
LA TORTURA: UNA EXPERIENCIA LÍMITE A LA DIGNIDAD HUMANA

Jenny Quezada Zevallos

Resumen

La tortura constituye una de las experiencias catastróficas que pueden desencadenar un trastorno de Estrés post-traumático. La observación y el análisis de personas que han vivido la experiencia de la tortura, han permitido conocer una serie de aspectos importantes en la comprensión de este trastorno mental y en las consideraciones de la intervención terapéutica tanto en el paciente como en sus familiares.

Abstract

Torture constitute one of the most catastrophic experiences that can lead to a post-traumatic stress disorder. Observation and analysis of people who experienced torture have allowed to know a variety of important aspects for understanding this mental disorder and considering therapeutic intervention on patients as well as on their relatives.

PALABRAS CLAVE: Tortura, Experiencia límite, Dignidad humana.

KEY WORDS: Tortura, Limit experience, Human dignity.

Reseña de la Autora:

Licenciada y Magister en Psicología. Coordinadora de la Unidad de Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología - UNIFÉ. Docente UNIFÉ

*Lo mejor es aprovechar las enseñanzas del pasado,
pero vivir empapado de porvenir*

E. Rojas (1998)

En tiempos de paz y de guerra, las denominadas “fuerzas del orden”, policía, oficiales de la marina, policía de investigación etc., utilizan la tortura, la muerte y la desaparición de personas como procedimientos para lograr el restablecimiento del orden perdido o como modo disuasivo para evitar que otras personas realicen conductas de protesta, manifestación política o expresión abierta de sus diferencias con la ideología dominante en ese momento. La tortura como forma de coerción social y política es muy eficaz, pues el miedo a ser detenido y torturado genera conductas masivas de autocensura, aislamiento, pasividad y resignación.

El trastorno de Estrés post-traumático (TEPT), inicialmente estudiado en veteranos de guerra, desde hace una década ha sido ampliado para describir un complejo de síntomas que ocurren después de una exposición a eventos traumáticos graves, como torturas, estrupos, experiencias de combate y desastres naturales (señalado por el DSM-III-R), pero también ocurrente ante la exposición de accidentes automovilísticos, trastornos clínicos agudos y crónicos, estrés del trabajo y desastres ocasionados por el hombre (señalado en el DSM-IV).

Los eventos traumáticos pueden ser de “corto plazo” (como desastres naturales, accidentes y desastres producidos deliberadamente ocasionados por el hombre; como ataques terroristas), de “largo plazo” (repetidos y prolongados: desastres naturales y tecnológicos, acontecimientos donde el hombre es el factor causante: prisioneros políticos, refugiados, abuso sexual infantil, etc.) y exposición vicaria (ocurre especialmente en niños, se da cuando los hijos u otros allegados tienen que convivir con aquel que ha sido afectado por un evento traumatizante).

Los distintos factores que intervienen en la génesis de la ansiedad por situaciones traumática y el eventual de un TEPT posterior son: vulnerabilidad genética/biológica, factores del desarrollo, condicionamientos más factores culturales y problemas especiales (factores de riesgo). Los factores de riesgo pueden ser pretraumáticos: ser mujer, tener menos de 25 años, personas sin educación terciaria, experiencia de abuso sexual o físico infantil, privación económica o afectiva por pérdida o separación parental u orfandad, exposición previa a traumas, trastorno psiquiátrico preexistente, vulnerabilidad genética, eventos vitales

adversos. Peritraumáticos dependientes de las características del evento, severidad o dosis del trauma, naturaleza del trauma, participación en atrocidades etc. Postraumático: pobre apoyo social y familiar, desarrollo de un TEA, reacción inmediata postrauma.

Los síntomas del trastorno del estrés post-traumático han sido divididos en tres grupos: a) aquellos involucrados con el revivir de la experiencia traumática; b) la evitación persistente de estímulos asociados con el trauma o apatía global del individuo; c) síntomas de hiperexcitabilidad.

