

¿Es la tortura un trastorno de estrés post-traumático?¹

Dr. Anthony Reeler²

Aunque la mayoría de los trastornos dentro del campo de la psicopatología se originan por alguna forma de estrés, la noción del agente estresante involucrado en cada caso particular a menudo es vaga o erróneamente definida. Sin embargo, la nosología sustenta el concepto del estrés. El DSM-III propone incluso un eje específico para la clasificación de los trastornos, en el cual el estrés juega un rol dimensional desde lo “mínimo” hasta lo “catastrófico” y se arguye que la presencia de un agente estresante definido es una señal de buen pronóstico. De este modo se sostiene que la psicosis reactiva breve, que requiere de un agente de estrés, tendría mejor pronóstico que la esquizofrenia que no tiene tal agente pero sí un comienzo insidioso. Sin embargo, el supuesto de que un agente estresante sea una buena cosa puede ser cuestionado, y la idea de que el desarrollo insidioso de un trastorno sea algo nocivo puede reflejar más bien la ignorancia del terapeuta que la realidad objetiva. En algunos trastornos el estrés efectivamente no es un signo de buen pronóstico, sino la razón misma del trastorno, como es el caso del trastorno de estrés post traumático (PTSD)

Se ha argumentado que PTSD es una clasificación útil cuando se trata de agentes estresantes de naturaleza extrema, específicamente para los calificados “catastrófico” según el Eje IV del DSM-III(R). El agente de estrés ya no forma parte del sustento teórico, como es el caso en muchos trastornos, sino que constituye la explicación de éste. Sin embargo, algunos terapeutas -especialmente aquellos que han trabajado largo tiempo con sobrevivientes de la tortura- argumentan que la noción de trastorno inducido por estrés es insuficiente para referirse a los alcances y a la naturaleza del trauma causado a una persona mediante la tortura y violencia represiva. En este trabajo abordamos ese debate.

Tortura

La tortura constituye claramente una forma extrema de exposición a la violencia, en la cual los efectos son premeditados y planificados, el proceso usualmente involucra tanto ataques de naturaleza física como psíquica y, lo más importante, la tortura tiene un propósito político explícito dentro de un claro contexto socio-político. Según una estimación, la “tortura sancionada por el gobierno” se produce en 78 países del mundo (1), en tanto que otra estimación calcula que entre el 5% y el 35% de los refugiados a nivel mundial sufrieron al menos una experiencia de tortura (2). Por lo tanto, es bueno tener claro la magnitud del problema y considerar que tiene una especial importancia sociopolítica. En general, aquellos que trabajan con sobrevivientes de la tortura argumentan que PTSD es

¹ *El texto que reproducimos corresponde a las partes centrales de un artículo publicado en “Torture”, Vol. 4, Nº 2, 1994. (Traducción de Beatriz Brinkmann)*

² *Médico Psiquiatra, Director Clínico de AMANI (Assessment and Management of Survivors of Organised Violence), Harare, Zimbabwe. Miembro del Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de la Tortura (IRCT)*

una definición insuficiente para las consecuencias de la tortura. Esta argumentación requiere de una breve consideración.

Para comenzar, es conveniente señalar algunas características de la tortura moderna, porque está claro que la tortura, como fenómeno socio-cultural, bien puede haber tenido efectos diferentes a lo largo de la historia. Comparando la tortura antigua con la moderna, Rasmussen señala que en épocas anteriores la tortura constituía una práctica aceptada, que era practicada públicamente y que, por lo general, era aplicada después de procesos legales, en tanto que actualmente la tortura es claramente no aceptada, es aplicada invariablemente en secreto y en la mayoría de los casos es infligida arbitrariamente (3). Este último punto no es trivial, por cuanto está comprobado que la tortura es usada específicamente como instrumento político para alcanzar objetivos políticos: el uso del terror y de la tortura como medios de coerción política arbitrariamente aplicados constituyen una característica cada vez más frecuente de la vida moderna. Es así como el significado de la tortura ha variado a lo largo del tiempo y parece pertinente recordar que la tortura puede diferenciarse de otros traumas tan sólo por su significado.

