

COMISION - III

ASISTENCIA DE LAS
PERSONAS PRINCIPALMENTE
AFECTADAS (TRATAMIENTO,
RECUPERACION, REPARACION)
Y PERSPECTIVAS DE
REPARACION DEL DAÑO
SOCIAL

- 1.- CODEPU - CHILE
"Experiencia de un grupo de trabajo de asistencia a torturados al interior de los penales".
- 2.- CODEPU - CHILE
"Terapia de torturados: una reflexión de la práctica humana".
- 3.- LERA y WEINSTEIN - FASIC, CHILE
"Experiencias traumáticas, violencia y tortura. Abordaje psicoterapéutico".
- 4.- PARRA, PAULO - AICT, ITALIA
"Un caso individual. Una alternativa a seguir".
- 5.- VIÑAR, MARCELO
"La transmisión de un patrimonio mortífero. Premisas éticas para la rehabilitación de afectados".
- 6.- VICARIA DE LA SOLIDARIDAD - CHILE
"Experiencia de apoyo asistencial a las víctimas de la tortura".

EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE TRABAJO DE ASISTENCIA A TORTURADOS AL INTERIOR DE LOS PENALES

INTRODUCCION

La actual práctica de asistencia integral a los prisioneros políticos chilenos debe ser comprendida como un proceso continuo que se inició al poco tiempo de instalarse una Dictadura Militar en nuestro país. Las organizaciones que se han sumado a la atención y ayuda solidaria a las víctimas de la Tortura son numerosas, a pesar de lo cual no se cuenta aun en Chile con comunicaciones de experiencias sistemáticas de asistencia terapéutica a torturados que aun permanecen encarcelados.

En 1982, la comisión médica del CODEPU creó un grupo especializado en los problemas derivados de la represión directa y más específicamente de la tortura. La creación de un equipo multidisciplinario que se preocupará de la asistencia a los torturados dentro y fuera de los penales se concreta a comienzos de 1984.

Lo central de esta comunicación, que pretende dar cuenta de esa experiencia, está centrada en la dinámica de relación de estos dos grupos humanos, nuestro Equipo y los Presos Políticos (P.P.), grupos estructurados y definidos en función de objetivos diferentes pero que comparten una amplia y clara zona de intersección que los vincula estrechamente.

Sin duda sentimos esta experiencia como algo aun en gestación, tanto en lo práctico como en lo conceptual. Esto último puede verse reflejado en que, cuando intentamos definir un rol o una acción ("asistente", "asistido", "asis-

tencia"), los sentimos como términos provisarios e insuficientes. Y es que esos roles y acciones, están intentando definirse ahora, en la práctica misma.

Dentro de esta presentación, la frecuente mención de términos que dicen relación con la asistencia no debieran mover a confundir nuestra acción con la clásica "prestación de servicios" en Salud. En nuestra concepción de asistencia podremos ver como, en una dinámica variación de roles, muchas veces el "asistente" se torna en "asistido" y a la inversa.

Hemos creído que el término que puede definir mejor nuestro quehacer es el de "práctica compartida", el que rescata tanto la dimensión de un "hacer" (práctica), como la de un "hacer juntos" (lo compartido). Es esto justamente lo que hacemos aunque no estemos seguros de como llamarle.

Al referirnos a lo terapéutico "no convencional" es que pensamos que nuestro objetivo de estudio y trabajo, rebasa ampliamente las convenciones técnicas y académicas. Si además consideramos la concepción que el Equipo sostiene respecto de la tortura como fenómeno globalizante, totalizador de una experiencia humana, se hace posible comprender que las acciones tendientes actuar sobre las consecuencias de éste no pueden ser reductibles a terapéuticas convencionales.

LOS PRESOS Y LAS CARCELES

Los Presos Políticos (P.P.) de la Dictadura Militar chilena, cuya existencia esta misma desconoce, se encuentran distribuidos en unas 30 cárceles a lo largo del territorio nacional, aunque el 50 por ciento de ellos se concentra en cinco penales de la capital. Todos han sufrido la tortura.

Las condiciones generales de los recintos carcelarios, que albergan tanto a los presos comunes como a los P.P., son de muy mala calidad. El deplorable estado estructural de los antiguos edificios determina agudos problemas sanitarios, facilitados por el hacinamiento.

La situación de salud de los P.P. es grave ya que los recursos de atención médica resultan inadecuados e insuficientes, cuando no faltan del todo. En la práctica, el ingreso de médicos y profesionales de la salud en general, se ve impedido.

Esta situación es particularmente seria en tanto, aparte de los problemas médicos derivados de la tortura misma, muchos de los P.P. sufren enfermedades crónicas severas u otros cuadros agudos, consecuencia no pocas veces de las ya citadas precarias condiciones sanitarias. Todo ésto ha determinado que los propios P.P. se hayan dado su organización de salud, la que pretende solu-

ciónar los problemas más urgentes.

En forma constante los P.P. están sometidos a una serie de medidas represivas y de hostigamiento, aplicada directa o indirectamente por Gendarmería. Tal represión implica allanamientos frecuentes con destrucción de enseres, golpes, vejaciones, castigos injustos y absurdos, traslado de sector de reclusión y aun de recinto carcelario a regiones apartadas, lejos de la familia, etc. El asesinato no ha quedado excluido de estas formas de represión.

