

Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva

Richard F. Mollica. Psiquiatra. Director del Harvard Program in Refugee Trauma. Cambridge. Massachusetts. (EUA).

E-mail : rmollica@hppt.harvard.edu

Reproducido de: Pau Pérez-Sales (Coord). Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. Ed Ex Libris. Madrid. 1999. pg. 45-61.

Introducción

En el último cuarto de siglo se ha venido manifestado una constante violencia generada por unos seres humanos en contra de otros, que ha causado una destrucción física y un sufrimiento humano de extraordinarias proporciones^{1,2}. Los modelos de ayuda humanitaria de urgencia desarrollados desde la última guerra mundial han repetido modelos de asistencia material que, aunque han sido efectivos en la fase de emergencia, no han sido puestos a prueba en situaciones a largo plazo como las del Oriente Medio o Asia³. Las organizaciones internacionales dedicadas a reconstruir sociedades devastadas por la violencia colectiva tienen ahora la ingente misión de crear un símil de comportamiento económico normal en alrededor de unas sesenta naciones⁴. La magnitud de la destrucción social y física que existe hoy en día y la realidad de una comunidad global interdependiente demandan que surjan nuevos modelos para la prevención de la violencia colectiva, así como para la recuperación de las naciones afectadas por ella. El objetivo de este ensayo es analizar los efectos psicológicos de la violencia colectiva y proponer una estructura de sanidad pública que evalúe y mejore las políticas enfocadas a la recuperación de poblaciones traumatizadas.

El problema de la taxonomía

Este comentario del fallecido filósofo francés M. Foucault demuestra de forma sucinta el papel cambiante de los sistemas de clasificación para dar significado a nuestra experiencia cotidiana.

“En este pasaje se cita a ‘cierta enciclopedia china’ donde se dice que ‘los animales se dividen en: (a) pertenecientes al emperador, (b) embalsamados, (c) domesticados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos... (j) innumerables, (k) dibujados con un pincel de pelo de camello muy fino, (l) etcétera, (m) los que acaban de romper un cántaro de agua, (n) los que de lejos parecen moscas’. En la admiración de esta taxonomía, lo que percibimos es un gran obstáculo: el hecho de que, por medio de la fábula, lo que se muestra como el exótico encanto de otro sistema de pensamiento, es la limitación del nuestro, la absoluta imposibilidad de pensar así.”

Hasta el último cuarto de siglo, los especialistas en salud pública se han visto incapaces de “dar nombre” al sufrimiento humano asociado a la violencia colectiva. El impacto en la salud mental de la experiencia del genocidio entre la sociedad camboyana bajo el régimen de los Jemeres Rojos (1975-1979) y el posterior confinamiento de casi 400.000 hombres camboyanos, así como de mujeres y niños en la frontera entre Tailandia y Camboya, permaneció indocumentado durante casi toda una década⁶. Situados en la periferia de la política internacional⁷ permanece una falta de reconocimiento similar del sufrimiento de la población rwandesa. La desidia, la ignorancia y a veces la rotunda negación de las secuelas de la violencia colectiva en la salud mental constituyen

una compleja realidad socio-histórica que está fuera del alcance de esta discusión y pendiente de análisis.

En la sociedad occidental nuestra definición de trauma comienza con el término griego *traumatikos*. Este término hace referencia a una herida o a una lesión exterior del cuerpo. Hasta hace poco, las heridas psicosociales de las personas y comunidades traumatizadas han sido relativamente invisibles. Así que no tenemos términos para definir o medir estas heridas, teniéndonos que limitar a descripciones de las manifestaciones físicas de la violencia. Ello se debe a una serie de factores. En primer lugar no hay una lesión fácilmente identificable como ocurre con las heridas de guerra graves. En segundo lugar las secuelas de la violencia en la salud mental están asociadas a una alta morbilidad pero a una mortalidad relativamente baja. Además los efectos psicosociales negativos, incluso en casos graves, han sido difíciles de cuantificar: ningún modelo, por ejemplo, ha sido capaz de establecer una relación directa entre el sufrimiento humano durante la guerra y la productividad económica. Ha contribuido, finalmente, la idea - no probada - entre los profesionales de salud pública de que los supervivientes de la violencia prefieren no revelar públicamente sus experiencias vitales traumáticas. Es más, se afirma que evaluar las experiencias traumáticas de las personas puede crear trastornos adicionales y despertar angustia interfiriendo así en la curación natural del trauma con el paso del tiempo. Finalmente, existe un deseo de proteger al superviviente del estigma asociado a la clasificación y el tratamiento psiquiátrico.

En los últimos años las investigaciones clínicas del impacto psicosocial de la violencia colectiva en el holocausto nazi⁸, y en supervivientes a la tortura⁹, refugiados y personas expatriadas¹⁰, veteranos de la guerra de Vietnam y de otros combates, han desechado todos los conceptos erróneos anteriores sobre estas poblaciones clínicas. La validación del diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) -Posttraumatic Stress Disorder- ha generado por primera vez unos criterios de diagnóstico estandarizados para la evaluación de los padecimientos psiquiátricos relacionados con situaciones traumáticas¹¹. La adaptación cultural del TEPT a poblaciones no-occidentales y la posibilidad de evaluar con detalle las experiencias vitales traumáticas a través de entrevistas semi-estructuradas, han llevado a una nueva ola de investigaciones realizadas en población general¹². Por primera vez se ha podido medir en poblaciones traumatizadas de todo el mundo la morbilidad psicosocial asociada a traumas repetidos.

La gran importancia de poder narrar lo ocurrido.