Podría considerarse una sofisticación el destacar el significado socio-político en una consideración psicopatológica, pero es obvio que es precisamente este aspecto de la tortura el que la diferencia de los desastres, las catástrofes, guerras, accidentes y el maltrato. Es el propósito específico de la tortura el que la distingue de otros traumas. Tortura y violencia represiva se dirigen específicamente contra individuos y grupos con el objetivo explícito de causarles dolor, forzarlos a la sumisión y destruir su voluntad política, frecuentemente en ausencia de una situación de guerra, pero siempre en una situación de conflicto civil (4).

Por ello, hay un debate considerable sobre si la tortura debe ser conceptualizada en un estrecho marco médico o si debería ser vista en un marco más amplio, incluyendo el aspecto político. El ataque deliberado y sistemático contra las personas, y el objetivo de destruir la personalidad y la voluntad política, son percibidos como características tan intrínsecas de la tortura, que en una definición estrecha, como la de PTSD, se presentan como carencia. Por esta razón, muchos de los que trabajan en este campo prefieren el concepto de “trauma psicosocial” antes que PTSD, porque parece permitir específicamente crear el vínculo entre las causas del trauma y el trauma mismo (5).

Como ha sido destacado por Basoglu, esto significa que hay problemas que complican una definición de tortura, pudiendo identificarse tres argumentos principales (6). Primero, la tortura es un fenómeno político y por ello no puede ser fácilmente encasillada dentro de un diagnóstico psiquiátrico; esto se refiere especialmente a algunos criterios de significado. Segundo, PTSD no puede aplicarse a la tortura, por cuanto no refleja el entendido de que la tortura es sólo uno de una serie de traumas en curso que afectan al sobreviviente. Tercero, etiquetas psiquiátricas son estigmatizantes y deberían ser evitadas. La fundamentación correspondiente a cada una de estas opiniones puede ser dada muy brevemente.

El primer punto dice relación con la validez de un diagnóstico psiquiátrico y, en particular, con la validez de PTSD. Como se destacó anteriormente, no está en discusión que el diagnóstico de PTSD pueda hacerse de modo fehaciente. Estudios sobre la prevalencia de PTSD en sobrevivientes de la tortura demuestran claramente altas tasas de

PTSD en éstos. Por ejemplo, en un estudio de prisioneros turcos, el 85% de la muestra había sido torturado (7). Dentro del grupo torturado, el 39% presentaba PTSD, en tanto que ninguno del otro grupo presentaba este trastorno; entre aquellos que presentaban secuelas físicas de la tortura, el 71 % tenía PTSD. Un estudio realizado en Gaza mostró que más del 70% de los prisioneros políticos había sufrido más de una forma de tortura, el 30% presentaba PTSD (8). Por lo tanto, no está en discusión que PTSD puede ser detectado en sobrevivientes de la tortura, ni tampoco que la tortura sea una causa de PTSD, sino lo que se puede argumentar es que el significado de la tortura no está bien reflejado en la clasificación corriente de PTSD.

La clasificación estrecha de tortura como PTSD tampoco refleja la realidad de los sobrevivientes de la tortura y, en particular, la constatación que la tortura constituye meramente una de una serie de vivencias estresantes del sobreviviente. Los sobrevivientes no sólo sufren maltratos psíquicos y físicos; ellos además pierden familias, empleos, oportunidades educacionales, y sufren alienación, alejamiento de sus comunidades y frecuentemente terminan como refugiados (2). En efecto, sobrevivientes de la tortura sufren un amplio espectro de consecuencias adversas, y esto frecuentemente significa que el proceso puede prolongarse por un extenso período de tiempo. Por esta razón, muchos terapeutas consideran que “trastorno de estrés continuo” sería una definición mucho más exacta de tortura (9).

