrucción de clínicas rurales y la persecución de sus trabajadores por los *contras* fueron hechos para demostrar que el gobierno central no era capaz de proteger aquello que era más valorado por sus ciudadanos. Unas 300.000 personas (el 15% de la población rural) se quedaron sin servicios médicos (Garfield & Williams, 1989). Muchos trabajadores de la salud se vieron forzados a operar de manera clandestina en el campo, enterraban sus equipos y medicinas por la noche, lo que impedía la efectividad del trabajo básico de salud, por ejemplo la inmunización, que dependía de la publicidad difundida con anterioridad. En El Salvador, la ejecución extrajudicial o la *desaparición* de más de 20 profesionales de la salud en los primeros seis meses de 1980 marcó la tendencia de la mayor parte de la década. Los soldados entraron a los hospitales y asesinaron cirujanos en plena operación, guiados por la sospecha de que estaban dispuestos a tratar *subversivos*. La práctica de la medicina o salud comunitaria fue vista como ligada a la subversión debido a que el trabajador de la salud es una fuente de consejos y de apoyo a la población campesina. Los cuerpos mutilados de los trabajadores de la salud fueron expuestos para que la población los descubriera: decapitados, castrados o con las letras EM (que significa *escuadrón de la muerte*) grabadas en la piel. El propósito de semejante brutalidad fue el de inspirar terror a través de estos hechos ejemplarizantes. En Mozambique, 1.113 centros de salud básica, un 48% del total existentes en la nación, fueron destruidos y saqueados, dejando 2 millones de personas sin acceso a ningún tipo de servicio de salud. Se enterraron minas alrededor de los hospitales y en la masacre de 494 personas en Homoine en 1987, en la unidad de maternidad fueron apuñaladas mujeres embarazadas y otros pacientes fueron secuestrados. El 45% de todas las escuelas primarias fueron forzadas a cerrar sus puer-

tas. Recientemente, los hospitales en Croacia y Bosnia fueron bombardeados en forma repetida con morteros y los pacientes asesinados por las fuerzas serbias; en Vukovar, 261 personas entre pacientes y equipo médico fueron ejecutadas. En los territorios ocupados, el ejército israelí le ha disparado a los hospitales y ha arrestado pacientes, se ha negado a permitirle a enfermos palestinos en condición crítica acudir a los hospitales cuando hay toque de queda, ha asaltado, detenido y torturado trabajadores de la salud y obstruido la entrega de medicamentos claves (Médicos por los Derechos Humanos, 1993) (*Physicians for Human Rights*, 1993). El Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas reportó que sólo en 1990, soldados israelíes entraron a sus hospitales por la fuerza en 159 ocasiones. En el hospital Saddam en Najaf, en Iraq en 1991, las tropas de las fuerzas armadas abusaron sexualmente de las médicas, mataron pacientes a puñaladas o arrojándolos por las ventanas. Otros médicos fueron asesinados en público por pelotones de fusilamiento.

Ni siquiera las operaciones internacionales para el mantenimiento de la paz están a salvo de cometer violaciones del Acuerdo de Ginebra con respecto a la neutralidad de los servicios médicos. El 17 de marzo de 1993, las fuerzas de las Naciones Unidas en Somalia, en una persecución al gran guerrero General Aideed, atacaron a propósito el hospital Digfa en Mogadiscio, mataron a nueve pacientes y destruyeron equipos irremplazables y provisiones. El hospital fue evacuado de inmediato, desplazando cientos de pacientes a la ciudad en guerra, y no se sabe cuántos más murieron a causa de estas circunstancias.

Ataques a la cultura y a la etnicidad

Otra dimensión clave es la destrucción de las instituciones sociales y culturales que conectan una comunidad particular con su historia, su identidad y sus valores cotidianos. Estudios realizados en el Medio Oriente (Watch et al, 1993), establecieron que la cam-

paña del gobierno iraquí contra la población kurda en los años ochenta podía definirse como genocidio, tal como lo consagra la Convención sobre Genocidio de 1951. Esto incluyó el uso de gas tóxico, una mezcla de gas mostaza y gas nervioso, lanzado desde aviones, especialmente en el pueblo de Halabja en 1988, en el cual 5.000 civiles perdieron la vida. En total 182.000 kurdos con nacionalidad iraní han desaparecido después de la realización de campañas de extinción al estilo de la Alemania nazi o de la Rusia estalinista —se cree que la mayoría están muertos—. Sus pueblos con todos los edificios destruidos por las bombas han dejado de existir. Desde su invasión en 1977, las autoridades indonesias han asesinado un promedio de 200.000 personas en Timorese del Este, un pueblo constituido por una etnia distinta. Esto representa casi una tercera parte de la población total. El régimen de Pol Pot en Camboya asesinó entre 1,5 y 3 millones de personas, entre el 20 y el 40% de la población total en solo cuatro años, desde 1975. En una tierra profundamente religiosa, los monjes budistas fueron señalados para ser ejecutados y más del 90% fueron asesinados. También fueron perseguidos los que sabían hablar francés, o aún hasta los que usaban gafas porque éstas eran consideradas un símbolo de lo educado y lo moderno. En Guatemala, 440 pueblos indígenas fueron borrados del mapa durante la década de 1980 lo que fue asumido por esta población victimizada como una continuación de los 500 años de ataque a su cultura maya. Los serbios no inventaron la limpieza étnica. Por lo menos 1,5 millones de personas perecieron en la guerra civil de Sudán durante la década de 1980; varias masacres de civiles en Dinka fueron prácticamente ignoradas por los medios de comunicación.

En Turquía, la cultura y el lenguaje kurdo han sido reprimidos por un largo período y en las escuelas a los niños se les obliga a hablar en turco, esta persecución ha alimentado la rebelión violenta por parte de activistas kurdos. En Suráfrica, hubo una protesta contra el idioma afrikaans usado como medio de educación, ya que era visto como el idioma del opresor; esta protesta desató los disturbios de Soweto en 1976, en los que alrededor de 500 niños

negros fueron muertos a balazos por los autoridades. En Iraq, a principios de 1991, Saddam Hussein montó un asalto devastador contra la vida cultural y religiosa Shia. En pocas semanas, aproximadamente cinco mil eruditos religiosos y sus estudiantes de Najaf habían sido arrestados y todas las escuelas religiosas cerradas. Muchos fueron ejecutados. Las mezquitas y sus antiguos cementerios fueron arrasados, la bóveda dorada del sepulcro de Alí fue baleada por la artillería y su interior destrozado. La ofensiva cultural contra los lugares sagrados, seminarios y bibliotecas continuó mucho después de que hubieran terminado el ataque contra la ciudad. Es posible que la magnitud y el carácter organizado del asalto hubiera terminado con una tradición de mil años de aprendizaje religioso, con consecuencias futuras impredecibles (Makiya, 1993). En Bosnia, cientos de mezquitas han sido destruidas deliberadamente por las milicias serbias y aquellos prisioneros educados son señalados para ser ejecutados de la misma manera que en Rwanda. En 1976, cuando el ejército tomó el control en Argentina, sus ataques al sector profesional progresista fueron hasta el extremo de quemar libros de Freud y Marx en las universidades.

LA EXPERIENCIA COLECTIVA DE LA GUERRA Y SUS DIMENSIONES SOCIO-CULTURALES

El sufrimiento está en el centro del orden social y en este sentido es *normal*. El conflicto violento es parte de la experiencia y de la memoria social. No debemos asumir que las tensiones de la guerra están necesariamente desconectadas de aquellas que surgen de otras fuentes de la desestabilización social, como la pobreza endémica. Es decir, un grupo social está en graves problemas si encuentra incomprensible lo que le ha ocurrido e inútiles las fórmulas tradicionales para manejar la crisis. La falta de sentido deja a la gente en un estado de desamparo e incertidumbre acerca de qué hacer. Frecuentemente, lo que está en juego son las formas culturales y sociales a través de las cuales una sociedad específica

define el mundo conocido y sus valores. No hay formas socialmente definidas para elaborar el duelo de un estilo de vida que se muere. Cuando todas las estructuras importantes como organizaciones comunales, sindicatos, instituciones de educación y salud y autoridades religiosas se ven amenazadas, el tejido social ya no puede actuar en su papel tradicional. El sufrimiento debe ser sobrellevado en contextos donde la socialización, el manejo social del duelo y la adaptación son difíciles o imposibles.

El debate occidental sobre experiencias como tortura o violación se ha focalizado en los efectos psicológicos de lo que es visto según criterios occidentales como una violación extrema a la integridad e identidad del individuo. Es decir, de acuerdo con esta concepción, el individuo es considerado como entidad básica y autónoma de la sociedad, y nuestra naturaleza psicológica está más cercana a nuestra esencia humana que a la social o religiosa. Pero la gente no occidental tiene nociones diferentes del yo en su relación con los otros y le da por lo general mayor importancia a la conservación de relaciones armoniosas al interior de una familia y de la comunidad que a los pensamientos, emociones y aspiraciones del individuo. El énfasis cultural está en la dependencia e interdependencia más que en la autonomía y la individualización en las que se fundamentaron muchas ideas occidentales sobre los trastornos mentales. Cuando el conflicto de manera sistemática involucra la intimidación mediante el terrorismo o la destrucción de comunidades enteras, aun los sobrevivientes de actos individuales de brutalidad, lo más probable es que registren sus heridas más como algo social que como algo psicológico. Como escribió el psicólogo Martin Baró (1990) sobre su propio país, los que quedaron traumatizados no fueron solamente los individuos salvadoreños sino la sociedad salvadoreña.

La interrupción del ciclo tradicional de cría de animales como resultado de la guerra civil sudanesa causó la desintegración social de los pastores sureños. Las reses son fundamentales para ellos, ya que son una forma de pago no solamente en el comercio sino en rituales y disputas. Los matrimonios tribales ya no pueden ser or-

ganizados debido a la dislocación y a la falta de reses (único pago tradicional) y las mujeres se ven forzadas a trabajar como prostitutas en los pueblos, algo nunca antes visto. A causa de las matanzas y violaciones endémicas en el campo, las condiciones de seguridad se convirtieron en determinantes fundamentales del comportamiento social hasta el punto que las familias con niños bulliciosos fueron expulsadas. La mitad de esta población ha sido forzada a abandonar pueblos conocidos como lugares ancestrales y a buscar la seguridad precaria en zonas urbanas donde sus habilidades tradicionales no valen. Un estudio sobre adolescentes desplazados hacia Juba permitió demostrar el enajenamiento cultural resultante y la pérdida de identidad social: ninguno podía escribir la historia de su clan y muchos ni siquiera sabían los nombres de sus abuelos ni del pueblo de donde provenía su clan. Ninguno era capaz de mencionar las ceremonias sociales tradicionales (Instituto Panos, 1988).

Muchas comunidades amenazadas deben enfrentarse a una guerra basada en la sicología del terror, en la que mantener silencio es una forma esencial de supervivencia. En El Salvador o en Guatemala, el terror fue perpetrado para ser sentido pero no nombrado. Darle voz, decir lo que pasó, nombrar a las víctimas o el solo hecho de ser pariente de ellos significaba ser visto como subversivo y convertirse en blanco de persecución. Pronunciar las palabras *salud* u *organización* era visto como peligroso porque los militares consideraban que estas eran palabras usadas como claves para mostrar resistencia. Los conceptos de inocencia y culpabilidad pierden sus distintivos, nadie puede sentirse en realidad seguro y se vuelve difícil mantener presunciones sobre un mundo racionalmente predecible del cual depende una vida racionalmente planeada (Zur, 1995). En El Salvador, la memoria colectiva de la masacre de 30.000 campesinos en 1932 fue tan eficaz que logró reprimir hasta la oposición verbal por más de una generación; hasta 1978, cada vez que los campesinos empezaban a hablar sobre sus problemas sociales, otros campesinos les recordaron los sucesos de 1932. Estos efectos hacen imposible elaborar el duelo y

honrar como es debido a los desaparecidos y asesinados, al tiempo que fortalecen el sentido de aislamiento y desconfianza de todos e interfieren con antiguas formas organizativas de los Mayas. Entre éstas se incluye a los cuenteros, quienes constituyen un recurso tradicional de apoyo psicológico. En Mozambique, el terrorismo renamo tenía la clara intención de inculcarle un miedo paralizante a la población por medio de la evocación de una imagen de deshumanización y una devoción maníaca a la imposición del sufrimiento que ubicara a los renamos fuera de toda comprensión, fuera del reino de los seres sociales y, por consiguiente, más allá del control social o aun de la resistencia (Wilson, 1992). Los sobrevivientes que escaparon son perseguidos por los espíritus de sus familiares muertos, a quienes no se les pudo enterrar de acuerdo con las tradiciones (Harrell-Bond & Wilson, 1990).