La medición y evaluación de las consecuencias traumáticas asociadas a la violencia colectiva plantea un dilema conceptual y posiblemente ético. ¿Cómo pueden los trabajadores de salud evaluar las consecuencias traumáticas sin trivializar las experiencias vitales de horror y brutalidad de las personas afectadas? En principio, una taxonomía de las consecuencias traumáticas debe estar centrada en la historia vital de las personas afectadas, sus familias y comunidades. Teniendo esto en cuenta, ¿cómo realizamos una transición desde la naturaleza profundamente personal de la *historia del trauma* de un superviviente a un enfoque (o enfoques) empírico y menos subjetivo?¹³

A lo largo de la década pasada, las narraciones orales de las mujeres camboyano-americanas archivadas en la Biblioteca Schlesinger sobre Historia de las Mujeres en América, han conducido a una serie de ideas sobre los principales componentes de la historia del trauma. Fenomenológicamente, cada una de las historias vitales tenía dentro de sí misma cuatro historias. Estas cuatro historias son descritas en la Figura n°.1.

La historia del trauma: Cuatro historias dentro de una historia

- Explicación real de los hechos
- Significado cultural del trauma
- Mirando detrás de la cortina
- La relación oyente-narrador

El primer componente o primera historia es la *explicación real de los hechos*. Se hizo evidente en cada historia oral la brutalidad que las mujeres camboyanas experimentaron bajo el régimen de Pol Pot. La vida bajo los Jemeres Rojos era parecida para todas estas mujeres a pesar de sus diferentes edades y procedencias sociales. La siguiente cita de S.P.

ilustra la violencia brutal experimentada por todas ellas de un modo sistemático:

“En aquel tiempo, durante dos o tres meses, mi hija pequeña empezó a ponerse muy, muy enferma. Tenía diarrea. Y he aquí que, afortunadamente, había un soldado que estaba loco por mí o por lo que fuese..., no sé por qué venía a visitarme... Y le suplicaba cualquier cosa para conseguir medicinas para mis hijos. En aquel tiempo me dio penicilina. No creo que esto la curase, pero eso era mejor que nada. Y se lo di a ella. Su estado era cada vez más débil, y más débil. La comida era cada vez más y más escasa, menos y menos. Y yo también poniéndome más débil y débil. Para cuidar a mi hija comencé a... ¿sabe?, como ella... Echaba de menos su casa, echaba de menos sus juguetes, echaba de menos su comida... empezó a quejarse y a hablar, día y noche, todo el tiempo. Alguien me dijo que quemase marihuana y se la pusiese en un azucarillo para que le entrase sueño, para que no hablase tanto. Se la di. Ayudaba. Creo que todavía me sigo culpando por ello. Tal vez le di demasiada. Dormía, y un día me levanté, y se estaba poniendo tan débil que no podía decir nada. La diarrea continuaba, no había comida... Todavía nos quedaba algo de comida para que comiese, pero no podía comer. Todavía quería su pan, todavía quería sus juguetes. Cada vez teníamos menos de todo. Un día en aquel tiempo le pedí a mi madre que la cuidase, ¿sabe?, en lugar de ir a trabajar. Yo iba a trabajar y trabajaba por dos. Por mi madre y por mí porque yo no podía cuidar a mi niñita. Y no me alejé mucho de ella, como de aquí a la esquina, y oí a mi madre llamarme. Volví. Allí estaba mi hija, muerta. Fue... No sabía qué decir porque vi que toda mi familia había venido y en aquel momento esto les conmocionó. Ella, una niña... la familia de la novia ríe o llora. Se murió con los ojos abiertos. Cuando volví no estaba todavía muerta y la cogí. Me miraba a la cara y quería tocar mi pecho. Antes de que pusiese... antes de tumbarse, ya estaba muerta. Mi padre, mi hermano, quisieron llorar, pero no pudieron. Mi padre se fue de allí, también mi hermano. Mi hermana, mi hermana pequeña y mi hijo no sabían lo que pasaba. Y volvieron del jardín con una hermosa flor y dijeron: ‘Esto es para ella. Seguramente se sentirá mejor cuando vea esta flor’. Se murió. Durante toda esa noche abracé el cuerpo de mi hija. Toda la familia estaba muy, muy silenciosa. Nadie quería decir nada. Era la primera persona que moría en la familia. Comenzó con ella. Observé como mi padre empezó a cambiar su actitud, como, por ejemplo, en vez de hacer alguna broma, había perdido su sentido del humor; y también porque después de la pérdida de mi marido él estaba muy, muy próximo a la niña.”

Otros autores han hablado del *significado cultural del trauma*: la historia, el significado y el tipo de violencia experimentada son diferentes de una sociedad a otra. Esto no quiere decir que la violencia sexual no sea percibida por todos los hombres y mujeres en todas las sociedades como un daño profundo y una degradación social. La universalidad de las respuestas humanas, sin embargo, puede manifestarse de forma diferente en las distintas culturas y estigmatizar a la víctima en mayor grado en unas sociedades que en otras. Cada narrador, al revelar la historia de su trauma proporciona al oyente unas aproximaciones culturales únicas del significado de sus experiencias dentro de su entorno cultural. En esta cita de S.P., ésta revela la idea de santidad de la muerte y del entierro dentro de la sociedad jemer tradicional, así como también proporciona algunas ideas sobre la naturaleza de su matrimonio concertado.