Hiley-Young y col, 1993 (referido por Cia, H,2001) plantea las siguientes categorías de respuesta a los sucesos traumáticos:

- Emocional: estupor, rabia, sorpresa, terror, desesperanza.
- Cognitiva: reexperimentar.
- Biológica: astenia, fatiga, insomnio, pesadillas, supervigilancia.
- Comportamental: retraimiento social, desvinculación del medio.

El DSM-IV distingue tres subtipos de trastorno por estrés postraumático: agudo (duración de los síntomas menor de 3 meses), crónico (duración de los síntomas 3 meses o más) y de inicio demorado (si el inicio se manifiesta con posterioridad a los 6 meses de ocurrido el hecho).

El CIE-10 presenta una categoría que reúne a los trastornos relacionados al estrés, clasificados como 1) reacción aguda al estrés; 2) trastornos de estrés post-traumático y 3) reacciones de adaptación. Para el diagnóstico de TEPT, el CIE-10 exige la ocurrencia de una experiencia traumática “de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica” y describe a el TEPT como una respuesta tardía y/o postardía. En los pacientes en que el trastorno presenta un curso crónico, con muchos años de duración, puede ocurrir una transición para el diagnóstico de alteración permanente de la personalidad después de una experiencia catastrófica.

Maurat, A; Coscarelli, P y otros (1996) refieren que algunos fenómenos observados en los estudios de los efectos del estrés agudo o crónico en animales parecen tener correlación con señales o síntomas del estrés post-traumático, hallándose los siguientes sistemas neuroquímicos alterados: noradrenalina, dopamina, opióides endógenos, corticotropina (ACTH) y glicorticóides, hormona liberadora de corticotrofina y neuroesteróides.

Los aspectos psicológicos del TEPT han sido explicados desde la teoría conductista, la teoría cognitiva y la teoría psicodinámica. La teoría conductista plantea que el individuo que ha sido expuesto a un evento traumático (estímulo incondicional -EIC), tiende a responder con miedo y ansiedad, perseverando en mostrar la misma respuesta a situaciones, imágenes y pensamientos (estímulo condicional EC) que han estado asociados a la exposición traumática. A diferencia del condicionamiento simple, la respuesta aprendida al TEPT no se extingue. Esta respuesta aprendida lleva al individuo a evitar tanto el estímulo condicional (EC) como al incondicional (EIC), logrando a través de este proceso reducir su ansiedad.

La teoría cognitiva sostiene que las reacciones normales a los estímulos estresores son mediadas por procesos cognitivos que permiten al individuo asimilar y procesar nueva información. Los eventos traumáticos pueden producir una pérdida de esa capacidad, llevando a errores en la cognición. Percibe el mundo como extremadamente peligrosos y se percibe a sí mismo como permanentemente incompetente y vulnerable, perjudicando la recuperación del trauma.

La teoría psicodinámica, a partir de la observación de pacientes con neurosis traumática ha sugerido que la experiencia traumática rompería una hipotética «barrera de estímulos» acarreado un desequilibrio en la “energía del organismo”. Para esta teoría la fijación del trauma es importante, así como el surgimiento de algunos mecanismos de defensa.

La observación y el análisis de personas que han vivido la experiencia de la tortura, han permitido conocer una serie de aspectos importantes en las comprensión de esta “experiencia catastrófica”, a continuación presentaremos los principales hallazgos de estos estudios.

Caro, N (2000) señala que en la tortura existe un momento en que el sufrimiento pasa de la extraordinaria angustia física del sujeto a la desoladora experiencia de un completo y total desamparo psíquico, al cual denomina “demolición psíquica”, éste representa una amenaza traumática para la estructura psíquica de la víctima, dirigiendo a menudo los impulsos agresivos hacia su propia persona, ante la imposibilidad de defenderse de los otros o de reaccionar agresivamente contra sus torturadores.