Así, la cultura es no sólo afectada por la guerra, sino también utilizada por ésta. En Mozambique, tanto la guerrilla Renamo como las fuerzas del Estado buscaron hacer más efectivo el impacto de sus esfuerzos militares a través de la incorporación de fuentes rituales de poder: espíritus de los antepasados y mitos de invencibilidad de los varones, entre los que se incluyen ceremonias de vacunación contra las balas. Los campesinos rurales hicieron lo mismo para reforzar su capacidad de resistir la violencia renamo. Es decir, una guerra motivada por las políticas desestabilizadoras de Suráfrica fue imbuida a la vez por las creencias locales y visiones globales, convirtiéndose en parte en una *guerra de espíritus*. La vivificación espiritual y otros cambios culturales pueden durar más que la guerra, con efectos aún desconocidos sobre el orden social. A pesar de los ataques contra su forma de vida, los mayas guatemaltecos han emergido con una cosmología fortalecida. Las sublevaciones incorporaron en muchos casos un retorno a tradiciones antiguas (chamanes, deidades). Las comunidades que huían de la guerra solicitaban permiso a los espíritus de las montañas para poder pasar por sus dominios y para que éstos asumieran el papel de sus ángeles de la guarda. Al mismo tiempo, se dio un crecimiento de las organizaciones de base en el exilio,

con consciencia política y disposición para escribir, hablar y realizar campañas abiertamente siempre sobre una plataforma ideológica de *mayacidad* (Wearne, 1994). En Uganda, como secuela de la guerra se produjo un deterioro del poder de los líderes tradicionales y de su sabiduría. La condición de refugiados debilitó su influencia, ya que no estaban en posición de negociar las dotes de las novias en los matrimonios, como lo hacían antiguamente. También ha habido la designación de hombres sin importancia ritual como jefes de gobierno. Una de las razones por las cuales los ancianos perdieron su papel como interlocutores de los antepasados fue la convicción de que éstos no podían ser los causantes de sufrimientos tan profundos y prolongados, de tantas atrocidades y de la muerte de los niños. Por lo tanto, comunicarse con los antepasados ya no tenía razón de ser, puesto que el sufrimiento inducido por ellos tenía propósitos morales, y lo que allí sucedía no podía ser sino obra de fuerzas malignas. Esto significaba brujería, encarnada en jóvenes mujeres vistas como poseídas por espíritus nuevos y salvajes, incluyendo fantasmas de los masacrados que fueron dejados en el campo pudriéndose en vez de ser enterrados de acuerdo con las costumbres tradicionales. El sacrificio de brujas se puede justificar en términos de la necesidad social básica de darle sentido al sufrimiento, y de esa manera asegurar una predictibilidad de las conductas sociales y el surgimiento de un modelo sostenible de orden comunal (Allen, 1995).

Aun conceptos considerados como relativamente fijos, tales como la identidad étnica, tienen una capacidad de fluidez que el conflicto es capaz de movilizar. El despertar colectivo de una crisis política dentro de una sociedad, donde la oportunidad de un hombre es el peligro del otro, puede causar cambios y polarizaciones rápidas que distorsionan lo que ha sucedido antes. Durante los años de la anterior Yugoslavia, rutinariamente sus ciudadanos no sentían que su identificación esencial era ser *serbios*, *croatas* o *musulmanes de Bosnia*. Había, seguramente, otras identidades basadas en la ocupación o en su afiliación política o en otro papel, que tenían más relevancia en la vida diaria que la etni-

cidad. Un hombre podía haberse visto a sí mismo tanto como *carpintero* o *comunista*, como *croata católico*, pero fue esta última, le gustase o no, la que llegó a definirlo después de que empezó la guerra civil.

Las crisis violentas constituyen retos positivos para algunos, aun si esperan sufrir. Los niños, no sólo son víctimas *inocentes* y pasivas, sino también ciudadanos activos con valores y causas. En Gaza, una fuerte identificación con las aspiraciones del pueblo palestino de convertirse en nación, parece ofrecer protección psicológica a los niños que enfrentan altos niveles de violencia por parte del ejército israelí. Entre más expuestos estuvieran a persecuciones, más fórmulas activas y valientes utilizaban para afrontar la situación (Punamaki & Suleiman, 1990). Lo que no significaba que no padecieran miedo, dolor, pesadillas y enuresis nocturna. Se han hecho observaciones parecidas sobre jóvenes activistas negros en Suráfrica (Dawes, 1990). En Nicaragua, muchachos que quedaron lisiados por la guerra encontraron consuelo en la creencia de que habían hecho un sacrificio, que valía la pena, por los valores sociales en disputa en el conflicto y como tal fueron reconocidos por la sociedad. Pero estas creencias, y la fuerza que se le brinda a la gente en la adversidad, pueden transformarse al cambiar las circunstancias: algunos de estos mismos hombres se han sentido después desilusionados por el resultado de los acontecimientos de posguerra, hasta llegar a perder el sentido de haber sufrido por una buena causa. Ahora temen que todo hubiese sido en vano y que por segunda vez tuvieran que aceptar, de forma diferente, su discapacidad física y otras pérdidas. Por otro lado, para el duelo de la madre de un joven de 12 años muerto a balazos en una calle en Soweto por un policía surafricano es importante que la causa por la que el joven murió haya dado lugar a la formación de una sociedad más igualitaria, y que se dé un reconocimiento público a lo que esa lucha costó. La legitimación social para los que han sufrido es un tema clave.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE EVENTOS TRAUMÁTICOS: EL AUGE DE UN LENGUAJE PSICOLÓGICO DOMINANTE DENTRO DE LA CULTURA OCCIDENTAL

Uno de los rasgos de la cultura occidental del siglo xx, particularmente en los últimos 50 años, ha sido el impresionante crecimiento del poder de las explicaciones médicas y psicológicas para el mundo, poder que antes era dominado por la religión. Estas explicaciones se han vuelto parte de las creencias compartidas por la cultura occidental contemporánea y son aceptados como naturales y obvios. Términos como *estrés*, *trauma* y *marcas emocionales* han pasado a ser de uso común entre un público orientado hacia lo psicológico, lo que da a entender que estas personas son posibles candidatos para recibir ayuda profesional. Los servicios de orientación psicológica han llegado a prácticamente cada rincón de la vida cotidiana. Dado que ahora mucha gente cree que estar expuesta a, por ejemplo, violación u otra violencia criminal, abuso sexual de niños o hasta persecución constante en la escuela puede tener efectos psicológicos que perduran por el resto de la vida, parecería inconcebible que la tortura o la atrocidad no produjeran el mismo efecto o más, a aquellos que las han vivido en carne propia. Por esta razón ha habido una rápida expansión del concepto de trauma a través de los medios, lo cual ha familiarizado al gran público con su papel como parte de la respuesta estándar a acontecimientos que impliquen horror o pérdida de la vida. Equipos de psiquiatras o psicólogos son movilizados después de que se accidenta un avión o un tren; en algunas ciudades de los Estados Unidos es obligatorio para la policía hacer lo que se llama una terapia de incidentes críticos después de que ha habido una balacera, y en Gran Bretaña, casi por rutina, llegan de inmediato equipos de consejería, a escuelas donde ha muerto un profesor o un niño de manera violenta.

Hay tendencias similares en otros países. Ford & Skinner (1990) describieron la forma como antiguos prisioneros políticos

surafricanos enmarcaron sus relatos en términos relevantes a sus propias vocaciones y valores (bíblicos, legales, políticos humanistas). Pero en testimonios más recientes los protagonistas están utilizando el lenguaje de los efectos psicológicos, lo que demuestra cómo el discurso occidental sobre el trauma está dando forma y regulando experiencias de violencia. Las implicaciones de esto, o la forma como los costos humanos de la guerra y la atrocidad mundial son entendidos serán discutidos en la siguiente sección.

El diagnóstico médico de *Transtorno de Estrés Pos-Traumático*, TEPT, es un pilar fundamental aquí.

Originalmente, el TEPT fue creado para ser aplicado sólo a las secuelas de acontecimientos muy extremos, desastres de algún tipo, fuera de la gama de experiencias humanas normales. Pero, siguiendo la línea de las tendencias descritas anteriormente, también se ha aplicado a otros eventos cotidianos adversos, por ejemplo un accidente automovilístico o la muerte fetal durante el parto.

Dado que en la sociedad occidental el poder de legitimar la enfermedad se encuentra generalmente en manos de los médicos, el TEPT certificado por éstos se ha vuelto una pieza clave de la indus-

El TEPT es el sucesor de formulaciones anteriores conocidas como *impacto de bombas*, *síndrome de campo de concentración* y *neurosis de guerra*. Fue clasificado oficialmente alrededor de 1980 y aplicado a muchos veteranos de la guerra de Vietnam. Los criterios para un diagnóstico de TEPT pueden ser divididos en tres grupos: tendencia a revivir aspectos de los acontecimientos originales (durante el sueño o el día), evitar lo que les recuerda dichos acontecimientos (pérdida de interés por las cosas en general), y aumento en la excitación del sistema nervioso (que se manifiesta en problemas para dormir, irritación, falta de concentración, hipervigilancia, sobresaltos, etc.)

tria de compensación. Un editorial de 1995 de la revista de la Asociación Médica Americana (*Journal of the American Medical Association*) observó con sarcasmo que era difícil encontrar un diagnóstico psiquiátrico que a cualquiera le gustaría tener, pero que el TEPT era uno de ellos. Sería desafortunado que el TEPT fuera aceptado como un indicador de, por ejemplo, experiencias de tortura en el pasado, no solamente porque esto sería una tontería simplista sino, además, porque algunas víctimas podrían preocuparse al no obtener este diagnóstico puesto que, contra sus afirmaciones, podrían ser vistos como personas que no fueron sometidas a tortura. Del mismo modo, soldados croatas recién desmovilizados no pueden obtener una pensión de guerra sin un diagnóstico de TEPT, lo que le plantea un dilema a los psiquiatras croatas, porque ellos saben que no hay posibilidades de trabajo para estos hombres.

UNA CRÍTICA A LOS PROYECTOS DE TRAUMA PSICO-SOCIAL PARA POBLACIONES AFECTADAS POR LA GUERRA

Introducción

No es posible ubicar con exactitud el momento del *descubrimiento del trauma de guerra* o del *estrés pos-traumático* como una cuestión propia del humanitarismo internacional, pero es muy reciente. Este marcó la entrada significativa de profesionales occidentales de la salud mental (consultantes, capacitadores, practicantes) a una nueva y prometedora área de trabajo que tiene como premisa la convicción de que la guerra causa efectos psicológicos secundarios en poblaciones enteras y que éstos necesitan atención según su propia naturaleza. Los proyectos han sido agrupados bajo el término general de *psico-social* o, más específicamente, designados como trabajo de *trauma*, volviéndose rápidamente atractivos y hasta de moda para los donantes occidentales.

Desde el principio, algunas afirmaciones y suposiciones extravagantes han promovido la idea de la guerra como un tipo de emergencia de salud mental. Ha habido repetidas citas en los medios sobre el estrés pos-traumático como una *epidemia oculta* que sugiere una entidad tan real y concreta como un agente infeccioso, capaz de causar patología en gran escala. Esto, entonces no era algo que iba a desaparecer o a resolverse espontáneamente. Entre aquellos a los que se les *ocultó* la epidemia estaban aquellos directamente afectados, o *infectados*; en algunos artículos sobre trauma se ha afirmado que los afectados raras veces admiten que hayan tenido el problema. Agger, et al (1995) calcularon que 700.000 personas en Bosnia Herzegovina y Croacia sufrían de trauma psíquico severo, y necesitaban tratamiento urgente y que en esa situación de emergencia, los profesionales locales sólo podían atender menos del 1% de estos casos. Además calcularon que había otras 700.000 personas con grados menos severos de trauma psíquico, quienes en tiempo de paz podrían también ameritar ayuda profesional. La misma fuente hizo una advertencia que decía que el estrés pos-traumático iba a ser el problema más grave de la salud pública en la antigua Yugoslavia por una generación y hasta más. La UNICEF² calcula que 10 millones de niños han sufrido traumas psicológicos por la guerra en los últimos 10 años, y que el trauma psicológico debe ser una de las piedras angulares de sus programas de rehabilitación.