“No. Una de las cosas que tenía mi madre era una casa de alquiler donde iban muchos familiares. Y la madre de mi marido, que es viuda, tiene tres hijos... no, tiene cuatro hijos, dos chicos y dos chicas. Un día, que fui a recoger la renta, mi marido me vio y fue como si se enamorase a primera vista. Intentó saber quién era. Y uno de los inquilinos le dijo: ‘Ooh, no puedes, pues es la hija del casero’. Y él dijo algo como ‘¡Oh!’ Entonces se lo contó a su madre y le dijo: ‘De verdad que quiero casarme con la hija del casero’. Y parece que mi suegra dijo: ‘Es amable, pero refinada’; porque comparando las clases sociales somos diferentes porque él era sólo mi inquilino y mi suegra no ganaba mucho dinero. Mi madre, ella... No es que esté llamando rica a mi familia, pero se puede decir que era algo más que clase media. Entonces mi suegra decidió que lo mejor era no hacerlo, porque sabía que mi madre iba a decir: ‘No’. En aquel tiempo, el otro inquilino que sabía lo que pasaba, y que sabía que mi madre era muy amable y que no iba a importarle tanto lo del dinero sino si la persona era agradable y buena le dijo a mi suegra que no se echara atrás: adelante, ‘inténtalo antes de rendirte’. Y mi suegra dijo: ‘No lo voy a intentar’. Esa persona, entonces, se lo contó directamente a mi madre : que mi marido me había visto y que de verdad quería, ¿sabe?, algo

serio. ¿Qué dijo mi madre? Mi madre dijo que de acuerdo si supera la... nosotros la llamamos la regla, entonces les aceptaremos; y mi madre dijo: 'Yo no les molestaré'.. Ella tan sólo quería conocer la historia de su familia. Entonces mi suegra empezó a venir. Cuando mi suegra empezó a venir, averiguamos que mi suegro (ella dejó a mi suegro), que mi suegro tenía otra mujer, y que ella también tenía una relación con otro hombre, como si fueran novios, cosa que está absolutamente mal en mi cultura. Pero mire qué guapo era mi marido. Era muy, muy agradable, muy, muy educado. Mi madre dijo: 'Está bien, lo intentaremos'. Al principio quiso que mi marido viniese cada semana, ¿sabe?, para que pasara tiempo en mi casa ayudando a mi padre a hacer pequeñas cosillas, y así lo hizo de ahí en adelante, poco a poco. Y poco a poco mis padres se fueron enamorando de él, porque era una persona tan, tan dulce.

Fue terrible. Enterré a mis padres con mis propias manos. Como le dije, solíamos poner hermosos trajes a los difuntos, los trajes favoritos que al difunto le solían gustar antes de morir. ¿Me entiende? Le das un baño, le das al cuerpo... bueno, lo primero de todo le das un baño al cuerpo, ¿no? Y después lo vistes con un traje hermoso. Es igual que aquí. Le pones un traje bonito antes de meter el cuerpo en la caja. ¿Se dice caja? Ataúd. Pones el cuerpo en el ataúd y las cosas que al difunto le gustaban, ¿no? Y si el difunto es la madre de un bebé, y la madre muere y el bebé continúa vivo, a veces se pone como una... sandía con el cuerpo, para pretender que también está el bebé. Esto es lo que yo vi que se hizo con la persona que vivía en la puerta de al lado. Pregunté: '¿Por qué hacéis eso?', porque ellos ponen una sandía con eso; porque ellos sienten que el alma no está completamente en paz, porque ella todavía echa de menos a su hijo, al bebé, al más joven. Así ven el alma... tan sólo es un bebé de mentira, pretendiendo que... incluso cuando mueres, todavía tienes al niño contigo. Pero este bebé ya no es tuyo, hay que dejarlo solo. ¿Me sigue? Después de eso, se pone el cuerpo en el ataúd, se va al funeral y se le entierra. Durante el régimen de Pol Pot... estoy hablando de mi propia experiencia. Cuando mi niñita murió fue la primera experiencia, la primera experiencia horrible en mi familia. Era mi niña pequeña. Era joven. Era la primera. Recuerdo que tenía... no es una manta, es más ligero. Se parece a una manta, pero está hecha de seda. Era preciosa. Era un regalo que me hizo mi madre después de casarme. Ni siquiera pude encontrar madera para hacerle un ataúd. Así que la envolví en esa preciosa tela, con sus maravillosos trajes... no eran muy bonitos, sino tan sólo eran los trajes que a ella le gustaban, ¿sabe? Mi padre y mi hermano la enterraron. Ni siquiera fui allí porque no podía ir. No creí que pudiera soportarlo. De toda mi familia, nadie pudo encontrar ni tan solo un trozo de madera para poner dentro del agujero. ¿Sabe de qué le hablo? Porque cuando cavas en la tierra, la parte de abajo está como húmeda. A pesar de ello, no tienes elección. Tienes que colocar allí a tus padres porque no puedes hacer otra cosa. Por suerte, a mi madre la envolví con los trajes hermosos que tenía. Y tampoco encontré nada para mi madre. Es algo horrible, pero después de enterrarla, dos o tres días después, alguien me dijo que (esto todavía es una pesadilla para mí)...¿cómo se dice?... un lobo había atravesado todo aquello porque no la habían enterrado lo suficientemente arriba... lo suficientemente profundo. No la enterraron con la profundidad suficiente. ¿Cómo se sentiría usted en mi lugar? Es la persona más importante de tu vida. Muere y piensas que está en paz. Ni siquiera el cuerpo puede estar en paz”.