Frankl, V (1955) quien vivió personalmente la experiencia de estar en un campo de exterminio en Alemania, refiere que en la persona que sufre la experiencia

de tortura se presentarían una serie de fases, en la primera fase, la desesperanzada situación, el peligro de muerte de cada día, a cada hora, a cada minuto, la cercanía de la muerte de los demás - de la mayoría- hacía natural que a casi todos, aunque fuera por un corto momento, les asaltara la idea del suicidio. En la segunda fase se produce una apatía relativa; « llegando a una muerte interior», produciéndose una progresiva insensibilidad de las reacciones afectivas normales; la apatía, el embotamiento del ánimo, la indiferencia y la dejadez, le insensibilizan contra los castigos físicos diarios y de todas horas. El dolor físico que causan los golpes a decir de Frankl no es lo principal sino el dolor anímico, la indignación por la injusticia sufrida o por la falta de motivo para el castigo. La apatía, es un indispensable mecanismo de autodefensa de la psique: difumina la realidad. Todas las aspiraciones, la totalidad de la vida anímica, se concentran en un único problema: la pura y simple conservación de la vida, de la propia y de los amigos. Es en los sueños donde se manifiesta de forma clara una “regresión”, una retirada hacia una forma más primitiva de la vida anímica, presentándose sueños de consumación de deseos (pan, baño caliente, cigarrillos etc.)

Se observa también aunque de forma esporádica, brotes de una tendencia a reconcentrarse en sí mismo, en especial en seres sensibles, acostumbrados por naturaleza a una existencia espiritualmente activa. Esta actividad les permite retirarse del espantoso ambiente y refugiarse en el pasado, a través de la fantasía de experiencias pasadas cotidianas, casos o sucesos insignificantes de su vida anterior. Esta tendencia a entrar en sí que se manifiesta en algunos presos, les puede incluso ofrecer una vivencia intensa del arte o de la naturaleza, siendo estas vivencias de tal intensidad que puede hacer que se olvide del mundo circundante y de toda la tremenda situación.

El hombre en el campo de concentración, mientras no se oponga ello en un último esfuerzo de un sentido del propio valor, pierde el sentimiento de ser sujeto; experimentándose a sí mismo como una partícula mínima de una gran masa, y su existencia desciende al nivel gregario. Agregándose una radical carencia de valor de la vida humana individual y la pérdida del sentimiento de ser un sujeto humano, experimentándose como un objeto del capricho de los guardias o lo que es peor del destino.

Weinstein, E y colaboradores (1987) en un estudio realizado como producto de una intervención psiquiátrica realizada en Chile en el período de 1977 a 1985,

durante la dictadura de A. Pinochet, época en la cual la tortura, muerte y desaparición de personas, contrarias al régimen de gobierno fue practicada en forma cotidiana por las fuerzas policiales y fuerzas armadas, señalan las siguientes manifestaciones:

a) **Manifestaciones clínico-psicológicas:** esta sintomatología se manifiesta en forma aguda cuando los pacientes son atendidos en forma precoz y está estrechamente ligada a la experiencia traumática específica que la ha desencadenado. La sintomatología asociada a la experiencia de tortura se modifica con el transcurso del tiempo.

- Alerta selectiva y bloqueo o disminución de las funciones del yo
- Accesos emocionales incontrolables (inquietud, tendencia a llorar, etc.). La cualidad emocional de estos accesos es experimentada la mayoría de veces, como ansiedad, rabia o culpa.
- Perturbaciones del dormir y síntomas de repetición.
- Complicaciones neuróticas ; posibilidad de que se reactiven antiguos conflictos, significaciones y experiencias dolorosas.

b) **Manifestaciones familiares:** la tortura no sólo afecta al individuo que la padece, sino a toda familia, los hijos, el cónyuge, dificultades para la subsistencia, cambio de roles en la familia etc.

c) **Manifestaciones psicosociales:** la mayoría de los detenidos pierde su trabajo, originándose en ocasiones dificultades para conseguir trabajo posteriormente. La cesantía crónica produce efectos en la salud mental, como frustración, pérdida de la autoestima, evolución desde una reacción angustiada hacia una sintomatología depresiva y la pérdida de referentes sociales, generándose la destrucción o el deterioro de los vínculos colectivos, experimentándose en lo subjetivo como soledad y aislamiento.