La guerra en Bosnia y Croacia, más que cualquier otra, ha atraído un gran número de proyectos psico-sociales, con agencias multilaterales y grandes organizaciones de desarrollo y asistencia bien representadas. El ACNUR apoyó casi 40 proyectos, que incluían kinder, clases vocacionales para adolescentes, grupos de auto-ayuda y actividades para mujeres y orientación psiquiátrica en centros colectivos. Esta misma organización internacional le dio prioridad a la asesoría e identificación continua de grupos e individuos vulnerables, tales como pacientes psiquiátricos, ancianos aislados y minusválidos. También intentó capacitar a un equipo local de

2. UNICEF, *Informe sobre los niños del mundo*, 1996.

profesionales, ya fuera en educación, salud o servicios sociales, y quienes se consideraba que estaban trabajando en situaciones para las cuales su capacitación pre-guerra no las había preparado. A este personal se le consideró como posiblemente traumatizado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tenía una Unidad de Salud Mental con sede en el área de oficinas de Zagreb; sus objetivos se describen a continuación: desarrollo de una evaluación integral de necesidades y monitoreo de los sistemas para trabajo de rehabilitación; coordinación del trabajo de las ONG's con organizaciones intergubernamentales y el sistema de salud pública; direccionamiento de las habilidades de las personas encargadas de la atención de salud y desarrollo de métodos para evaluar y optimizar la calidad. Como ejemplos específicos del trabajo de las unidades de salud mental, ellos mencionan la rehabilitación psicosocial de hombres violados sexualmente, la provisión de equipos de salud mental (medicación psico-activa) y ayuda a los trabajadores de la salud considerados en riesgo de trauma a causa de su trabajo.

En febrero de 1995, la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea brindó apoyo financiero para el trabajo psico-social de 15 ONG's internacionales de 6 países miembros de la U.E. Una revisión del Grupo de Trabajo de la Unión Europea (European Community Task Force – ECTF) registró que 185 de dichos proyectos eran implementados por 117 organizaciones. El 68% de estos 185 proyectos proporcionaban servicios destinados al bienestar social o al desarrollo de la comunidad. El 63% ofrecían servicios directos psicológicos y el 54% trabajaba con grupos orientados psicológicamente, la mayoría de auto-ayuda. El 33% organizaba servicios psiquiátricos y el 63% tenía programas de capacitación de equipos, aparentemente sobre temas como trauma de guerra³. Hasta la

3. Agger, et al, *Teoría y práctica de proyectos psico-sociales bajo condiciones de guerra en Bosnia Herzegovina y Croacia*. La mayoría de autores de este libro son especialistas de alto rango (dos son psiquiatras) del Grupo de Trabajo de la Unión Europea, la OMS y el ACNUR. El libro reproduce varias, sino la mayoría de las presunciones actuales que impulsan las intervenciones psico-lógicas.

fecha no ha habido un análisis riguroso de las bases conceptuales y de las prácticas de operación que fundamentan dicho trabajo.

El otro ejemplo clave que voy a usar para la discusión es Rwanda, tal vez la única guerra de la década de los noventa hasta la fecha que puede competir con Bosnia en atención internacional.

Un resumen de los conceptos y suposiciones que sustentan el trabajo de trauma

Implícita o explícitamente, la mayoría de los proyectos están basados en algunas o en todas las suposiciones siguientes:

1) Las experiencias de la guerra y de la atrocidad son tan extremas que no sólo causan sufrimiento en gran escala sino que causan trauma.

El término *trauma* es ampliamente utilizado para señalar un estado psicológico producido por la guerra, pero no hay una definición consistente del término, ni siquiera dentro de los más activos defensores de este trabajo. Algunas fuentes parecen subclasificar el término dependiendo del tiempo transcurrido desde el evento desencadenante: en el trauma primario, las víctimas han tenido una experiencia directa, como violación, tortura, exilio forzado; aquellos expuestos al trauma secundario son parientes o amigos cercanos de las víctimas del trauma primario, y el trauma terciario aparentemente aparece en aquellos que tienen contacto con los dos grupos anteriores, por ejemplo, testigos, vecinos, socorristas y terapeutas. Agger, et al (1995) dan dos ejemplos de casos en que ellos ven probable que sus víctimas queden traumatizadas: una mujer que es testigo del secuestro a mano armada de su marido y de su hijo, y un hombre al que tienen que amputarle la pierna después de haber recibido un balazo por un francotirador. Con tales definiciones disponibles tan indiscriminadas y laxas, es sorpren-

dente, tal vez, que el cálculo del número de afectados en Bosnia Herzegovina y Croacia sea solamente de 1,4 millones, como se anotó previamente. Ellos afirman que los 185 proyectos sólo pueden atender una pequeñísima parte de la necesidad. Propuestas de proyectos psico-sociales en otras partes están igualmente repletas de comentarios sobre la enorme población traumatizada que necesita atención.

Estas nociones tienen raíces en las suposiciones occidentales de que hechos muy adversos dejan a las personas con lesiones psicológicas. No existe una base empírica que sustente esta estrecha generalización patologizante, una generalización que puede llegar a afectar el debate sobre los costos humanos de la guerra, incluyendo aquellos costos que de manera legítima se relacionan con la enfermedad y otros servicios de salud. El sufrimiento o la ansiedad observada o atribuida es objetivizada, convirtiéndola así en un problema técnico (*trauma*), para el cual la aplicación de soluciones técnicas es vista como posible. Pero, para la gran mayoría de los sobrevivientes, el *trauma* es una pseudo-condición; la ansiedad o el sufrimiento per se no son trastornos psicológicos.

2) Hay una respuesta humana universal a los acontecimientos altamente estresantes.

Con la mirada del mundo puesta en el genocidio de abril a julio de 1994 en Rwanda, llegaron a la región gran cantidad de agencias humanitarias. Poco después de las primeras oleadas de refugiados que escapaban de la matanza, un número sorprendente de ONG's, algunas con poco conocimiento del país, movilizaron proyectos psico-sociales para atender el trauma masivo. Una de ellas fue una reconocida agencia internacional de socorro, cuyo modelo, conocido como Atención Psico-Social de Emergencia, buscó realizar una intervención psicológica temprana, para ofrecer alivio inmediato, y como medida preventiva para suprimir el desarrollo tardío de problemas mentales más graves en la población expuesta (ver

también el punto (4) más adelante). Su modelo incluyó el brindar psico-educación a la comunidad de refugiados y la preparación de 75.000 copias de un folleto. Se encontraron algunas dificultades en la traducción del mismo porque no había una palabra para el *estrés* en el lenguaje *kinyarwanda* y ciertos términos como *miembros de la familia* también resultaron problemáticos porque se utilizan palabras distintas en diferentes contextos. Primero se difundió un cuestionario para evaluar el conocimiento previo sobre trauma de manera que, después de distribuirlo, se pudiera repetir el cuestionario para observar si había un *incremento en conocimiento*. La pregunta aquí es: ¿Al conocimiento de quién se refieren, al de los refugiados o al de la agencia? La suposición con la que abordaron el trabajo es que había una respuesta universal al trauma y por lo tanto un conocimiento estándar del mismo.

Una vez que queda aceptada la existencia de una respuesta universal, es fácil asumir que los modelos y cuestionarios psicológicos occidentales pueden capturar de manera confiable esta respuesta a nivel mundial y esto constituye lo importante de la experiencia, sin importar si la víctima lo considera así o no. Esta visión del trauma como un acontecimiento centrado en el individuo sigue la línea de la tradición de la biomedicina y psicología occidentales, que considera al ser humano individual como la unidad básica de estudio. Pero los sistemas de diagnósticos occidentales, diseñados fundamentalmente para clasificar las enfermedades y no a las personas, tienen muchas dificultades cuando se aplican a diversas poblaciones sobrevivientes no-occidentales (Braken, et al, 1995; Mollica, et al, 1992). Esto queda demostrado en las limitaciones propias del uso de la listas de chequeo de quejas y síntomas de TEPT y otros cuestionarios psicológicos en tales contextos.

Como un ejemplo, una ONG internacional que opera en Rwanda y en campos de refugiados vecinos me envió los resultados de un cuestionario psicológico aplicado a la población de Rwanda. Las personas encuestadas tuvieron la experiencia de ver masacres de cerca, y sobrevivieron mientras muchos de sus amigos y familiares perecieron. En comparación, también había un grupo de con-

trol de gente de Rwanda que no estuvo tan cerca de los acontecimientos, algunos de ellos estaban fuera del país en ese momento. Varias características asociadas con casos de TEPT en Occidente eran comunes y parecían de manera significativa más frecuentes en los grupos principales: mala memoria, insomnio intermitente y pesadillas, sentimiento de tristeza casi todos los días, problemas de concentración, sobresaltos e intenciones de suicidio. ¿Pero será que las preguntas de los cuestionarios logran captar la esencia de lo que los mismos sujetos sienten por lo que se les ha hecho y consiguen reflejar sus preocupaciones y aspiraciones actuales?

Es simplista concebir a las víctimas como meros receptores pasivos de los efectos psicológicos negativos los cuales pueden ser juzgados como *presentes* o *ausentes*. Una lista de chequeo de las características del estado mental aplicadas al contexto de guerra no ofrece una distinción rigurosa entre la ansiedad subjetiva y la perturbación objetiva. Mucha de la ansiedad experimentada y comunicada por las víctimas es normal, hasta capaz de adaptarse, y está influida por sus propias elecciones e interpretaciones activas. Se puede argumentar que las pesadillas y los trastornos del sueño, como ejemplo de una de las características del TEPT, reflejan una faceta de la respuesta humana universal a los acontecimientos traumáticos, ¿pero será que esto nos conducirá muy lejos? ¿Cuántas víctimas creen que esto es importante o evitable? Es más, aunque la literatura sugiere que el TEPT tiene preponderancia mundial, es equivocado presumir que como fenómeno puede ser identificado regularmente en varios contextos sociales y que significa lo mismo en estos contextos. Esto es lo que Kleinman llama una *falacia de categoría* (*category fallacy*). Para una persona las pesadillas violentas recurrentes pueden ser irrelevantes y sólo se revela si se le formula directamente la pregunta; para otra, pueden indicar la necesidad de visitar un sanatorio; para una tercera, pueden representar mensajes valiosos de sus antepasados.

Mis estudios sobre campesinos rurales y ex combatientes heridos de la guerra en Nicaragua mostraron que el diagnóstico de TEPT tomado de forma aislada, predice muy pobremente la capaci-

dad de pagar los costos psicológicos de una guerra y poder seguir a pesar de las penurias, tampoco es un indicador confiable de la necesidad del tratamiento psicológico (Summerfield & Toser, 1991; Hume & Summerfield, 1994). El uso indiscriminado de las listas de chequeo para el TEPT genera cálculos exagerados del número de personas que requieren tratamiento.

Es útil anotar las respuestas que se dieron a otras preguntas del cuestionario mencionado arriba sobre el estudio de la gente de Rwanda. El 51% del grupo dijo no sentir tristeza la mayoría de los días, el 77% estaba interesado en actividades como trabajar o jugar, el 46% sentía que podía desempeñarse como antes de la guerra, el 57% sentía que su futuro parecía ser bueno y el 75% (podría decirse que es un número bastante alto para las circunstancias) se sentía hábil para protegerse a sí mismo o a su familia. Estas respuestas dibujan un cuadro más activo y con capacidad de recuperación que aquel que se fundamenta solamente en la identificación de las características de TEPT citado anteriormente. Hay un deber por parte del trabajador de la salud que es reconocer el mal estar psíquico, pero también atender a lo que quiere señalar con esto la gente que lo padece. Por lo general dirigen su atención no hacia adentro, a sus procesos mentales, sino hacia afuera, a su mundo social. Los partidarios del trauma pueden correr el riesgo de sólo observar aquellos impulsos que se ajusten a sus suposiciones anteriores acerca de la naturaleza de la víctima y acerca de la preeminencia y universalidad de una herida psicológica.

3) Grandes cantidades de personas traumatizadas por la guerra necesitan ayuda profesional.

Agger, et al (1995) advierten el peligro del sobre-diagnóstico y la individualización de los problemas que son básicamente políticos, pero en la siguiente frase previenen que la falta de un diagnóstico correcto puede llegar a manifestarse en el desarrollo de desórdenes crónicos a largo plazo. Arcel, et al (1995) calculan que

entre el 25 y el 30% de los refugiados desarrollan TEPT y requieren ayuda profesional de expertos en salud mental. Sin embargo, estas fuentes subestiman el papel de los factores socio-culturales y situacionales en resultados que se manifiestan con el tiempo, y las limitaciones de las aproximaciones psicológicas occidentales en contextos no-occidentales. Un diagnóstico médico de TEPT es considerado como una entidad clínica lo suficientemente fuerte para tener vida propia después de un tiempo, y como algo poco probable que la víctima pueda resolver por sí misma.