Mirando detrás de la cortina significa la transformación del sistema de valores de los supervivientes como consecuencia de la propia violencia colectiva. Las costumbres culturales y las creencias son destruidas y sustituidas por nuevas ideas alrededor de un mundo cotidiano destruido por la tortura y la violencia. Como la violencia a la que sobrevivieron ha destruido su antigua forma de pensar y comportarse, muchos miran detrás de la cortina de lo que fue su vida normal y encuentran algo nuevo. Las mujeres traumatizadas están especialmente afectadas por la falta de significado que perciben en las discriminaciones sexuales y en los prejuicios. De nuevo, S.P. ilustra este punto.

Sí, así es. Pero una de las cosas es, que yo creo que ser un ser humano significa que tienes que amar dentro de tu corazón. Si no tienes amor, no eres un ser humano. La vida está hecha para la felicidad, la tristeza, lo excitante, lo no excitante, lo aburrido; todo esto es creado para ser vida. A veces cuando la vida se hacía tan desagradable, imaginaba que lo que esto era mi... que esto es lo que la vida va a ser. Quiero

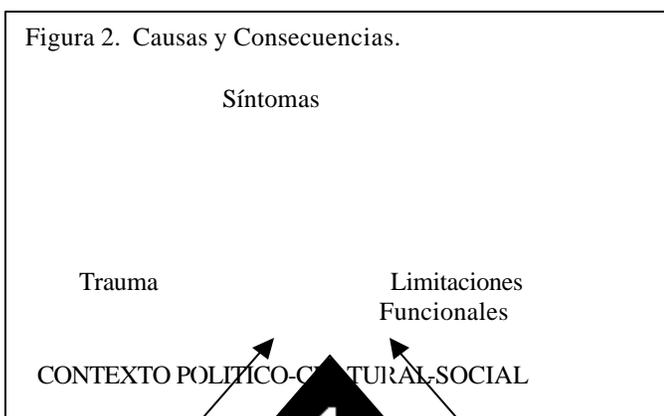
decir que tienes que perderlo todo para sentirte vivo. A mí, siempre cuando no me ocurre una cosa me ocurre otra. La semana pasada estuve arreglando cosas del seguro, de la hipoteca y, pensé: bien, parece que ahora puedo relajarme. Pues de repente un tipo me da un golpe en el coche. Y descubrí, me di cuenta que había valido la pena tener arreglado el tema del seguro. Cuando iba a trabajar, se me pinchó una rueda. Y pensé: ¿por qué yo? Quiero decir, Dios: ¿es que no tienes suficiente? Pero la vida es así. Siempre tienes algo que te interrumpe, a la vez que siempre tienes algo que perseguir. Pero nunca elegiría si volviese a vivir, si volviese a nacer y conociese mi vida pasada y mi vida actual, nunca querría estar sola. Nunca. Es que estar solo es una situación espantosa, pero nunca querría casarme con, ¿sabe?, con una pareja inestable, porque...según lo que me han enseñado, de acuerdo con lo que me han educado, es que... el amor es sólo de uno hacia uno, de una persona hacia una persona. No creo que tengan este tipo de amor en este país, o quizás no he buscado lo suficiente. Pero... he visto tanta gente engañándose de tal manera, de tal manera que... tal vez ella tenga razón. En vez de casarse de nuevo, debería establecerse y permanecer soltera. Pero no tiene sentido. ¿Estar soltera para qué? Estar sola y quedarse en casa todo el tiempo, trabajando todo el tiempo, ¿para qué? No tengo ninguna respuesta para esto, pero el hecho es que espero que algún día mi vida sea diferente. Un poco más interesante, en lugar de ser tan oscura como es. ¿No cree?

Finalmente, no existiría una comprensión básica de la historia del trauma si no existe un oyente. Ni la historia del trauma ni sus consecuencias existen a menos que exista comunicación entre el narrador y el oyente. Y quizás ese era el problema: los médicos y los planificadores en salud no escuchaban las historias de la gente pese a que el superviviente siempre cuenta su historia a todos, especialmente a aquellos que le son más íntimos. Sin embargo, la historia del trauma sólo puede existir disfrazada en trozos y piezas. Los signos de la historia de los supervivientes se encuentran en todas partes porque estas experiencias vitales traumáticas afectan su salud, identidad, personalidad y sentimientos.

El impacto de las situaciones traumáticas: causas y consecuencias

La historia del trauma no es un tesoro escondido a la espera de que alguien lo descubra. Es este hecho el que permite medir e interpretar las consecuencias del trauma al médico, al planificador de servicios de salud pública o al responsable de la política sanitaria, cada uno usando su propia metodología y objetivos. La historia del trauma puede ser identificada en situaciones traumáticas a través de las grandes consecuencias traumáticas de la violencia: síntomas psiquiátricos, limitaciones funcionales e incapacidad. La Figura nº.2 muestra el modelo epidemiológico básico de las causas y consecuencias que unen las experiencias traumáticas con sus consecuencias¹⁴. Hasta hace poco, casi todos los estudios que asociaban al trauma con sus consecuencias se habían basado en poblaciones clínicas. Desde los pioneros estudios comunitarios de Eitinger y sus colegas^{15,16,17} que demostraban la alta morbilidad y la mortalidad a largo plazo de los supervivientes del Holocausto nazi, los estudios clínicos han ido mostrando en diferentes grupos de supervivientes fuertes asociaciones entre la existencia de hechos traumáticos y la aparición de enfermedades físicas y sintomatología psiquiátrica, especialmente depresión y TEPT¹⁸. Estudios comunitarios recientes han asociado la existencia de situaciones traumáticas con la aparición de daños funcionales¹⁹. Existen pocos estudios longitudinales que sean capaces de aclarar la dirección de las flechas causales que aparecen en la figura 2, así como la historia natural de la recuperación. Si se ha establecido claramente en estudios transversales una relación dosis -efecto entre situaciones traumáticas repetidas y acumulativas y sus consecuencias¹⁴.