El problema del “etiquetaje” tampoco es trivial. Muchos terapeutas sienten que reducir las secuelas de la tortura a una condición psiquiátrica, pone un énfasis muy poco saludable en la víctima, ignora todo el proceso que está detrás de la tortura, e incluso puede ignorar la probabilidad de psicopatologías en los perpetradores de tortura. Estas críticas son sólo en parte desvirtuadas por las ventajas de incluir la tortura en clasificaciones internacionales y el reconocimiento de la tortura como causa de psicopatologías.

Desde una perspectiva teórica y epistemológica, las críticas a la estrecha definición de PTSD son aún más serias. La provocación deliberada de daño parece situar la tortura en la posición de una forma distinta de estresor, y el propósito específico que subyace a la tortura la hace muy diferente de la violencia casual o de catástrofes, sean éstas de origen natural o producidas por el hombre. Además, la violencia tiene un propósito claro, con el objetivo específico de la destrucción de la identidad individual y comunitaria, y es bien difícil saber cómo incluir en una definición lo que sin duda es un concepto de “maldad”, por muy inadecuada que esta noción pueda parecerle a un científico. Pero en el análisis final, la argumentación para considerar la tortura como algo distinto debe sustentarse tanto en razones empíricas como lógicas y morales, y por ello es necesario demostrar que existe un síndrome de tortura aparte del PTSD. Hace poco que existe esta evidencia y el asunto tampoco ha recibido mucha atención empírica, pero el trabajo clínico sugiere que el síndrome de tortura es más que un constructo lógico o moral, aunque haya quien disienta de esta visión (10).

El síndrome de tortura

Para comenzar, debemos señalar que hay diferentes métodos para aproximarse a este problema (11). Una aproximación, la que ya ha sido ampliamente descrita, consiste en

examinar el conjunto de las patologías ya presentadas y luego construir el síndrome. Esta es la aproximación preferente de la psiquiatría, y es el método explícito que está detrás de la construcción de las definiciones del DSM-III. La segunda aproximación consiste en generar hipótesis a partir de la teoría corriente y luego examinar éstas a la luz del problema planteado. Esta es, por lo general, la aproximación favorecida por la psicología, y es efectivamente un método empírico hipotético-deductivo. Ambas tienen sus ventajas y desventajas, pero es preciso destacar que la primera frecuentemente se considera de mayor validez debido a la base de estricta observación que está detrás de la descripción. Actualmente, este es un argumento espurio, por cuanto es evidente que las observaciones rara vez no están contaminadas por predisposiciones teóricas (12), y, ciertamente, dentro de la psiquiatría no se puede poner en duda que un síntoma existe independientemente del instrumento de medición (13).

Si se ha adoptado la segunda de las aproximaciones mencionadas, entonces se hace posible ver los aspectos en los cuales la tortura difiere del PTSD. Turner ha proporcionado tanto interesantes argumentos como pruebas clínicas para el supuesto de que la tortura tiene consecuencias no cubiertas por la definición de PTSD (10,14). Esta teoría argumenta que hay cuatro temas comunes para sobrevivientes de la tortura: procesamiento emocional incompleto, reacciones depresivas, reacciones somáticas y el dilema existencial.

El primero cubre muchos aspectos incluidos en la definición de PTSD, tales como inhibición psíquica, reexperimentación del trauma y evasión, los cuales también pueden ser descritos como intentos de los sobrevivientes de separar los componentes emocionales y cognitivos de su ser. Además refleja los modos como muchos de los sobrevivientes elaboran el proceso de la tortura, lo que frecuentemente es descrito como tener que aprender a disociar para poder sobrevivir (4).

El segundo tema es importante y dice relación con un aspecto sustancial de la definición de PTSD, aquel de su conceptualización como un trastorno de ansiedad. Como destaca Turner, la violencia represiva por lo general lleva a un amplio espectro de pérdidas, lo que produce más frecuentemente reacciones depresivas que de ansiedad (11). Efectivamente, sobrevivientes de la tortura con mucha frecuencia mencionan síntomas depresivos, y éstos no están explícitamente mencionados en las definiciones de DSM-III.