Entonces, el énfasis se hace en el suministro de servicios, con el *experto* y su experiencia en el centro de las cosas, mientras que la víctima de la guerra queda relegada al papel de paciente-consumidora (Stubbs & Soroya, 1996). Es importante considerar si esto podría tener el efecto de aumentar el concepto del individuo como víctima pasiva en lugar del sobreviviente activo. Este *conocimiento oficial* llevará consigo un sello de autoridad y entonces sin querer puede contribuir a fomentar el desempoderamiento. Arcel, et al (1995) afirman que fue necesario que pasara un largo tiempo *sensibilizando* a los refugiados sobre la importancia de aspectos relacionados con la salud mental, porque eran *demasiado tolerantes* con el estado de sus sentimientos y no buscarían la ayuda profesional que se les ofrecía. Tal vez esta gente estaba ocupada en otras cosas o no consideraba la psicoterapia como un servicio que le fuese familiar ni pertinente. Tengo entendido que algunos ciudadanos de Sarajevo se irritaron por las actividades de ciertos investigadores extranjeros con listas de chequeo de TEPT en momentos en que estos ciudadanos estaban tratando de sobrevivir bajo asedio violento. En el caso de las zonas de guerra en países en vías de desarrollo, tales como Rwanda, parece poco probable que aquellos afectados buscaran de manera espontánea programas de trauma psico-social del tipo de los que se les ha importado y entregado. La pregunta es: ¿quién tiene la autoridad para definir el problema y cuál conocimiento se privilegia? A este respecto, los refugiados están inevitablemente en desventaja.

Claro que habrá algunos, una minoría, que desarrolle claramente problemas psicológicos, o hasta una enfermedad mental plena,

como resultado del estrés que produce el conflicto y los trastornos asociados a éste. En algunos casos, habrá una historia previa de los problemas psicológicos y del contacto con servicios de salud mental. Obviamente, ellos merecen una atención especial de lo que queda de los servicios sociales y de salud convencionales, o si es necesario del sector de las ONG's. Por lo general, las familias y los vecinos están lo suficientemente enterados de la existencia de la mayoría de éstos.

4) Los acercamientos psicológicos occidentales son pertinentes a los conflictos violentos que se presentan a nivel mundial. Lo mejor para las víctimas es descargarse emocionalmente y hablar sobre sus experiencias.

Las tradiciones y puntos de vista locales, transmitidos de una cultura a otra, generan conocimiento psicológico, ayudan a descubrir los sentidos ligados a los acontecimientos y revelan datos acerca de la manera como las personas buscan ayuda y la curación. No hay una única comprensión del mundo. Para tomar como ejemplo una zona en guerra, Camboya, donde las taxonomías de los curanderos tradicionales alcanzan los reinos de lo físico, lo sobrenatural y lo moral, poco concuerdan con el pensamiento de la causalidad lineal característica de los practicantes occidentales. Pero aun así, los conceptos y las prácticas psicológicas que los proyectos sociales liderados por expatriados están importando a los países en vías de desarrollo, son tan occidentales como la Coca-Cola. La mayoría de los proyectos aluden al deber de reconocer reglas y prácticas locales, pero esto es sólo de dientes para afuera. Es demasiado fácil para una ONG llegar con un análisis y una agenda previamente planeada construida desde lejos. Rwanda fue un ejemplo particularmente revelador de este tipo de acercamiento.

Boothby (1992), cuya experiencia de campo fue hecha en Mozambique, afirma que las intervenciones basadas en terapias occidentales de conversación que han sido desarrolladas en socie-

dades ricas y estables, han resultado bastante infructuosas en escenarios inestables y empobrecidos, donde prevalecen diferentes conceptos culturales. Los modelos explicativos occidentales tienden a localizar la causa y el peso de la responsabilidad dentro del individuo. Los factores sociales pueden ser concebidos como influyentes, pero en el análisis final, es la respuesta o la actitud del individuo la que está vista como factor crucial en el resultado final. Pero, como lo ilustré antes, la guerra es una experiencia colectiva y tal vez el impacto primario sobre las víctimas es a través de su condición de testigos de la destrucción de un mundo social que encarnaba su historia, su identidad y sus valores de vida. Esto no es una lesión *privada* portada por un individuo *privado*. Además, las guerras activan una serie de eventos evolutivos complejos. La explicación que le dan las poblaciones afectadas, sus actitudes y prioridades, también puede cambiar con el tiempo y con nuevas presiones o posibilidades. Aun si dejamos de lado la cultura, este es un contexto social supremamente diferente al que se aplicaría después de un desastre en Gran Bretaña, por ejemplo, donde las víctimas de un evento definido se pueden recuperar en una sociedad íntegra y con recursos. La guerra en los países en vías de desarrollo no es un incidente de fútbol en Hillsborough ni el desastre a gran escala del ferry *Herald of Free Enterprise* (Heraldo de Empresas Libres). Parece bastante ridícula la noción de que la guerra puede reducirse en la cabeza de un sobreviviente a una entidad mental diferenciada: *trauma*, que puede ser tratado por medio de asistencia psiquiátrica occidental o de otro tipo de sicoterapia.

Como describí antes, se acepta dentro de la cultura occidental el hecho de que la víctimas de acontecimientos adversos deban *airar* y *trabajar emocionalmente* lo que les ha pasado. Esta actividad, que a veces es conocida como *debriefing* psicológico, es considerada como terreno de los psicólogos y consejeros, y no de la familia ni de los amigos o colegas. Algunos profesionales creen que la recuperación personal no puede seguir de manera adecuada sin esta descarga psicológica, y aunque aparentemente las vícti-

mas de la guerra parecen sobrellevar bien la situación y estar en proceso de reconstruir sus vidas, el problema *real* se mantiene *oculto*. La idea de que el contar la historia de lo sucedido puede causar re-traumatización salvo en el caso de una supervisión adecuada, fue ilustrada por las preocupaciones (innecesarias) ventiladas ante los tribunales de La Haya, consistentes en que los testimonios dados por las víctimas de Bosnia pudieran causarles daño.

Todo esto naturalmente tiende a enfatizar la importancia del campo del trauma y sus expertos. Pero no hay ninguna base empírica hasta ahora para suponer estos conceptos como generalmente válidos. Raphael, et al (1995) observaron recientemente que hasta en las poblaciones occidentales no hay muestras objetivas de la eficacia de los *debriefing* psicológicos después de un trauma, pero de todas maneras los servicios siguen siendo instituidos. Tenemos que ser doblemente cuidadosos acerca de estas presunciones en los escenarios no occidentales, donde las maneras de buscar ayuda están bajo la influencia de los atributos de la causalidad sobrenatural, religiosa o política, y la del esfuerzo físico por sobrevivir, que debe ser prioritario. Puede haber una familiaridad con los servicios de salud occidentales pero es improbable que éstos incluyan orientación psicológica. En realidad, muchas culturas no-occidentales tienen poco espacio para revelar información íntima por fuera de su círculo familiar cercano. Los refugiados de Mozambique describen el acto de olvidar como su manera normal de asimilar las dificultades pasadas; los de Etiopía lo llaman *olvidar activo*.

5) *Hay grupos e individuos vulnerables que necesitan ser objeto específico de la ayuda psicológica.*

Agger, et al (1995) dan una definición amplia de *especialmente vulnerable* en el conflicto de Bosnia, que comprende: a) niños y adolescentes huérfanos, que han estado en campos de concentración, han perdido uno de sus padres o han interrumpido su educa-

ción por tener que huir y que se han convertido en refugiados; b) mujeres que han sido violadas o torturadas de otra manera, que han perdido a su marido, sus niños o su casa, o que viven en matrimonio mixto; c) hombres que han estado en campos de concentración, que han sido testigos o han cometido atrocidades, o que viven en matrimonios mixtos; d) ancianos que han sido víctimas del terrorismo o no cuentan con el apoyo de sus familias o que carecen de servicios sociales y de salud. ¡Esta lista parece incluir una proporción considerable de la población! Otra lista, tal vez más razonable y parecida a la de ACNUR, incluye a aquellos que tenían alguna vulnerabilidad antes de la guerra: los pobres y los marginados socialmente que tienen enfermedades o problemas físicos o mentales crónicos.

En Bosnia, el grupo de más alto perfil que fue catalogado como *vulnerable* y tratado como tal fue el de mujeres violadas, tópico al que muchos de los medios internacionales le han dado un enfoque sensacionalista. Las ONG's extranjeras organizaron proyectos de asesoría para casos de violación o se prepararon para la recepción de mujeres refugiadas que llegaron del extranjero. Todas estas mujeres habían experimentado múltiples acontecimientos y sin embargo se supuso por adelantado que ellas se identificarían a sí mismas fundamentalmente como víctimas de violación, y que la ayuda psicológica podría distinguir de manera útil esta condición a la de ser *madre en duelo*, *viuda* o *refugiada*. Arcel, et al (1995), quienes desarrollaron varios proyectos para mujeres en Croacia, tienen un extraordinario capítulo titulado "Cómo reconocer a una víctima de violación". Admitiendo que una víctima puede no querer divulgar lo que le ha pasado, ellos proporcionan una lista de síntomas que consideran como relativamente específicos de la violación (no lo son) y que aparentemente ayudarán a los trabajadores a identificar estos casos para que ellas puedan recibir el tratamiento que supuestamente se considera necesario. Esto parece ser altamente presuntuoso. Hay poca literatura médica para justificar la convicción de que la violación per se es una causa discreta de la vulnerabilidad psicológica en condiciones de guerra, y que existe

una terapia lo suficientemente específica y efectiva para justificar encontrar a las mujeres que normalmente no buscarían este tipo de ayuda. Lo que busquen las mujeres reflejará su propia valoración de la situación: algunas mujeres de Bután refugiadas, que fueron seleccionadas para un proyecto de ayuda a víctimas de violación, le confiaron a un colega mío que su preocupación principal era la falta de una escuela para sus niños en el campo de refugiados. Además, el estigma social se mantiene como un obstáculo en muchos contextos culturales, y evitarlo a través de mantener silencio es una opción pragmática para muchas personas. Algunas de las primeras mujeres musulmanas de Bosnia que sí hablaron consideraron las violaciones en el contexto de un asalto a su cultura y a su identidad étnica.

El otro grupo vulnerable más identificado por las agencias de ayuda son los *niños traumatizados*. Pero Richman (1993) indica que el bienestar emocional de los niños se mantiene más o menos íntegro mientras que sus padres u otras figuras de la familia estén con ellos y les ofrezcan una presencia relativamente estable. Si esto se pierde, el bienestar de los niños puede deteriorarse rápido y los índices de la mortalidad infantil aumentan. La polémica no radica en que los niños huérfanos o sin protección alguna necesiten atención, sino en la pregunta de si esta ayuda debe provenir de una base social en vez de una psicológica. Un grupo de moda ha sido llamado los *niños soldados*. En Liberia, la preocupación de un equipo de una ONG sobre el dato que los *niños soldados* no habían recibido una ayuda psicológica puso en peligro la rápida reunión de éstos con sus familias y comunidades. Pero de Mozambique provienen datos importantes sobre el potencial de recuperación de los niños que habían sido raptados por las fuerzas renamo y obligados a matar, una vez que ellos habían sido reintegrados a un ambiente más normal. (Boothby, sin fecha). En Mozambique, la Fundación Salvar a los Niños (*Save the Children Fund*) argumenta que los niños no deben ser vistos como un grupo vulnerable per se, y esto ha sido repetido en otras partes (Gibbs, 1994).

Los modelos de trauma que focalizan acontecimientos específicos (*violaciones*), o en un grupo específico de la población (*los niños*), exageran la diferencia entre unas víctimas y otras, poniendo así a algunas víctimas en peligro de desconectarse de su comunidad y del contexto más amplio de sus experiencias y del sentido que le dan a éstas.

6) Las guerras representan una emergencia para la salud mental: una rápida intervención puede prevenir el desarrollo tanto de problemas mentales serios, como el de la violencia y las guerras posteriores.

Agger, et al (1995) afirman que una falta de atención a los problemas asociados con el trauma "puede afectar por lo menos las dos generaciones siguientes a través de aumentos masivos de adicción al alcohol y a las drogas, suicidios, violencia criminal y doméstica y enfermedades psiquiátricas. Las experiencias traumáticas que queden sin resolverse pueden causar nuevos odios y nuevas guerras". Nociones como éstas son utilizadas a veces para *explicar*, por ejemplo, la crueldad de los israelitas hacia los palestinos en términos de lo que ellos sufrieron a manos de los nazis. Ver a la sociedad como una forma de extensión de la mente humana individual, y sobre esta base, ofrecer explicaciones y predicciones de los costos humanos de la guerra en los siguientes años y generaciones mundiales, es algo preocupante y ridículo ya que nada menos que los asesores de la Comunidad Europea, la OMS y el ACNUR lo presentan como un análisis serio.