Afortunadamente, los grandes avances en la validación transcultural de los instrumentos de estudio en poblaciones no occidentales y no anglófonas han permitido que se utilicen con éxito medidas seguras y válidas como para afirmar cada punto de esta relación triádica: i.e. trauma-síntomas-limitaciones funcionales^{20,21,22}. Las

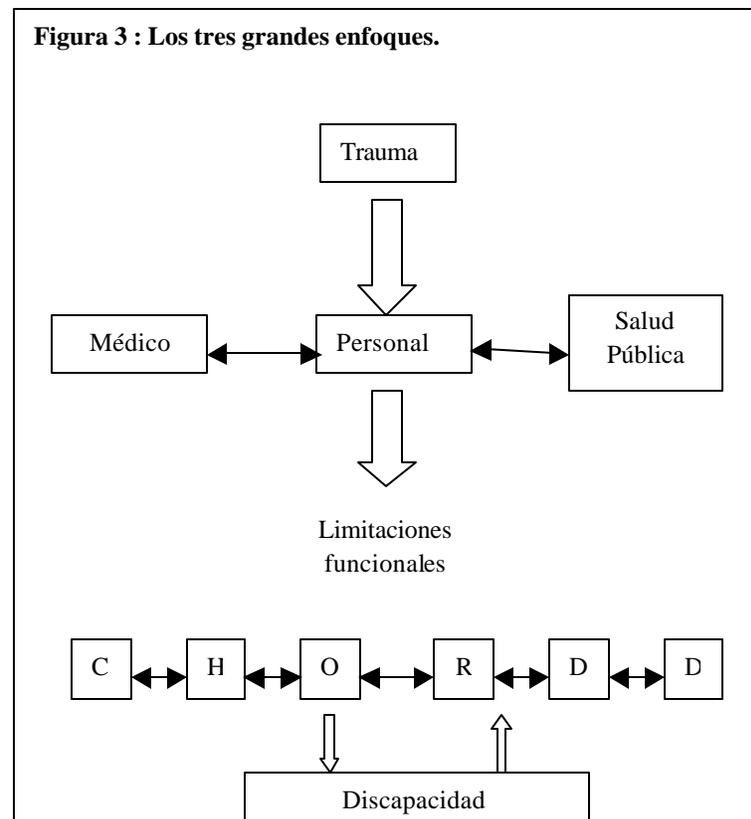


experiencias traumáticas de los supervivientes son distintas en las diferentes culturas y entornos geopolíticos. Por ejemplo, bajo el régimen de los Jemeres Rojos muchas personas fueron torturadas poniendo su cabeza dentro de una bolsa de plástico. Esta práctica no parece que ocurriera en Bosnia donde las personas torturadas experimentaron formas de violencia terribles únicas a ese conflicto. Además, es esencial reconocer que también el significado cultural del trauma varía de situación en situación^{23,24}. Mientras por un lado es cierto que todas las culturas tienen métodos para clasificar los síntomas de ansiedad emocional, todavía no se sabe si los síntomas definidos por los criterios clínicos empleados para el diagnóstico en Occidente del estrés postraumático son realmente universales¹². Estudios recientes con poblaciones vietnamitas y camboyanas sugieren fuertemente la relevancia del concepto de TEPT a la hora de definir los síntomas relacionados con el trauma en estas poblaciones^{25,26}. Ahora bien, aunque quizás el TEPT pueda ser un concepto preciso, no se sabe si la validez de construcción del mismo es significativa en sociedades que no están familiarizadas ni con su definición ni con su utilidad terapéutica²⁷. El debate sobre la relevancia cultural del TEPT ha sido ampliamente analizada en numerosos artículos. La mayor dificultad para su evaluación es precisamente su contextualización sociocultural dado que las limitaciones funcionales están directamente relacionadas con la habilidad de una persona para superar la situación crítica, para relacionarse con la familia, amigos y vecinos, así como para mantener responsabilidades sociales y obligaciones, y la manifestación de cada uno de estos ámbitos es especialmente dependiente de la cultura. Además, las expectativas sociales relacionadas con el status funcional cambian según la edad, sexo, clase social y estado civil en las diferentes culturas. El conocimiento del contexto político, cultural y social de cada punto del triángulo de la Figura n.º.2 es esencial para evaluar los sucesos traumáticos y las consecuencias traumáticas.

Las tres grandes dimensiones del análisis

La figura 3 muestra cómo las relaciones triádicas descritas anteriormente pueden aplicarse a tres grandes modos de evaluar las consecuencias del hecho traumático: el enfoque médico, el personal y el de salud pública. El análisis de cada uno de los elementos de la figura 3 revela algunos hechos: En primer lugar, todos estos enfoques asumen que las experiencias vitales traumáticas, especialmente las derivadas de la violencia colectiva²⁹, tienen un gran impacto en las vertientes médica, personal y de salud pública. El término “síntoma” se extiende para incluir otros tipos de “síntomas” definidos desde cada uno de estas ópticas. El enfoque médico identifica de forma preferente los daños físicos y las enfermedades médicas causadas por la violencia y la tortura; el enfoque personal describe la cantidad innumerable de formas en las que psicólogos, escritores y científicos sociales revelan el lado humano del sufrimiento personal. El enfoque de salud pública