Las reacciones somáticas también son importantes. La mayor parte de las torturas obligan a la víctima a aprender complejas asociaciones entre fenómenos fisiológicos y psicológicos, y éstos pueden ser adaptativos durante la tortura, pero se convierten en desadaptativos posteriormente. Así, es evidente que los sobrevivientes pueden tener una muy amplia gama de respuestas condicionadas por su idiosincrasia -en un principio adaptativas- lo que debe ser incluido en la comprensión de la respuesta a la tortura. El punto aquí es que la gama de reacciones puede ser excesivamente diversa y cabe duda si su reducción a la categoría taxonómica de reacciones somáticas sea una descripción adecuada.

El último criterio es posiblemente el más importante, porque sustrae el modelo tetradimensional de una definición estrecha y reduccionista. El *dilema existencial* amplía la teoría más allá de meras consideraciones sobre respuestas condicionadas y refleja los modos como son afectados el sentido de sí mismo del sobreviviente y su ubicación en el mundo. Alienación, vergüenza, culpa, imposibilidad de sentir confianza, cambio personal, dificultades para relacionarse y dificultades sexuales son todos aspectos que son

mencionados por los sobrevivientes de la tortura. Está claro que tiene que haber dificultades para una definición operacional de esta dimensión, pero de hecho refleja algunas de las consideraciones que delimitan la tortura y violencia represiva de otras formas de trauma.

Este modelo podría ser mejor que los otros dos, el PTSD y la teoría de identidad individual de un *síndrome de la tortura*, pero también tiene desventajas. Restringir el significado de la tortura a un dilema existencial, claramente no es ni un avance ni una respuesta a las críticas planteadas por Basoglu, por ejemplo. Causar un dilema existencial en una persona puede ser la intención que motiva la tortura, pero parece poco probable que torturadores y educadores se distingan sólo por sus métodos; la intención de causar daño y la percepción de esta intención sugieren que tortura y violencia represiva deban ser descritas no sólo mediante criterios conductuales y médicos, sino además con criterios morales, éticos y políticos.

Por tanto, parece haber buenas razones para pensar que la tortura tiene consecuencias únicas y consecuencias que podrían no ser fácilmente cubiertas por la definición de PTSD. También está claro que es preciso tener algún tipo de análisis conceptual preliminar para la construcción de cualquier entidad sindromática y que esto determinará el tipo de observaciones que se hagan. Esto no excluye la aproximación de la epidemiología existente, aquella relativa al examen de personas que sufrieron violencia represiva, pero podría poner de manifiesto las limitaciones de esta aproximación. Como Faust y Miner comentaron en su análisis de las bases epistemológicas de las nosologías de la psiquiatría moderna, no existen observaciones puramente descriptivas en psiquiatría sino que toda observación es conducida por una teoría (12). Por lo tanto, es crucial hacer explícita la teoría que subyace al lenguaje de observación, y esto vale tanto para la tortura como para cualquier otro trastorno. Por ello, es necesario que haya una interacción entre las dos metodologías diseñadas anteriormente: ninguna es satisfactoria por sí sola.

La cuestión epistemológica más difícil, que surge implícitamente con el concepto de *trauma psicosocial*, ha sido escasamente abordada. Como ha comentado Basoglu, la tortura (y violencia represiva) constituye un acto político y conceptualmente esto la distingue de los desastres, accidentes y hechos similares (6). Fuerza mayor puede ser lo mismo que la mano del hombre, pero esto aún debe ser establecido tanto empírica como lógicamente. Actualmente es difícil diferenciar clínica y epidemiológicamente PTSD y *síndrome de la tortura*, pero el problema no es meramente un problema de medición, pues quedan complejos problemas conceptuales que no pueden ser resueltos sólo a través de modelos más complejos (10).