La falta de datos pertinentes no impide hacer profecías similares sobre los niños involucrados en la guerra. Ellos son propensos a ser retratados como susceptibles a relaciones problemáticas y a otros problemas de adaptación al futuro, incluyendo trastornos del aprendizaje. Las intervenciones psicológicas se consideran necesarias siempre que los efectos brutales de la guerra impidan la formación de normas y valores sociales, convirtiendo así a los niños en lo que se ha llamado una generación *perdida*.

En el caso de Rwanda, las ONG's, a través de su *modelo psico-social de emergencia*, lograron contactar a los refugiados en el momento de las primeras secuelas de la catástrofe. Vamos a extrapolar esta situación al holocausto judío. Un proyecto, planeado en el exterior que utiliza marcos conceptuales y prácticas desconocidas, es movilizado a mediados de 1945 para ayudar a los sobrevivientes recién salidos de los campos de concentración. Los líderes del proyecto muchas veces no han trabajado antes en esta área, y tal vez no conocen su historia. El proyecto tiene financiación, digamos, por un año. Se espera que durante este periodo, el proyecto utilice la experiencia de expertos, por lo general importados, para que traten de resolverle el *trauma* del holocausto a los sobrevivientes, no sólo sus pérdidas personales, sino también su concepto de lo que le hicieron a su gente como entidad social. Con esta intervención se espera evitar problemas mentales futuros y reducir la probabilidad de que las víctimas se conviertan en autores que llevan la violencia y la guerra. ¿No parecería muy simplista y presuntuosa tal propuesta y hasta produciría una serie de preguntas éticas?

7) Los trabajadores locales están saturados y hasta pueden llegar a traumatizarse.

No existe la más mínima duda sobre las presiones objetivas del personal local, que tienen que esforzarse por mantener los servicios destruidos por la guerra y trabajar bajo las mismas amenazas que cualquier otra persona (como mencioné anteriormente, muchas veces están bajo mayores amenazas ya que como trabajadores de la salud y otros profesionales con frecuencia son escogidos como blancos a eliminar). Agger, et al (1995) dicen que en Bosnia y Croacia los profesores, trabajadores sociales y de la salud y otros no tenían ninguna experiencia ni capacitación para manejar una situación de guerra, y por consiguiente había una necesidad urgente de proporcionársela. Como antes cité, su cálculo era que los

profesionales locales podían ayudar sólo al 1% de las multitudes que se consideraban con trauma psíquico. Una justificación adicional que se da es que los trabajadores locales probablemente también están traumatizados, y por lo tanto también necesitan ayuda. No sólo con sobrecarga de trabajo, y como todo el mundo cansados, tristes, inquietos y con sueño interrumpido, sino, además, *traumatizados*. Estas apreciaciones sirven para engrandecer la categoría, los conocimientos e incluso valorar al experto extranjero como más *saludable*.

No me corresponde hablar con autoridad sobre la visión de los profesionales locales en esta situación, pero puedo hacer algunos comentarios. No hay duda de que en algunos escenarios ellos se sienten descalificados frente a las valoraciones de las ONG's que parecen disminuir la importancia de su experiencia local, su entrenamiento y sus conocimientos. En otros lugares, y ciertamente en Bosnia, los profesionales estaban preparados para expresar su resentimiento y aclarar que lo que necesitaban no era la experiencia importada del extranjero sino los recursos materiales necesarios para mantener en funcionamiento los servicios existentes. En Bosnia, trabajadores de la salud, profesores, etc., trabajaron sin salario durante varios años y señalaron que el pago de sus salarios era una forma de proteger los servicios de los que dependía el tejido social afectado por la guerra, y que la ayuda internacional debería haber dado prioridad a esto antes que a la plétora de proyectos psico-sociales que arrancaron de cero. Algunos médicos y otros profesionales dejaron sus puestos para trabajar con ONG's extranjeras como traductores, trabajadores de campo o choferes, porque esto les ofrecía un sueldo justo y en marcos alemanes, ¿y quién podía culparlos?, pero seguramente es vital que el funcionamiento de las ONG's no reduzca ni distorsione, sin darse cuenta, lo que queda de los servicios establecidos.

Algunos profesionales del campo de la salud mental de Bosnia y Croacia que han tenido una capacitación parecida a la de sus homólogos en Europa occidental y los Estados Unidos, han tomado las riendas de proyectos de trauma psico-social y es de suponer

que no sintieron que éstos les fueron impuestos. ¿Y qué pasa en otros escenarios? Un colega de Médicos sin Frontera me comentó que algunos miembros del personal local tienden a respaldar la psicología occidental y a minimizar sus propios marcos de referencia cultural. Los profesionales locales tienen casi por definición una capacitación en buena parte occidental. Miran hacia occidente buscando tanto la aprobación y el apoyo de sus colegas como posibilidades de publicación académica y educación avanzada; ven su familiaridad con los esquemas y conceptos dominantes como la base para su posicionamiento y credibilidad profesional. Esto los puede ubicar más cerca de sus colegas occidentales, pero alejarlos de las comunidades a las que sirven.

Finalmente, hay preguntas pragmáticas. En algunas zonas muy devastadas por la guerra el único sitio de trabajo es en el sector de las ONG's, y dado que los trabajadores locales están muy necesitados de trabajo, se acomodan a sus métodos y objetivos. También pueden modificar su acercamiento al problema según las preferencias de los donantes: trabajadores de Suráfrica y las Filipinas me han contado que el problema fundamental era, por supuesto, el mundo social descompuesto de la gente que ellos trataban de ayudar, incluyendo la pobreza y la falta de derechos, pero que parecía ser más fácil obtener recursos de donantes occidentales si el problema era descrito como *trauma*, cuyo antídoto era la ayuda psicológica.

Evaluación

Hasta la fecha se han publicado muy pocas evaluaciones serias sobre el trabajo de trauma y de intervención psicológica. Los intentos de recopilación de datos se han dificultado debido a problemas metodológicos, que incluyen una falta de control sobre las muchas variables que actúan simultáneamente, o que se basan en analogías erróneas relativas a accidentes aislados o a desastres naturales en países occidentales.

Un proyecto basado en la idea del *trauma* como una entidad y en la aplicación de una tecnología de salud mental va a ser evaluado bajo los mismos parámetros. Si se considera que una lista de chequeo de TEPT captura lo que es importante y universal, naturalmente, va a ser considerada como un instrumento válido para evaluar los resultados y el *éxito* del esfuerzo. Un trabajador expatriado que trabajaba para el proyecto en Rwanda narró sus dificultades para recolectar información sobre la perturbación de sueño (una característica del TEPT), dado que la población local no consideraba esto como un problema. No importaba si respondían *sí* o *no* al problema, era simplemente una pregunta errónea porque no abordaba algo que ellos consideraban importante.

Un proyecto para cavar un pozo para una población definida de refugiados, por ejemplo, puede ser evaluado sobre una base cuantitativa, suponiendo que desde el principio hay un acuerdo sobre el proyecto. Pero como las intervenciones dirigidas al tejido social no siempre son concretas, es obviamente más problemático evaluar el éxito y el rendimiento económico del proyecto. ¿Cómo se definen las necesidades, cómo se les da prioridad y se cumplen de manera que se permita su evaluación? Otra vez, ¿quién decide, y después de cuánto tiempo? De Waal (1995) concluye que la información de una ONG puede ser buena, pero puede resultar peor que inútil; puede llegar a engañar. Y en los desastres como el caso de Rwanda, las ONG's pueden establecer una *necesidad abrumadora* por razones conectadas con una lucha por la imagen o por los recursos económicos. Además, la falta de claridad acerca de los objetivos puede confundir una evaluación racional desde el comienzo. Una vez en Rwanda, algunos trabajadores de las ONG's no sabían si estaban allá para ofrecer ayuda de emergencia o para *salvar* a la población del genocidio.

Lo ideal es que la evaluación sea un proceso continuo que tome como fuente las respuestas de usuarios y trabajadores, complementándolas en lo posible con apreciaciones de figuras respetadas dentro de la comunidad.

Para reiterar, el trauma psicológico no es como el trauma físico: la gente no registra pasivamente el impacto de fuerzas externas

(diferente a, por ejemplo, una pierna que ha recibido un balazo) sino que entra con ellas a solucionar el problema de manera activa. El sufrimiento proviene y es resuelto en un contexto social; no se puede reducir a una entidad biomédica universal. El papel de las fuerzas sociales es uno de los temas de este documento.

PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LAS INTERVENCIONES

Los conceptos psicológicos occidentales han acompañado la globalización de la cultura occidental y se presentan con más frecuencia como el conocimiento definitivo. Hay un peligro de perpetuar sin saberlo el estatus colonialista de la mente tercer mundista (Berry, et al, 1992). Es una cuestión de poder. Sería una ironía dolorosa si los sobrevivientes calcularan que la mejor posibilidad de conseguir ayuda fuera presentándose de forma *modernizada*, en actitud de víctima, lo que minimizaría su conocimiento, su ingenio y su ira por las injusticias sufridas. Un discurso estrechamente individualizado y medicalizado sobre síntomas, casos de TEPT, ayuda psicológica y grupos *vulnerables* parece ser poco pertinente para la gran mayoría de grupos afectados en el mundo. No hay evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en las zonas de guerra para brindar tratamientos psicológicos de emergencia como una ayuda técnica a corto plazo, reafirmado por ideas ilusorias de que también tienen la capacidad de prevenir problemas mentales posteriores en la población expuesta. El atractivo actual para los donantes del trabajo de trauma puede no resistir un análisis serio, pero tampoco podemos subestimar la fuerza que existe en la industria del trauma.

El prefijo *psico* de los proyectos psico-sociales ha fomentado ideas falsas básicas y nos ha desviado del foco colectivo requerido. Tenemos que considerar la función central de un mundo social que invariablemente es blanco de la guerra total de hoy y aún involucrado en la capacidad de las poblaciones que sobreviven para controlar su sufrimiento, adaptarse y recuperarse ¿Si no hay

intervenciones psicológicas *per se*, entonces qué? Permítanme recapitular a través de una metáfora: el mar significa más para los peces que un mero recurso de la vida biológica. Es todo su mundo y encarna lo que significa ser un pescado. Imaginemos un desastre que los arranque del mar, y los sobrevivientes vengan a parar a un pequeño acuario lleno de agua de la llave. En este medio pueden subsistir, porque así es como ellos viven, pero no es un mundo para ellos. ¿Cómo pueden regresar al mar o empezar a volver el agua de la llave algo que se asemeje más al mar, y bajo sus condiciones? Para la gran mayoría de sobrevivientes que están en o cerca de las regiones devastadas por la guerra, la tarea puede parecer comparable a esto.

El análisis ortodoxo del sector de trabajo de asistencia internacional ha mantenido una distinción relativamente clara entre asistencia y desarrollo, incluyendo desastres que crean una necesidad para ayuda de emergencia vista como interrupciones, de tiempo limitado, al trabajo de desarrollo favorecido. Duffield (1995) nos recuerda que la guerra en algunas partes del mundo no es un evento extraordinario y efímero que puede ser visto como extrínseco a la forma como funciona una sociedad en tiempos *normales*. Se ha vuelto como algo dado, algo interno que afecta toda la red de relaciones políticas, socioeconómicas y culturales de la sociedad. Cita a Sudán, donde los efectos conjuntos de una guerra civil endémica, la hambruna sucesiva y la caída en los ingresos de las exportaciones de productos básicos lo han llevado a un estado de *emergencia permanente* marcado por operaciones constantes de socorro. En todo el Africa, los recursos que podían haber apoyado el trabajo de desarrollo han sido desviados a las operaciones de ayuda (como hemos visto, el trabajo de *trauma* ha utilizado un modelo de asistencia). Ha habido menos ayuda entre gobiernos y mucha más canalizada a través de agencias de las Naciones Unidas y las ONG's, hasta tal punto que las ONG's han reemplazado al Estado en la provisión de servicios básicos de bienestar. Esto les da una influencia considerable. ¿Cuál es el telón de fondo del aumento en el número de guerras activas desde 34 en 1970 hasta 56 en 1995 (el

90% internas)? El Estado-Nación está bajo presión y el 20% de los más pobres se están alejando aún más del 20% de los más ricos, hay una cantidad enorme de desplazados y un aumento global en la inseguridad alimenticia. Un reportaje reciente de la oms advierte sobre el riesgo de una catástrofe de salud: es probable que la esperanza de vida en los países más pobres del mundo baje al llegar al año 2000, una quinta parte de los 5,6 billones de personas en el mundo viven en la pobreza absoluta, una tercera parte de los niños en el mundo sufren de desnutrición y la mitad de la población global no tiene acceso a medicamentos esenciales (oms,1995).