muestra de forma incomparable las enfermedades médicas y psiquiátricas manifestadas por toda una población, dejando los efectos individuales de la violencia para la atención clínica en la relación médico-paciente. Por supuesto, estos enfoques se solapan e idealmente deberían complementarse. Por ejemplo, los síntomas depresivos pueden ser diagnosticados como un problema psiquiátrico por el enfoque médico, ser contemplados como una expresión de indefensión y desesperanza desde el enfoque personal, y medidos en cuanto a determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en el conjunto de la población traumatizada por el enfoque desde la salud pública. En la figura n.º.3 la línea *Limitaciones funcionales* separa las rupturas psicosociales



causadas por la violencia (y muy posiblemente expresados a través de síntomas) de los síntomas descritos anteriormente. La descripción de las limitaciones funcionales a partir de los síntomas médicos y psiquiátricos ha sido uno de los grandes logros metodológicos de las investigaciones realizadas durante la pasada década sobre las consecuencias en la salud de los hechos traumáticos^{30,31,32}. En las figuras 3 y 4, las limitaciones funcionales se representan a través de las siglas CHORDD. Cada uno de los elementos representados en las siglas CHORDD influye en la capacidad del superviviente a la hora de para enfrentarse con su entorno postraumático. ¿Por qué estamos enfatizando ahora la importancia de las limitaciones funcionales?³³ Mientras sabemos que normalmente la mayoría de las personas desarrollan síntomas traumáticos tras la violencia colectiva o la tortura, no sabemos si se deterioran o no funcionalmente hasta el punto de que su vida personal y su productividad económica se resientan. La evidencia de las altas tasas de TEPT, por ejemplo, en poblaciones refugiadas no ha convencido a los planificadores de la necesidad de responder a lo que ellos consideran una consecuencia normal de la violencia. Sólo cuando los síntomas de cada uno de los tres enfoques se unan al status funcional se generarán datos capaces de generar intervenciones terapéuticas y políticas públicas nuevas.

La figura nº.4 define cada uno de los puntos comprendidos dentro de una evaluación general de las limitaciones funcionales^{34,35}. Las habilidades y las capacidades (p.e. las habilidades del individuo necesarias para controlar su vida diaria) se ven a menudo gravemente afectadas. Los supervivientes afirman a menudo que ya no son capaces de alcanzar el mismo nivel de competencia en su trabajo que el que tenían anteriormente a la violencia. Es frecuente que haya daño físico asociado a las heridas de guerra y de combate, como por ejemplo amputaciones producidas por minas o ceguera. El rendimiento intelectual está asociado con el daño en el cerebro, el hambre, las secuelas cognitivas secundarias del TEPT y la depresión, especialmente el deterioro de la memoria y de la habilidad para aprender nuevas tareas. La fatiga crónica y el cansancio mental también se encuentran frecuentemente entre poblaciones que han sufrido conflictos de larga duración. Es evidente que aquellos que han sido expuestos a la violencia colectiva y a la tortura pueden experimentar problemas en todas sus relaciones sociales. Esto puede deberse a los nuevos sentimientos de falta de confianza en otras personas, a la sensación de vergüenza y suciedad causadas por el abuso sexual, al asesinato y/o desaparición de miembros de la familia y amigos. Las obligaciones sociales normales, incluida la buena vecindad, las actividades de la comunidad y la confianza en las instituciones gubernamentales locales y en la política nacional, pueden verse seriamente comprometidas, haciendo los esfuerzos de reconstrucción extremadamente difíciles. En el centro del desencanto espiritual y moral está la pérdida de fe

en la justicia social y un rechazo de la creencia de que la equidad de la recompensa está asociada a un comportamiento humano decente. Los estados existenciales de indefensión y desesperanza asociados a la destrucción de la vida diaria normal por la violencia terrible y brutal cuestionan la fe religiosa de muchas víctimas. A menudo sabemos muy poco de las limitaciones funcionales asociadas a la violencia colectiva.

El último nivel de la figura nº.3 describe el nivel de discapacidad del superviviente entendiendo por ello la habilidad del superviviente para llevar a cabo lo siguiente: (1) actividades básicas para una vida independiente, (2) autosuficiencia económica y trabajo, (3) apoyo a su familia, (4) trabajo comunitario, (5) participación política. Todos y cada uno de estos elementos son esenciales en la reconstrucción. No existe casi ningún conocimiento sobre la relación que existe entre el trauma y su resolución final. Sin embargo, sí se puede hacer una importante advertencia. Es evidente en que muchas situaciones traumáticas (figura 5) personas con alto nivel de trauma, síntomas y limitaciones funcionales pueden ser miembros altamente productivos de sus sociedades. También es igualmente cierta la situación contraria. Independientemente de la experiencia vital traumática vivida, las características personales de los individuos (por ejemplo, las motivaciones), la disponibilidad de recursos y las oportunidades dentro de un entorno postraumático tendrán una importancia decisiva.