Conclusiones

Está claro que aún no puede hacerse observaciones definitivas sobre este debate por el momento, pero los problemas y consecuencias surgidos merecen serias consideraciones. La aceptación de PTSD como un trastorno psiquiátrico (y médico) ha llevado a centrar la atención en los problemas generados por la violencia causada al hombre por el hombre, y a la creciente conciencia de que la violencia puede ser la causa de considerablemente más daño que lo comúnmente aceptado. Ha llevado, por ejemplo, a comprender que ser testigo de violencia puede causar trastornos no menos graves que experimentar violencia. También

ha llevado a la sugerencia de que los efectos de la violencia son de larga data, persistentes e incluso inter-generacionales. Aquí, por supuesto, debemos considerar también a los perpetradores y la posibilidad de que, al igual que las víctimas y los sobrevivientes de la violencia represiva, críen hijos dañados; de este modo el violento podría continuar el ciclo de su propia violencia en sus hijos.

La definición de PTSD torna visibles las consecuencias de la violencia organizada, pero al mismo tiempo puede hacer invisibles muchos de los procesos en la generación del trastorno así como muchas de sus consecuencias. Si la tortura debe ser considerada como un “trastorno de estrés continuo” y por lo tanto distinto, o si debe ser considerada como la forma más severa de PTSD, está por verse. La reducción a definiciones psiquiátricas puede tener muchos efectos positivos; puede facilitar la identificación de trastornos hasta entonces no detectados, puede conducir a un necesario trabajo descriptivo y puede permitir la comunicación científica. Sin embargo, tal reducción solamente es útil si incorpora todas las variables relevantes que son causa del presente debate.

La provocación deliberada de daño tiene poderosas consecuencias biológicas, sociales y psicológicas, y parece colocar el concepto de agente estresor en el caso de la tortura en una posición diferente a los otros tipos de estresores que se sabe causan PTSD. Parece tener la cualidad de la maldad, lo que podría ser la razón por qué produce efectos contratransferenciales tan pronunciados (15). Maldad y política pueden no ser los contenidos propios de las profesiones de la salud, pero ¿no es preciso que consideremos que el intento de llegar a una definición por medio de la reducción priva de su significado a la tortura y la violencia represiva?

Referencias

1. Jacobsen L, Vesti P. Torture survivors: a new group of patients, Copenhagen: IRCT, 1992.
2. Baker R. Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu M (ed). Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
3. Rasmussen OV. Medical aspects of torture. Danish Med. Bull 1990; 37:1-88
4. Somnier F, Genefke IK. Psychotherapy for victims of torture. Brit J Psychiat 1986; 149:323-9.
5. Pagaduan-Lopez J. The history of psychosocial trauma. Paper presented at International Consultation Workshop on Therapy and Research Issues in the Care of Torture Survivors and their Families. Development Academy of the Philippines, 9-13 March 1994.
6. Basoglu M (ed). Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
7. Paker M, Paker Ö, Yüsel S. Psychological effects of torture: an empirical study of tortured and non tortured non-political prisoners. In: Basoglu M (ed). Torture

and its consequences; current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

8. El Sarraj E., Salmi S: Torture and mental health: the experience of Palestinians in Israel prisons. Unpublished manuscript, 1993.
9. Straker G. The continuous traumatic estrés syndrome: the single therapeutic interview. *Psychology in Society* 1987; 8:48-78.
10. Turner SW., Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture, a descriptive model. *Brit J Psychiat* 1990; 157:457-80.
11. Turner SW. The limitations of the anxiety concept in work with survivors of repressive violence. *Torture* 1993; 3 Suppl 1; 19-21.
12. Faust D, Miner RA. The empiricist and his new clothes : DSM-III in perspective. *Amer J Psychiat* 1986; 143 :962-7.
13. Reeler AP. The filter model of psychopathologie : a critical evaluation of the use of reduction in the measurement of psychological disorders. *Psychologie and Society*, 1994.
14. Ramsay R. Gorst-Unsworth C, Tunner S. Psychiatric morbidity in survivors of organized state violence including torture: a retrospective series. *Brit J Psychiat* 1993; 162:55-9.
15. Danieli Y. Confronting the unimaginable : psychotherapists reactions to victims of the nazi holocaust. In: Wilson JP, Harel Z, Kahana B, editors. *Human adaptation to extreme estrés*. New York: Plenum Press, 1988.

Publicado en revista Reflexión N° 23, ediciones Cintras, Santiago de Chile, agosto 1995. Págs. 9-13.