Duffield argumenta que la economía política y social de emergencia permanente es compleja y todavía no está bien entendida, pero será una cuestión importante en los planes de acción. Hay perdedores en la guerra, pero también hay ganadores que pueden ser un sector social o grupo étnico entero que asume los bienes de los perdedores. La naturaleza de las intervenciones humanitarias forma parte y contribuye a la complejidad de las emergencias modernas. Lo que esto significa es que los paradigmas convencionales de *socorro* y *desarrollo* tendrán que ser reconsiderados y que el argumento que las construcciones de *violación* y *tortura* están descontextualizadas puede ser también, en muchos aspectos, aplicables a la *guerra**

La relación con los usuarios

Primero, los trabajadores humanitarios deberían buscar que sus maneras de ver y entender sean lo más completas y sofisticadas posibles, y que puedan estar en condiciones de tener en cuenta lo que sucede en situaciones sociales variadas, ya sea estables o fluctuantes.

También debemos reflexionar sobre nuestras propias suposiciones culturales y personales, por ejemplo, nuestra percepción sobre

*Notas breves y prácticas sobre los temas que se discuten a continuación han sido publicadas en *Desarrollo en Práctica (Development in Practice)* (Summerfield, 1995).

como la tortura puede afectar a una persona, que podemos llevar sin examinar a los proyectos y sin saberlo lo imponemos a aquellos que queremos ayudar, sin importar nuestras buenas intenciones. En este documento se manifiesta una preocupación por los esquemas que caracterizan el conflicto violento reciente que afecta las vidas de los involucrados, haciendo énfasis en la interacción de las fuerzas culturales y sociales. Todo esto es parte de la instrucción de fondo y del conocimiento pre-operacional que una agencia de socorro y los trabajadores individuales deben incorporar cuando planifican o evalúan las intervenciones en un momento dado y en una zona específica de conflicto. La meta inicial, seguramente, es acercarnos lo más posible a las mentes de los afectados, para maximizar nuestra capacidad de lograr una empatía certera y enriquecer nuestras formas de percibir las cosas. Es vital que no interpretemos mal a las personas cuando se expresan en sus propios términos. Queremos que en la medida de lo posible nuestras preguntas sean correctas en el sentido que toquen lo que los encuestados consideren importante o urgente.

Esto significa un proceso de recolección de información que es la antítesis de lo que pasó, por ejemplo, en Rwanda. Aquellas organizaciones interesadas en realizar algo más que operaciones *relámpago* necesitaban desarrollar una comprensión previa acerca de lo que significaron los acontecimientos de 1994. Un ejemplo de una pregunta muy poco formulada sería sobre cómo se ubican en la memoria social de los Hutu y los Tutsi masacres inter-étnicas similares (cada una de las cuales cobró miles de vidas) en Rwanda y Burundi durante los últimas décadas. ¿Qué recuerdan de esos hechos? ¿Qué hacían en este momento y cómo creen que las comunidades afectadas lo manejaron? ¿Fue diferente en 1994 y, si este es el caso, por qué?

¿Qué piensan los usuarios de nosotros, y que les estamos ofreciendo? En un momento en el que ellos tienen poco control sobre sus vidas, tal vez creen que les conviene hacerse entender por nosotros, o hasta volverse atractivos para nosotros. Tenemos que hacer todo lo posible para establecer cómo perciben en realidad los efec-

tos de las intervenciones en sus vidas, y contaminar lo menos posible esta impresión con lo que ellos creen que queremos escuchar. Una madre en un campo de refugiados puede esconder la muerte de uno de sus hijos para que los otros puedan compartir otra ración de comida. Una mujer de Bosnia puede declarar falsamente que fue violada cuando esto le permite obtener un pasaporte a un país extranjero. La relación que una agencia puede forjar con aquellos en situación de guerra es un punto crucial, sin importar si está bien informada, no es paternalista, abierta, receptiva y libre de engaños. La calidad de la relación en el tiempo está en función de la eficacia de la intervención (la que sea) y de la ecuación calidad/precio que se establezca.

Rehabilitación / desarrollo social

Un modelo de rehabilitación que toma en cuenta el contexto global de las poblaciones afectadas debe basarse en aproximaciones acerca del desarrollo social, del que se espera que las ONG's ya tengan *buena práctica*, y que apunten a un medio ambiente vivo formado por los que lo habitan y por los procesos que actúan para aumentar su capacidad de manejar sus propias vidas. Esto significa intervenciones que reconocen que cada situación es *única*, que los *conocimientos locales* son cruciales y que su enfoque abarca *toda la comunidad*. Esto, en contraste con las otras categorías más amplias de intervención, donde la tarea a realizar es vista como *estándar* y generalizada, y la solución *técnica* es ofrecida a un grupo *específico*.

Estamos hablando sobre una agenda de desarrollo social con perspectivas adicionales. Hay diferencias cualitativas en los impactos de la guerra sobre sus víctimas comparadas a, por ejemplo, los de un terremoto. Cuando un desastre es creado por el hombre y no por un fenómeno natural, se movilizan diferentes partes de la memoria social, diferentes atributos y percepciones ligados a ésta y se generan preguntas distintas. Todo esto moldea el debate: los

asuntos de los derechos humanos y la justicia social y de la impunidad de los responsables deben ser tratados y elaborados de nuevas maneras. Todo esto puede afectar la forma como los principios de rehabilitación social pueden aplicarse en un lugar específico.

El único punto de consenso en la literatura médica y antropológica sobre el estatus de los inmigrantes y los refugiados tiene que ver con la función protectora de las redes familiares y de las comunidades. La gente hace grandes esfuerzos por preservar lo que puede de su cultura y su forma de vida, ya que éstas encarnan lo que significa ser humano y civilizado (es aquello de convertir el agua de la llave en agua del mar). Entonces, lo fundamental para las intervenciones de socorro de Occidente es aumentar los esfuerzos para estabilizar y reparar el tejido social afectado por la guerra y permitirle recobrar algo de su capacidad tradicional para servir como fuente de resistencia y solución de problemas a todos. La organización autónoma, el empoderamiento, el trabajo y la capacitación, apoyan las formas de hacer frente y curación tradicionales: estos términos pueden ser lugares comunes en el léxico del desarrollo social, pero nos recuerda que la gente no puede recobrar control de sus vidas completamente, y recuperarse de la guerra como mera receptora de caridad y atención. En Mozambique el trabajo físico de la reconstrucción después del regreso al país (como la construcción de casas y sembrado de los campos) fue considerado por la gente local como algo particularmente decisivo. Las aspiraciones generalmente incluyen la restauración de los servicios de salud y de educación como una prioridad; éstos representan puntos de referencia para esta reconstrucción, como lo hacen otras clases de instituciones culturales o lo que queda de ellas. Idealmente, los proyectos del extranjero deben ofrecer asistencia material a los servicios existentes antes de establecer unos paralelos, pero esto es contra la corriente en el Africa y es, desde luego, problemático en todas partes cuando el gobierno mismo es el agresor. La gente no necesariamente busca sólo restaurar lo que tenía antes; reconoce que algunas cosas han cambiado para siempre.

Vale la pena aplaudir el trabajo de los curanderos tradicionales en Zimbabwe y Camboya que ayudaron a la gente a enterrar la guerra. La importancia de ellos está siendo reconocida por la oms (Reynolds, 1990).

No existen fórmulas únicas para aplicar en todas partes; las soluciones tienen que ser locales usando como fuente las habilidades y prioridades particulares y lo que es viable. Además, el contexto en sí mismo puede no estar fijo; la guerra se intensifica en un área del país mientras disminuye en otra. La gente recién desplazada naturalmente se preocupa por su seguridad y por las esperanzas de un pronto regreso a casa. Puede considerar el sitio donde está como provisional y temporal. Después, cuando se siente más segura, o debido a que un realismo sombrío le dice que el regreso a casa no va a ser posible, se puede acercar con mejor disposición a su nuevo medio. ¿Puede la relación entre una agencia de socorro y sus usuarios, en una localidad específica, ser a la vez robusta y lo suficientemente flexible para acomodar tales cambios, y su impacto en las prioridades locales sin la ansiedad de poner en peligro los planes y presupuestos? Finalmente, como muchas guerras son continuas, no hay una clara delimitación entre antes y después de la guerra, ni un definitivo valor de los costos y la recuperación. La tarea básica aquí puede ser la de simplemente ayudar a la gente a seguir y a soportar. Todo esto hace que se valore a las agencias que son capaces de mantener una presencia sostenida en una localidad específica.

En las próximas décadas, la reconstrucción de posguerra se ocupará de las minas antipersonales aún enterradas: la Cruz Roja calcula que cada mes las minas matan a 800 personas e hieren a miles. En un estudio reciente de las comunidades en Afganistán, Bosnia, Camboya y Mozambique, una de cada veinte casas reportó tener una víctima de las minas, una tercera parte han muerto en la explosión; uno de cada diez eran niños. Las familias con una víctima de las minas tenían 40% más dificultad en proporcionar alimentos a los miembros de su familia. Entre el 25 y el 87% han interrumpido sus actividades cotidianas por las minas. Se ha per-

dido un total de 54.554 animales, con un valor económico mínimo de US \$200 por familia. Sin las minas, la producción agrícola podría incrementarse entre un 88 y un 200% en Afganistán y un 135% en Camboya (Andersson, et al,1995).

Las campos de refugiados, con énfasis en el encierro, en el control y en la participación mínima de los residentes en la toma de decisiones, muchas veces infringen los principios básicos expuestos arriba. Así fueron los campos de refugiados tailandeses en la frontera con Camboya, además de ser terriblemente peligrosos. Mollica, et al (1993) afirman que después de estar allí más de una década, casi el 80% de sus residentes evaluaron su salud como regular o hasta malá, se sentían deprimidos y tenían quejas somáticas a pesar de tener acceso a atención médica. Es un comentario revelador el hecho que conocidos asesinos Hutu podían arreglárselas para ser empleados por las agencias de socorro en los campos de refugiados de Rwanda en Zaire, y seguir organizándose políticamente, amenazando y asesinando residentes.

En su trabajo, el personal de las agencias de socorro es testigo cercano del sufrimiento ajeno y debe tener presente que ésta es una posición privilegiada. Ellos están en capacidad de ofrecer fraternidad y solidaridad y de responder en formas habituales a la tendencia de seres humanos que sufren y buscan el apoyo de otros. Los trabajadores no tienen que sentirse mal librados al suministrar ayuda en casos de ansiedad humana solamente porque no son psicólogos capacitados en el tratamiento de *trauma*.

Derechos y justicia

En América Latina, los refugiados podrían definir sus necesidades primero en términos de liberarse de la opresión. En Guatemala y El Salvador, la presencia de las ONG's y sus trabajadores a veces protegieron a las comunidades perseguidas, porque los escuadrones de la muerte preferían hacer sus trabajos fuera del alcance de la observación internacional. Algunos sobrevivientes en

contacto con proyectos de las ONG's consideran sus historias personales como testimonios con un propósito más amplio de difundir los derechos humanos. Es significativo que, en El Salvador, la gente está preocupada por el hecho de que están olvidando todos los nombres de aquellos asesinados por los militares en la década de 1980. (Summerfield, 1995). Los testimonios de los sobrevivientes representan una historia popular, en contra de las versiones oficiales generadas por aquellos con el poder de abusar, y de este modo, un impulso hacia la validación pública de su sufrimiento. Como escribió Primo Levi, un sobreviviente del holocausto judío: "Si entender es imposible, conocer es imperativo". Creo que se puede aplicar universalmente la presunción de que las víctimas sufren más con el tiempo, en especial cuando no se habla de reparación por lo que se les ha hecho y se les niega un reconocimiento social. Los trabajadores de socorro están en posición de recoger, traducir, publicar y distribuir tales testimonios y, donde sea posible, presentarlos ante los tribunales de crímenes de guerra, comisiones de la verdad y gobiernos. Las organizaciones indígenas en busca de derechos y justicia necesitan apoyo; aquí también el que estén ligados a agencias extranjeras o a grupos de derechos humanos pueden aminorar el riesgo de que sean eliminados.