El impacto y las secuelas de la tortura varía enormemente de una persona a otra, siendo los factores más importantes la biografía y características subjetivas de ésta. Las condiciones morales, los valores, la ideología, el grado de conciencia política, los lazos afectivos, la capacidad de análisis y control emocional, la resistencia física, la información previa y la preparación para evitar el pánico son factores que influyen en el impacto que la tortura tiene en la salud mental de las víctimas.

A lo cual agrega Langer, M., referida por Cano, N. que la capacidad para resistir a la tortura y a su dañino impacto psicológico puede ser el resultado de la dependencia de mecanismos inconscientes primitivos y de la regresión al estadio infantil, que se caracteriza por reducir la compleja realidad a categorías simplistas de lo bueno y de lo malo. Lanfer piensa que esto puede lograrse cuando la víctima es capaz de mantener una clara distinción entre el “bien”, identificada con los valores humanos positivos que suponen la ideología progresista de la igualdad y la justicia y el “mal”, identificado con la dictadura militar cuyas atrocidades sirven para mantener un sistema económico opresivo. La dimensión con que el terror, la humillación, la pérdida de la dignidad y la angustia física marcan a la víctima depende de las características estructurales de la personalidad y de la duración e intensidad de la violencia padecida.

Frankl, V. (1955) observó que al ser liberadas las personas de su situación de presos, se observan deformaciones morales, al ser liberado repentinamente de la presión psíquica, la amargura y la decepción al regresar a su antigua vida como hombre libre; puede hacer peligrar; perjudicar y deformar su carácter.

Después de una experiencia de tortura; muchos ex=detenidos han logrado mantener o recuperar su integridad personal y restablecer vínculos afectivos, sin embargo la gran mayoría debido a la extrema ansiedad vívida y el intenso desgaste psicológico que entraña, necesita de una intervención psicoterapéutica que le permita la articulación entre el dolor y la reparación, a decir de Weinstein, E y colaboradores (1987): mirar lúcidamente el grado de destrucción y sufrimiento en que nos debatimos y asumiéndolo, seguir ejerciendo nuestro derecho a la utopía, a recuperar la esperanza de construir un mundo que brille “con luz propia” y que “ilumine la oscuridad de otras cosas”.

Es importante resaltar el papel de la esperanza, entendida como una espera y una expectación, definida por Rojas, E (2001) como “llevar dentro de sí un germen de confianza respecto al futuro, una seguridad de que a pesar de las dificultades aquello que se espera se alcanzará”, una anticipación positiva del futuro que me permitiría seguir proyectándome, planificando. La esperanza ocupa una posición central en la dinámica de la existencia, haciendo posible la vida como tarea, como empeño dirigido hacia el futuro.

Siguiendo a Rojas, E, (1998) la práctica psicoterapéutica consistiría en ayudar al paciente a realizar una lectura más positiva de su trayectoria (de su historia

personal), suavizando segmentos dolorosos de su vida y ayudando a mirar con amor aquellas parcelas especialmente conflictivas.

Para Frankl, V (1955) todo intento de contrarrestar, en el sentido de una psicoterapia, los fenómenos psicopatológicos causados en el preso por la vida de campo, tiene que procurarse alentar interiormente en el preso, ofreciéndole una nueva meta en el futuro. Esa mirada hacia el futuro constituye, una y otra vez, su refugio en los momentos más difíciles de su existencia - hallándose también aquí que el valor de la esperanza, apoya el proceso de soporte del preso y de recuperación.

En los familiares de personas que han sido ejecutadas, en la mayoría de casos después de una experiencia de tortura se hallan sentimientos iniciales frente a la noticia de la muerte del ser querido, el dolor, el horror, la sensación de catástrofe, la incredulidad, la confusión y a impotencia. En ellos al duelo por el ser querido se añan otras pérdidas: proyecto político, ser social, amigos que han sido también víctimas de la represión, estabilidad económica, vivienda, trabajo, status socioeconómico etc. El miedo, el aislamiento, el rechazo social e incluso la distorsión de los hechos por los medios de comunicación de masas, impiden la recuperación de la imagen pública del familiar ejecutado, obstaculizando aún más la elaboración del duelo por parte de quienes lo sobreviven.