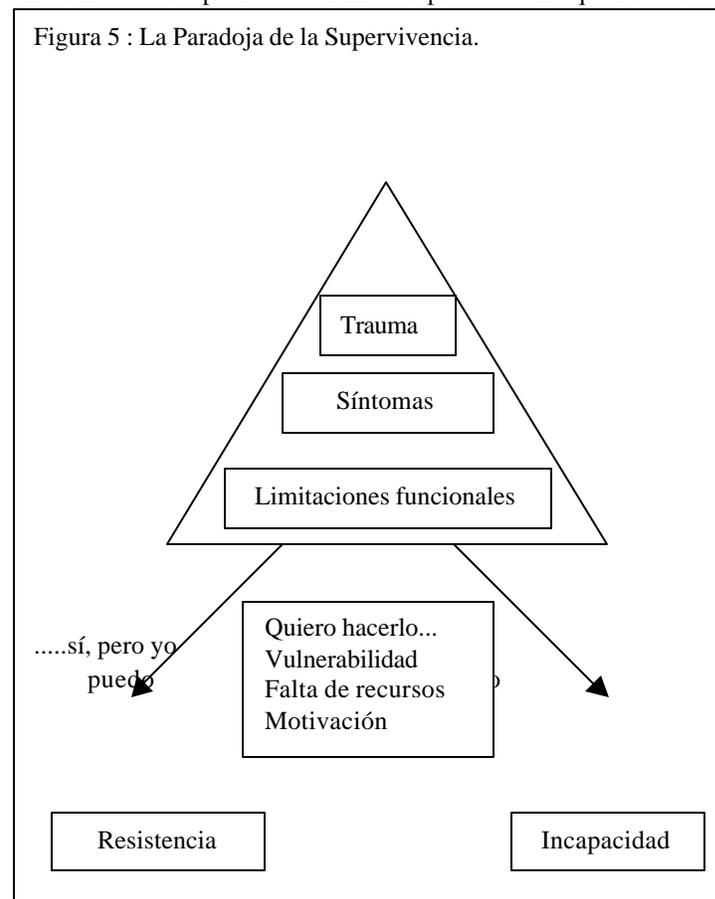
Figura 4: Limitaciones Funcionales

C = Cansancio emocional y fatiga física
H = Habilidades y capacidades
O = Obligaciones y relaciones sociales
R = Rendimiento intelectual
D = Daño físico
D = Desencanto espiritual y moral

Muchos supervivientes son capaces de superar experiencias vitales terribles; es esencial para cualquier actividad de recuperación aprender a reforzar esos factores de resistencia asociados con un "...sí, pero yo puedo".

Métodos de cada enfoque del trauma.

La Figura n°.6 resume cada uno de los tres enfoques al evaluar las consecuencias del hecho traumático. El síndrome de discapacidad identificado por cada enfoque no ha sido incluido en la tabla dado que ha sido



imposible para el experto de cada enfoque identificar claramente sus criterios para establecer la discapacidad. Mientras que el facultativo de este o aquel método puede ser capaz de identificar las consecuencias traumáticas relacionadas con los síntomas y el funcionamiento, la habilidad de los supervivientes para llevar a cabo actividades social y económicamente productivas parece que está mas influenciada por factores políticos y por oportunidades relacionadas con el trabajo que por experiencias traumáticas previas. Las realidades políticas actuales que afectan a las oportunidades de trabajo, sin embargo, pueden también haber sido la causa inicial de las experiencias traumáticas del superviviente. Cada característica de los tres enfoques se describe bajo técnica/análisis, diagnóstico y limitaciones funcionales. Las investigaciones extensivas y minuciosas de las secuelas médicas de la violencia colectiva, especialmente de la tortura, han sido correctamente descritas⁹.

Figura 6: Enfoques en la evaluación

| | MÉDICO | PERSONAL | SALUD PÚBLICA |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Técnica/ Análisis | Revisión de los sistemas Examen físico | Historia oral y vital Testimonio | Estudios Entrevistas |
| Síntomas de Diagnóstico Específico | “Todos los sistemas vitales afectados” | Transformación de los sentimientos subjetivos de identidad y bienestar | Daño cerebral TEPT Depresión |
| Limitaciones Funcionales | Habilidades y capacidades Daño físico Cansancio físico/emocional | Cansancio físico/emocional Relaciones sociales Desilusión espiritual | Habilidades y capacidades Rendimiento intelectual Cansancio emocional Relaciones sociales |

Psicólogos chilenos que han trabajado con supervivientes de tortura han descrito el enfoque terapéutico del llamado “testimonio”³⁶. La técnica de la historia oral y vital que realizamos en nuestro equipo ha sido presentada ya previamente. Mientras que en general se acepta que la violencia colectiva y la tortura pueden producir una enorme distorsión del concepto interno de identidad y bienestar de una persona, incluyendo un trastorno profundo de las relaciones sociales, la literatura teórica sobre las consecuencias personales continúa siendo dispersa y desenfocada. Las investigaciones de salud pública con poblaciones que han experimentado situaciones traumáticas están todavía en sus inicios. Excepto los estudios originales de Eitinger, no ha sido hasta hace poco que se han llevado a cabo estudios poblacionales a gran escala con veteranos de guerra, supervivientes del holocausto nazi y refugiados^{37,19,38}. Los resultados revelan la alta frecuencia de morbilidad psiquiátrica y de factores de riesgo relacionados de gran importancia para la salud pública.

Conclusión

A pesar de siglos de violencia causada por el hombre que ha generado sufrimiento a muchos millones de personas, la identificación de sus consecuencias ha sido ignorada, descuidada o incluso negada por aquellas personas responsables de la recuperación de estas comunidades. Los nuevos estudios científicos con poblaciones que han experimentado situaciones traumáticas revelan la existencia de altas tasas de secuelas en la salud mental anteriormente desconocidas. Podemos identificar la *historia del trauma* de cada superviviente dentro de cada uno de los tres grandes enfoques posibles de evaluación de las consecuencias del hecho traumático: el médico, el personal y el de salud pública. Mientras que cada enfoque está en disposición de evaluar las limitaciones funcionales experimentadas por los supervivientes, es difícil aún establecer la relación del trauma con la reintegración económica y social de la persona. Las personas responsables de la planificación en política internacional necesitan aún un estimado de 'casos' que puede permitir correlacionar el hecho traumático, los síntomas y la discapacidad. A pesar de las limitaciones de las investigaciones actuales, están surgiendo nuevas medidas capaces, por primera vez, de describir las consecuencias de hechos traumáticos en poblaciones de todo el mundo.