Un resultado importante del asalto militar a los Mayas guatemaltecos y a su cultura en la década de 1980, y una medida de su derrota final ha sido la emergencia de un movimiento sofisticado preparado para comunicar y luchar de forma moderna sin perder el contacto con la identidad maya que busca defender.

La historia ha demostrado que la mejor medicina es la reforma social: parece imperioso que la justicia social y las perspectivas sobre los derechos humanos deben estar en el centro del trabajo con poblaciones afectadas por la guerra. La pregunta difícil para las agencias es qué tan lejos creen que pueden llevar su papel impulsado por la justicia, sobre todo cuando se definen como una organización de caridad. En Bosnia, Rwanda y otros lugares los gobiernos occidentales parecen haber utilizado los esfuerzos humanitarios como escudo para ocultar sus propios motivos, y que

los presentan mezclados con un serio compromiso con los actores y cuestiones políticas en juego. ¿Pueden las agencias confrontar a aquellos con un interés en reducir las respuestas internacionales a las crisis dentro de una cómoda estructura humanitaria, evitando las preguntas *difíciles*? Es muy frecuente que éstos se relacionen con los valores del orden mundial liderados por occidente, donde las consideraciones geopolíticas y de negocios pesan mucho más que las de la justicia y los derechos básicos para los millones de personas menos protegidas de la tierra. Mucha de la violencia política tiene sus raíces en las grandes desigualdades sociales. La mayoría de las víctimas son los pobres y sus voceros, o miembros de las minorías étnicas perseguidos que tienen pocos que los defiendan en occidente. Los esquemas de la tenencia de tierras son en gran medida desiguales y casi invariables en las sociedades violentas (por ejemplo, en Guatemala, el 2% de la población es dueña del 75% de la tierra). La economía multinacional de occidente tiene una inversión implícita para mantener la fuerza de trabajo en países en vías de desarrollo sin liderazgo, fragmentado y reprimido, de manera que resulte dócil y barato. Hace diez años, el reporte *Brant* señaló que la transferencia más dinámica de alta tecnología desde los países ricos hacia los países pobres es la de las armas. ¿Cuál es el mensaje tácito sobre los derechos humanos que acompaña el suministro masivo de los más modernos armamentos en nombre de la *defensa nacional* a aquellos con el poder de abusar en los países en vías de desarrollo? El promedio de gasto *per capita* en armas es de US\$38, comparado con US \$12 en salud (Siward, 1989).

Educación y capacitación

La oms hace énfasis en el hecho de que en los países en vías de desarrollo la salud mental debe ser considerada como parte integral de los programas de salud pública y de bienestar social y no como una entidad separada que requiere conocimiento y técnicas

especializadas. Los trabajadores de salud básica, frecuentemente la única red disponible, pueden jugar un papel importante en el fomento de discusiones sobre los efectos relacionados con la guerra dentro de un esquema pertinente a la localidad, y en la ayuda al reconocimiento de aquellos que merecen más atención y apoyo. En esto radica la incapacidad de funcionar día a día y no son sólo las características del TEPT las que constituyen la mejor señal para aquellos que pueden tener un verdadero problema mental. Algunas personas afectadas psicológicamente no buscan ayuda y se aíslan; éstas pueden requerir de una cierta vigilancia y un despertar de conciencia. Las pocas personas que cometieron suicidio pudieron haber tenido actitudes como éstas, pero se perdió la oportunidad de intervención. La oms (1994) ha estado probando un manual sobre las quejas cotidianas que pueden estar relacionadas con la guerra, y sobre enfermedades mentales serias como la psicosis. Este manual se ofrece como guía para los trabajadores, incluyendo administradores de campos de refugiados. La oms sugiere una coordinación con los curanderos tradicionales. En América Latina, los voluntarios locales han sido capacitados para lo que se llama promotores de salud mental en las comunidades afectadas por la guerra donde trabajan. Algunas iniciativas de este tipo parecen ser bienvenidas.

Los trabajadores sociales u otros profesionales en zonas de guerra pueden buscar apoyo, pero no siempre es claro qué tan capacitados se sienten en cuestiones de *trauma*, y cuánto reconocimiento esperan por las grandes cargas puestas en ellos para mantener en un nivel mínimo de funcionamiento los servicios de salud. En Bosnia, y en otras partes, los trabajadores han sido buscados por los refugiados que se quejan de dolores de cabeza, mialgias, debilidad, sueño interrumpido, nerviosismo o bloqueos mentales. Estas quejas son, por supuesto, una forma de comunicación, pero también es útil asegurarle a la persona que son respuestas a las implacables y continuas tensiones de la guerra, y no significa que se estén enloqueciendo. De manera similar, los niños pueden ser señalados porque, por ejemplo, presentan miedo extremo en si-

tuaciones específicas, generalmente aquellas que les recuerdan lo que ha pasado: el sonido de aviones o ver a un soldado. Otros porque están demasiado apegados a los adultos, son irritables, desobedientes, tienen problemas en la escuela o de enuresis nocturna. Estas también son reacciones normales y no necesariamente implican una anormalidad que requiere terapia. Los juegos de guerra son una forma a través de la cual ellos procesan los acontecimientos a su alrededor y generalmente no implican un problema *post-traumático*. En Beirut, destrozada por la guerra, los trabajadores usaron el acrónimo STOP para recordar las necesidades de los niños: Estructura, Tiempo y Conversación, Actividades Organizadas y Padres. La Fundación Salvar a los Niños (1991) (*Save The Children Fund*, 1991) ha publicado folletos para aquellos que trabajan con niños en las zonas de guerra. En Mozambique, esta misma Fundación también apoyó, dentro de las aulas de clase, el trabajo con profesores sobre el reconocimiento y manejo de niños afectados por la guerra. Cualquier cosa que sea pro-familia y pro-comunidad ayudará a niños y adolescentes a recuperar una realidad social positiva.

El problema de la selección de la población objetivo

He notado que generalmente no se justifica tomar como objetivo a los *niños soldados* (o aun hasta los *niños* solamente) o a las víctimas de *violación* o de *tortura* para intervenciones psicológicas basadas en el modelo de trauma. Tampoco a las *mujeres*: aun cuando reconocemos las presiones que ellas enfrentan durante la guerra, por ejemplo, la ausencia de los hombres significa mayor presión económica o pobreza, y falta de protección física, y tener que ser más responsable o la única responsable de los niños, los heridos o los ancianos. En algunos lugares de Centro América, el 50% de los hogares tienen una mujer como cabeza de familia, y tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza.

¿Quién entonces se puede tomar como objetivo y para qué? Los huérfanos y otros niños sin protección deben ser una prioridad.

Los huérfanos en Mozambique han sido casi absorbidos en su mayoría por los parientes lejanos y miembros de las comunidades anteriores o grupos tribales. Los enfermos o los minusválidos son frecuentemente citados como un grupo vulnerable, pero es difícil hacer generalizaciones. Por ejemplo, mi propio estudio sobre ex soldados heridos en Nicaragua no mostró que una herida severa (la paraplejía, una amputación, etc.) aumentara el riesgo de problemas psicológicos posteriores. Algunos de ellos fueron candidatos para cirugía ortopédica y rehabilitación física, pero todos le dieron prioridad a la capacitación apropiada y al trabajo que les permitiera reintegrarse a la sociedad en su papel como sostén de la familia (Hume & Summerfield, 1994). En Bosnia, el ACNUR planteó a los discapacitados físicos o mentales como un grupo heterogéneo cuya necesidad variaba entre una repentina falta de atención psiquiátrica y medicamentos hasta la privación física y el abandono de sus comunidades que huyen de la guerra. Muchos de ellos eran de la tercera edad. En un estudio poco frecuente de ancianos desplazados por la guerra y la hambruna en Etiopía, más de la mitad de la gente con más de 60 años fue abandonada por sus familias, y la mayoría de ellos perecieron (Godfrey & Kalache, 1989). La estructura específica de las circunstancias en cada zona de guerra demanda una flexibilidad para decidir qué puede constituir un buen argumento para la selección de individuos o categorías específicas como objetivo, en vez de la regla general de abarcar comunidades enteras. Esta selección debe ser lo más libre posible frente a las preferencias de los donantes.

ALGUNAS PREGUNTAS PARA LA INVESTIGACIÓN

¿Qué sabemos de los costos de las 160 guerras desde 1945 para aquellos que las sobrevivieron? Baker (1992) afirma que existe un conjunto de escritos locales sobre estas preguntas, pero la traducción y publicación es escasa. Necesitamos saber más sobre esas estructuras, respetadas tradicionalmente, que hacen frente a cir-

cunstancias similares y que fueron movilizadas durante las crisis en sociedades específicas, y lo que pasa cuando estas estructuras se ven también envueltas en el conflicto. Necesitamos estudios longitudinales sobre los grupos de víctimas, los que no pudieron desplazarse, los que aun desplazándose siguen en riesgo, y las condiciones de refugio, las cuales reflejan factores sociales y económicos diferentes, que incluyen qué tan integradora o discriminatoria es la cultura anfitriona. ¿Qué pasa después de la repatriación, y cómo ésta es influenciada por factores locales y actitudes del gobierno? ¿Cómo podemos generar más información para demostrar que no solamente la paz sino también la justicia crean una diferencia en los resultados? Aún hay poca información sólida sobre aquellos que sí desarrollan problemas de salud mental, y la influencia relativa de las vulnerabilidades pre-guerra frente a las experiencias de guerra y exilio (Ager, 1993). Las metodologías de investigación deben hacer énfasis en métodos cualitativos.

El impacto de las guerras experimentadas como genocidas debe rastrearse observando los cambios en la opinión mundial y en la identidad de las poblaciones sobrevivientes y sus niños, y en las instituciones socio-culturales y políticas que las representan. ¿Qué significa ser armenio, judío o, más recientemente, ciudadano de Timorese del Este, maya guatemalteco, kurdo de Iraq o tutsi de Rwanda después de los intentos de exterminio a los que se han visto sometidos como pueblos, cada uno con su propia historia, cultura y lugar en el mundo? ¿Cómo su forma actual de comunicarse con el mundo, y con los que les ofrecen ayuda, refleja el conocimiento amargo de que no existen límites para lo que se le puede hacer a un pueblo sin poder ni aliados, y cómo refleja su adaptación colectiva para minimizar la posibilidad de que esto se repita? ¿Cómo se ha recuperado Vietnam, prácticamente sin la ayuda de Occidente, de una guerra que acabó con la vida de millones de personas y que destruyó masivamente su infraestructura? Este es un caso de estudio en espera de ser documentado completamente.

Grandes cantidades de gente común y corriente alrededor del mundo demuestran una alta capacidad de aguante, adaptación y superación. Reconocer esto no implica pasar por alto su sufrimiento ni lo que les sucedió. Su ejemplo no es espectacular y no atrae la atención de los medios, ni otra atención o análisis, pero genera una pregunta resonante, que no es cómo ni porqué algunos individuos se vuelven pacientes psicológicos, sino porqué y cómo la gran mayoría no lo hacen. Los testimonios orales de los sobrevivientes pueden ofrecer una ilustración gráfica de sus experiencias y percepciones sobre los procesos que éstas arrojan. Necesitamos mover las sensibilidades más amplias para entender la guerra y sus secuelas como una tragedia compleja y un drama representado en público. El trabajo de antropólogos, sociólogos, historiadores y poetas en occidente y en los países en vías de desarrollo, junto con las voces de los sobrevivientes mismos, puede ayudar en el campo humanitario para mejorar los programas de ayuda y para adquirir un conocimiento más complejo de la gama de respuestas a la guerra y a la atrocidad y sus resultados con el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- AFRICAN RIGHTS (1995), *Rwanda not so innocent (Rwanda no tan inocente). When women become killers (Cuando las mujeres se vuelven asesinas)*. Londres, African Rights.
- AGER, A. (1993), *Mental Health Issues in Refugee Populations (Asuntos de Salud Mental en Poblaciones de Refugiados: Un Resumen)*. 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 (Teoría y práctica de proyectos psicosociales bajo condiciones de guerra en Bosnia-Herzegovina y Croacia)*, Zagreb, ECHO/ECTF.
- ALLEN, T. (1995), "The violence of healing" ("La violencia de la curación"), Manuscrito inédito.
- ANDERSSON, N., PALHA DA SOUSA, C. & PAREDES, S. (1995), "Social costs of land mines in four countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia and Mozambique" ("Los costos sociales de minas quiebrapatras en cuatro países: Afganistán, Bosnia, Camboya y Mozambique"), en *British Medical Journal*, 311:718-21.
- ARCEL, L., FOLNEGOVIC- SMALE, V., KOZARIC-KOVACIC, D. & MARUSIC, A. (1995), *Psychosocial Help to War Victims: Women*

* Se ha incluido una traducción libre de los títulos en inglés, para facilitar al lector nacional las referencias bibliográficas (nota del editor).