El duelo alterado, la ira, el desamparo, la confusión marca directamente a los niños, debido a que los adultos que le rodean impide que se comuniquen con el niño para aclarar su confusión y compartir sus sentimientos. Un factor importante en los efectos es el tiempo de experiencia significativa que se halla tenido con el progenitor ejecutado. A largo plazo la consecuencia que destaca es el temor a la muerte del otro padre y a la propia muerte.

Las dinámicas psíquicas halladas en familiares de ejecutados son: la dinámica de la negación y el aislamiento, la dinámica de la identificación con la muerte, la dinámica de la culpa, la dinámica del desplazamiento de lo social y lo privado, la dinámica de la confusión y la dinámica de la formación reactiva.

La terapia con los familiares de ejecutados radica en ayudarles a la elaboración de todos los aspectos de la pérdida ocurrida, de modo de inducir una reacción más sana de su parte, a pesar de lo traumático de las experiencias que han sufrido. La terapia de duelo no sólo considera el dolor emergente, sino también otras emociones, más difíciles de vivir, como la rabia y la agresividad, y la discriminación entre los

procesos subjetivos que se experimentan internamente y la realidad exterior, que es la que ha generado la pérdida.

El momento en que la intervención terapéutica a la familia de ejecutados suscita menores resistencia y tiene mejores posibilidades de éxito, es en el inicio del duelo, si esto no ocurriera hacia el segundo o tercer mes, la familia estructura todas las defensas rigidizantes - siendo este el momento más difícil para establecer un vínculo terapéutico. Alrededor del año de ocurrida la pérdida, se produce la cronificación del daño, apareciendo sintomatologías específicas que pueden impulsar a pedir ayuda especializada. (p.e: sintomatología en los niños).

La actividad terapéutica en países en los cuales se había instaurado el terrorismo de Estado, se convierte en una situación peligrosa tanto para el terapeuta, como para sus pacientes. Al respecto Caro, N (2000) describe la situación vivida por un grupo de terapeutas psicoanalistas en los países de Chile, Uruguay y Argentina, lugares donde las políticas de desaparición tortura y muerte de un número significativo de ciudadanos tuvieron el propósito de imponer un consenso pasivo en la población. Caro denomina a esta «psicología de la liberación» por sus esfuerzos por encarar las fuentes emocionales y sociales del sufrimiento humano.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Caro, N. (2000) *Amor en los tiempos del odio. Psicología de la liberación en América Latina*. Rosario:Homo Sapiens.
- Cía, A (2001) *Trastorno por estrés postraumático diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Imaginador
- Egídio, A ; Maurat, A; Figueira, I y otros (1998) Transtornos relacionados ao estresse: aspectos diagnósticos e opções terapêuticas Série Psicofarmacologia - 78 *Journal Brasileiro Psiquiatria* 47 (10): 523-535

- Frankl, V (1955) *Un psicólogo en el campo de concentración*. Buenos Aires: Plantin
- Maurat, A; Coscarelli, P; Egídio, A y otros (1996) Aspectos biológicos do estresse pós-traumático. *Journal Brasileiro Psiquiatria* 45 (5): 297-302
- Maurat, A; Coscarelli, P; Egídio, A y otros (1996) Transtorno de estresse pós-traumático não relacionado à guerra Série Psicofarmacologia -53 *Journal Brasileiro Psiquiatria* 45 (9): 551-556
- Organización Mundial de la Salud (1993) CIE 10 *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Rojas, E (1998) *La ilusión de vivir*. Madrid: Temas de Hoy.
- Rojas, E (2001) *Una teoría de la felicidad*. Madrid: CIE.
- Weinstein, E; Lira, E.; Rojas, M (1987) *Trauma, duelo y reparación, Una experiencia de trabajo psicosocial en Chile*. Santiago de Chile