Bibliografía

1. United Nations High Commissioner for Refugees. *The State of the World's Refugees : the challenge of protection*. New York : Penguin Books, 1993.
2. U.S. Committee for Refugees. *World Refugee Survey*, 1997.
3. United Nations Economic and Social Council. *Peace : Refugee and Displaced Women*. New York, NY : United Nations Economic and Social Council; November 9, 1990. Document E/CN.61991/4.
4. Muscat RJ. *Conflict and Reconstruction : roles for the World Bank*. An unpublished manuscript for the World Bank, 1995.
5. Foucault M. *The Order of Things : An archaeology of the human sciences*. New York : Pantheon Books, 1970.
6. Mollica RF, Jalbert RR. *Community of Confinement : The Mental Health Crisis in Site Two (Displaced Persons Camps on the Thai-Kampuchean Border)*. Alexandria, Va : World Federation for Mental Health, 1989.
7. Henderson DC, van de Velde P, Mollica RF, Lavelle J. *The Crisis in Rwanda : mental health in the service of justice and healing*. Report by the Harvard Program in Refugee Trauma, 1996.
8. Levav I. Individuals under conditions of maximum adversity : the Holocaust. In : Dohrenwend BP (ed.) *Adversity, Stress and Psychopathology*. Washington, DC : American Psychiatric Press, in press.
9. Basoglu M (ed) *Torture and its Consequences : current treatment approaches*. Cambridge : Cambridge University Press, 1992.
10. Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J. *Amidst Peril and Pain*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1994.
11. Wolfe J, Keane TM. Diagnostic validity of post-traumatic stress disorder. In : Wolf M et al. (eds) *Post-traumatic stress disorder : etiology, phenomenology, and treatment*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1990; 48-63.
12. Mollica RF, Caspi-Yavin Y. Measuring torture and torture-related symptoms. *Psychol Asses*, 1991; 3: 1-7.
13. Mollica RF. The trauma story : the psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. In : Ochberg FM. *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*. New York : Brunner/Mazel, 1988.

14. Mollica RF, Poole C, Tor S. Symptoms, functioning and health problems in a mas sively traumatized population : the legacy of the Cambodian tragedy. In Dohrenwend BP (ed.) *Adversity, Stress and Psychopatology*. Washington DC : American Psychiatric Press; in press.
15. Eitinger L, Strom A. *Mortality and morbidity after excessive stress*. Oslo, Norway : Oslo University Press; New York, NY : Humanities Press, 1973.
16. Eitinger L. *Concentration Camp Survivors in Norway and Israel*. Oslo, Norway : Oslo University Press; London : Allen & Unwin, 1964.
17. Strom A (ed.) *Norwegian concentration camp survivors*. Oslo, Norway : Oslo University Press; New York : Humanities Press, 1968.
18. Wilson JP and Raphael B. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, NY : Plenum Press, 1993.
19. Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M, Blendon RJ. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodian living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA*. 1993; 270:581-586.
20. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis*. 1988; 176: 257-263.
21. Mollica RF, Wyshak G, de Marneffe D, Khoun F, Lavelle J. Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 : a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatric*. 1987; 144:497-500.
22. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Lavelle J, Tor S, Yang T, Chan S, Pham T, Ryan A, de Marneffe D. The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) Manual; Cambodian, Laotian, and Vietnamese versions. *Torture Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. 1996; Supp. 1; 19-42.
23. Eisenbruch M. Commentary : Toward a culturally sensitive DSM: cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 8-10.
24. Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, Laub D, Lazrove S, Vojvoda D, Hyman L. Psychiatric consequences of "Ethnic Cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 536-542.
25. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psycho social impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 1567-1572.
26. Kinzie DJ, Boehnlein JK, Leung PK, Moore LJ, Riley C, Smith B. The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*. 1990; 147; 913-917.
27. Green BL. Psychosocial Research in Traumatic Stress : An Update. *J Traumatic Stress*. 1994; 341-357.
28. Ormel J, Von Korff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common Mental disorders and disabilities across cultures. *JAMA*. 1994; 272: 1741-1748.
29. March JS. What constitutes a stressor? The "Criterion A" Issue. In : Davidson JRT, Foa EB. *Posttraumatic Stress Disorder; DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1993.
30. Stewart AL, Ware JE Jr, eds. *Measuring Functioning and Well-Being : The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC : Duke University Press, 1992.
31. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life : a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273: 59-64.
32. Wilson IB, Kaplan S. Clinical practice and patients' health status : how are the two related? *Medical Care*. 1995;33: AS209-AS214.
33. Lyons J. Strategies for assessing the potential for positive adjustment followin g trauma. *J Traumatic Stress*. 1991;4: 93-111.
34. Watts FN, Bennett DH (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester : John Wiley and Sons, 1983.
35. Bowling A. *Measuring Health : a review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press, 1991.
36. Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* 1983; 53: 43-51.
37. Goldfeld AE, Mollica RF, Pesavento BH, Faraone SV. The physical and psychological sequelae of torture : symptomatology and diagnosis. *JAMA*. 1988; 259: 2725-2729.
38. Sack WH, McSharry S, Clarke GN, Kinney R, Seely J, Lasinsohn P. The Khmer Adolescent Project. In: Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis*. 1994; 182: 387-395.