Refugees and their Families (Ayuda psico-social para las víctimas de guerra: Mujeres Refugiadas y sus Familias), Copenhagen, IRCT.

- BAKER, R. (1992), "Psychosocial Consequences for Tortured Refugees Seeking Asylum and Refugee Status in Europe" ("Las consecuencias psico-sociales para los refugiados torturados que buscan asilo y estatus de refugiados en Europa"), en *Torture and it's Consequences* (ed. M. Basoglu), Cambridge University Press, pp. 83-106.
- BERRY, J., POORTINGA, Y., SEGALL, M. & DASEN, P. (1992), "Psychologie and the developing World" ("Psicología y los países en vías de desarrollo"), en *Cross-Cultural Psychology, Research and Applicatons*, New York: Cambridge University Press, pp. 378-391.
- BOOTHBY, N. (1992), "Displaced Children: Psychological Theory and Practice from the Field" ("Niños desplazados: Teoría y práctica psico-social desde el terreno"), en *Journal of Refuges Studies*, 5: 106-22.
- BOOTHBY, N. (sin fecha), "Children of war: survival as a collective act" ("Los niños en la guerra: la supervivencia como acto colectivo"), en *Psychological Well-being of Refugee Children (El bienestar psicológico de niños refugiados. Research, Practice and policy Issues (Cuestiones de Investigación, Práctica y Política)*, (ed.M. McCallin), Geneva, Internacional Catholic Child Bureau, pp.169 - 84.
- BRACKEN, P., GILLER, J. & SUMMERFIELD, D. (1995), "Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts" ("Respuestas psicológicas a la guerra y la atrocidad: las limitaciones de los conceptos"), en *Social Science & Medicine*, 40:1073-82.
- DAVIS, J. (1992), "The Anthropology of Suffering" ("La antropología del sufrimiento"), *Journal of Refugee Studies*, 5,149-161.
- DAWES, A. (1990), "The effects of political violence in Children: a consideration of South African and related studies" ("Los efectos de la violencia política en los niños: una consideración de

- Suráfrica y estudios relacionados”), en *Internacional Journal of Psychology*, 25,13-31.
- DE WAAL, A. (1995), “Response to Demars” (“Respuesta a Demars”), en *Journal of Refugee Studies*, 4:411-14.
- DUFFIELD, M. (1995), “The Political Economy of Internal War: Asset Transfer, Complex Emergencies and International Aid” (“La economía política de la guerra interna: transferencia de bienes, emergencias complejas y asistencia internacional”), en *War and Hunger. Rethinking International Responses to Complex Emergencies*, (eds Azwi & J Macrae), Londres, Zed Books/ Save the Children Fund, pp. 50-69.
- FOSTER, D. & SKINNER, D. (1990), “Detention and Violence: Beyond Victimology” (“Detención y violencia: más allá del estudio de las víctimas”), en *Political Violence and the Struggle in South Africa*, eds. N. Manganyi & A. Du Toit, Londres, McMillan, pp. 205-233.
- GARFIELD, R. & WILLIAMS, G. (1989), *Health and Revolution. The Nicaraguan Experience (Salud y Revolución. La experiencia nicaragüense)*, Oxford, Oxfam. pp. 63-80.
- GIBBS, S. (1994), “Post-War Social Re-construction in Mozambique: Re-framing Children’s Experience of Trauma and Healing” (“La reconstrucción social de la Posguerra en Mozambique: Reestructuración de la experiencia infantil de trauma y curación”), *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” (“Necesidades médicas de ancianos desplazados a Sudán por la guerra y la hambruna: interrogantes sobre las prácticas actuales de la ubicación de objetivos en asistencia de salud”), en *Social Science and Medicine*, 28, 707-713.
- HARRELL-BOND, B. & WILSON, K. (1990), “Dealing with Dying: Some Anthropological Reflections on the need for Assistance by Refugee Relief Programmes for Bereavement and Burial” (“Tratar con la muerte: algunas reflexiones antropológicas sobre la necesidad de ayuda a los programas de asistencia para los

- refugiados en cuanto al tiempo de duelo y la inhumación”), en *Journal of Refugee Studies*, 3: 228-243.
- HUME & SUMMERFIELD, D. (1994), “After the War in Nicaragua: A psychological Study of War Wounded Excombatants” (“Después de la Guerra en Nicaragua: un estudio psicológico de la guerra y los ex combatientes heridos en la guerra”), en *Medicine and War*, 10, 4-25.
- JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1995), “Post-Traumatic Stress Disorder: Psychology, Biology and the Manichean War Between False Dichotomies” (“Perturbaciones por estrés postraumáticos: psicología, biología y la guerra manicheana entre falsas dicotomías”), en *Journal of the American Medical Association*, 152: 963-65 (editorial).
- KLEINMAN, A. (1987), “Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness” (“Antropología y psicología: el rol de la cultura en la investigación de las enfermedades transculturales”), en *British Journal of Psychology*, 151: 447-54.
- MARTIN-BARO, I. (1990), “War and Sychosocial Trauma of Salvadoran Children” (“La guerra y el trauma psicológico de los niños salvadoreños”), presentación póstuma a la Reunión Anual de The American Psychological Asociación, Boston.
- MAKIYA, K. (1993), *Cruelty and Silence: War, Tyranny. Uprising and the Arab World (La crueldad y el silencio: guerra, tiranía, rebeliones armadas y el Mundo Arabe)*, Londres, Jonathan Cape.
- MIDDLE EAST WATCH AND PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS (1993), *The Anfal Campaign in Iraqi Kurdistan. The destruction of Koreme (La campaña Anfal en el Kurdistán iraquí. La destrucción de Koreme)*, Nueva York, Human Rights Watch.
- MOLLIKA, R. & CASPI-YAVIN, Y. (1992), “Overview: The Assesment and Diagnosis of Torture Events and Symptoms” (“Perspectiva general: la evaluación y diagnóstico de eventos de tortura y sus síntomas”), en *Torture and it's Consequences*, (ed. M. Basoglu), Cambridge, Cambridge University Press, pp. 253-74.
- MOLLIKA, 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" ("El efecto de trauma y el encierro en la salud funcional y el estatus de salud mental de los camboyanos que viven en los campos de refugiados fronterizos de Tailandia-Camboya"), en *Journal of American Medical Association*, 270, 581-585.
- PANOS INSTITUTE (1988), *War Wounds. Development Costs of Conflict in Southern Sudan (Heridas de guerra. Costos del desarrollo del conflicto en Sudán del Sur)*, Londres, Panos.
- PARLIAMENTARY HUMAN RIGHTS GROUP (1994), *Iran. The subjugation of women (Irán. La subyugación de la mujer)*, Londres, Parliamentary Human Rights Group.
- PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS (1993), *Human Rights on Hold: A report on Emergency Measures and Acces to Health Care in the Occupied Territories (Derechos Humanos en suspenso: un reportaje sobre las medidas de emergencia y el acceso a cuidados médicos en los territorios ocupados)*, Boston, Physicians for Human Rights.
- PUNAMAKI, R. L. & SULEIMAN, R. (1990), "Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children" ("Pronósticos y efectividad para manejar la violencia política en los niños palestinos"), en *British Journal of Social Philosophy*, 29, 67-77.
- RAPHAEL, B., MELDRUM, L. & MC FARLANE, A. (1995), "Does debriefing after psychological trauma work?" ("¿Funciona el hecho de hablar sobre el acontecimiento después del trauma psicológico?"), en *British Medical Journal*, 310: 1479 - 80.
- RENOLDS, P. (1990), "Children of tribulation: The need to heal and the means to heal war trauma" ("Los niños de la tribulación: la necesidad de sanar y los recursos para curar traumas de guerra") en, *Africa*, 60, 1-38.
- RICHMAN, N. (1993), "Annotation: Children in situations of political violence" ("Anotación: niños en situaciones de violencia política"), en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1286-1302.

- SAVE THE CHILDREN FUND (1991), *Helping Children in Difficult Circumstances (Ayuda a los niños en circunstancias difíciles. Un manual para Profesores)*, Londres, SCF.
- SIVARD, R. (1989), *World Military and Social Expenditures (Gastos sociales y militares mundiales)*, Washington D.C., Prioridades Mundiales.
- STUBBS, P. & SOROYA, B. (1996), "War Trauma and Professional Dominance: Psychological Discourses in Croatia" ("Trauma de guerra y dominación profesional: discursos psico-sociales en Croacia"), Manuscrito inédito.
- SUMMERFIELD, D. (1995), "Raising the Dead: war, reparation and the politics of memory" ("Levantar a los muertos: guerra, reparación y las políticas de la memoria"), en *British Medical Journal*, 311: 495-97.
- SUMMERFIELD, D. (1995), "Assisting survivors of War and Atrocity: notes on 'psychological' issues for NGO workers" ("Socorrer a los sobrevivientes de la guerra y las atrocidades: notas sobre los asuntos psico-sociales para trabajadores de ONG's"), en *Development in practice*, 5:352-56.
- SUMMERFIELD, D. & TOSER, L. (1991), "'Low intensity' War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community" ("La guerra de 'baja intensidad' y trauma mental en Nicaragua: Un estudio de una comunidad Rural"), en *Medicine and War*, 7:84-99.
- SWISS, S. & GILLER, J. (1993), "Rape as a Crime of War: A medical Perspective" ("La violación como un crimen de guerra: una perspectiva médica"), en *Journal of American Medical Association*, 270, 612-615.
- UNICEF (1986), *Children in Situations of Armed Conflict: New York (Los niños en situaciones del conflicto armado)*, Nueva York, UNICEF, E/ICEF. CRP.2.
- WEARNE, P. (1994), *The Maya of Guatemala (Los mayas de Guatemala)*, Londres, Minority Rights Group International.
- WILSON, K. (1992), "Cults of Violence and Counter-Violence in Mozambique" ("Los cultos a la violencia y la contra violencia

- en Mozambique”), en *Journal of Southern African Studies*, 18, 527-582.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994), *Mental Health of Refugees (La salud mental de los refugiados)*, Versión pre-publicación, Ginebra, Division of Mental Health WHO & UNHCR.
- ZUR, J. (1994), “The Psychological impact of Impunity” (“El impacto psicológico de la impunidad”), en *Antropología Hoy*, 10: 12-17.

RED DE AYUDA Y REHABILITACIÓN

El objetivo de la Red de Asistencia y Rehabilitación (RRN) es facilitar el intercambio de información y experiencia profesional entre el personal de las ONG's y otras agencias que se ocupan de proporcionar ayuda y asistencia de rehabilitación. Los miembros de la Red son nominados a través de su agencia o por solicitud personal. Cada año, los miembros de la RRN reciben en inglés o en francés cuatro paquetes con informes, que incluyen documentos de la Red y revistas sobre prácticas recomendables. Además, los miembros de la RRN pueden recibir asesoría del equipo de la RRN de Londres, sobre problemas técnicos y operacionales que enfrenten. La afiliación tiene un costo modesto, que varía en los casos de miembros nominados por agencias, del tipo de las mismas.

La RRN es manejada por el Instituto de Desarrollo Extranjero (*Overseas Development Institute, ODI*), junto con la Asociación Europea de Organizaciones no Gubernamentales para Asistencia Alimentaria y Ayuda de Emergencias (*European Association of Non-Governmental Organizations for Food Aid and Emergency Relief, EURON AID*). El ODI es un centro independiente para la investigación del desarrollo y un foro para discutir políticas sobre asuntos que afectan las relaciones económicas entre el norte y el sur y las políticas sociales y económicas dentro de los países en vías de desarrollo. EURON AID proporciona la logística y los servicios de financiación a las ONG's, utilizando la Ayuda Alimenticia de la

Comunidad Europea en sus programas de ayuda y desarrollo. Tiene 27 agencias afiliadas y dos con estatus de observadores. Sus oficinas están localizadas en La Haya*.

SIGLAS

ACNUR	Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas.
ECHO	Organización Humanitaria de la Comunidad Europea.
ECTF	Agrupación de Fuerzas de la Comunidad Europea.
MSF	Médicos Sin Fronteras.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
PTSD	Perturbación por Estrés Pos-traumáticos.
SCF	Fundación Salvar a los Niños.

* Para mayor información, contactarse con:
Relief and Rehabilitation Network- Overseas Development Institute
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS – United Kingdom.
Tel +44 (0) 171 487 7601/7591- Fax +44 (0) 171 487 7590.
Email: rrn@odi.org.uk.
Internet: <http://www.omeworld.org/odi/>