No pocos afectados resultan los familiares y organizaciones solidarias de los presos, quienes han sufrido violentas medidas represivas, aparte de las sistemáticas humillaciones y vejaciones a que son sometidos quienes visitan a los P.P..

Sostenemos que todas estas medidas no corresponden a otra cosa que a técnicas friamente diseñadas y que tienen como objetivo el quebrantamiento global del individuo, hasta su completo aniquilamiento.

Si la tortura que siguió a la detención no obtuvo tal objetivo, la aplicación sistemática de estas prácticas pretende lograrlo. Así pues, afirmamos que este conjunto de técnicas, también constituye tortura.

No resulta fácil caracterizar a los P.P. ni es tampoco éste el objetivo que nos hemos propuesto. En términos generales diremos, sin embargo, como es visto el grupo de P.P. por parte del Equipo.

Por una parte éste es visto como una organización con una firme estructuración interna y que busca proyectarse al exterior a través de muy diferentes instancias; tal firmeza queda definida por la determinación política e ideológica. Por otro lado, es visto también con una cierta fragilidad, la que está determinada por la propia situación de reclusión.

EL EQUIPO DE TRABAJO

El actual equipo de trabajo, creado como ya se ha dicho a principios de 1984 como un grupo de trabajo multidisciplinario por la complejidad del tema en estudio, está constituido por un médico neurólogo, un médico psiquiatra, un jurista, un psicólogo con formación en sociología (capacitación CODIFU), una asistente social, tres asistentes de investigación (todas con experiencias personales de cárcel y tortura) y dos delegados de la AFPP. Además colaboran tres médicos psiquiatras específicamente en la tarea de visita sistemática a los penales. Esta actividad, la visita a las cárceles, se plantea desde el principio como algo fundamental en el cumplimiento de los objetivos del Equipo, ésto es, reunir y elaborar el material sobre la tortura en Chile con fines de denuncia, tratamiento y prevención.

Las primeras experiencias de encuentro sistemático con el P.P. van determinando la necesidad de configurar una modalidad de trabajo al interior de las cárceles, ya posibilitando la estructuración de una entrevista al interior. El trabajo con una encuesta ya probada en la recolección de antecedentes en torturados fuera de las cárceles, ya posibilitando la estructuración de una entrevista al interior. Este instrumento recoge una amplia cantidad de información que abarca desde los datos generales, hasta complejos sentimientos experimentados en relación a la tortura. Durante su aplicación ha sido necesario introducir algunos cambios al modelo original, dado las peculiares condiciones de entrevista.

Durante el segundo semestre de 1984 se inicia la asistencia en cárceles de provincia, especialmente en Concepción y Temuco, creándose un grupo autónomo en la primera de estas dos ciudades.

Además de uno de los médicos del Equipo, son las asistentes de investigación quienes entran en forma periódica y sistemática a los penales. Esta práctica ha ido demostrando la importancia de la participación en esta tarea de personas que además de un interés y compromiso personal, tienen la experiencia de la tortura, lo que facilita la comprensión de las situaciones y acelera la confianza de los prisioneros.

En el último tiempo, la entrada de otros médicos ha ido mostrando las diferentes posibilidades de acercamiento a la realidad del P.P., confirmando de este modo las experiencias iniciales de los profesionales médicos y psicólogos del Equipo que ya tenían la experiencia.

En la actualidad, sólo algunos de los miembros del Equipo y los colaboradores, ingresan en forma regular a los penales, a pesar de que todos ellos lo han hecho algún tiempo. De todas maneras el material recogido es elaborado por el conjunto del Equipo en las sesiones de trabajo o en las reuniones clínicas.

En Santiago son dos los penales que reciben asistencia periódica: la Cárcel Pública, penal de hombres que reúne la mayor cantidad de P.P., y la Cárcel de San Miguel, que reúne a la mayoría de las mujeres.

EL VÍNCULO: LA PRACTICA COMPARTIDA

Cualquier tipo de asistencia que queramos dar a los P.P. debe verificarse en un momento de la vida de los prisioneros que es de alta significación para éstos. Para quienes ingresan por primera vez con intenciones de efectuar una acción terapéutica, nada les parecerá más lejano. Se trata del momento de la visita, lapso de cuatro horas dos veces a la semana en el que se congregan en

un reducido e inadecuado espacio más de 200 personas: niños, parejas, amigos, padres, familiares de provincia.

En conjunto tratan de rehacer, en ese tiempo y espacio, lo que quedó suspendido, truncó, luego de la detención, del secuestro, de la tortura. Al ingresar a este contexto en las primeras oportunidades, no puede dejar de experimentarse un sentimiento de estar ajeno al mismo. Son los mismos P.P. quienes se encargan de incorporar al asistente, y hacerlo parte de un entorno que va teniendo cada vez más calidez.

Es en este entorno en el que se irá desarrollando la relación terapéutica con el P.P. torturado, consiguiéndose siempre un ámbito adecuado para la comunicación de experiencias.

El encargado de salud de la organización propia de los P.P. es quien presenta los casos que parecen más urgentes o severos y a través del mismo se concretan algunas acciones que tienen que ver con medidas específicas terapéuticas, medicamentosas o de otro orden. El reporta también la evolución de los casos atendidos en las oportunidades anteriores. En todos los casos, existirá un continuo de comunicación entre el miembro del Equipo que asiste el caso, el encargado de salud y el conjunto del Equipo de trabajo.

El tema de la tortura no es el más fácil de abordar. Pensamos que ésta es una experiencia compleja de abbozar y enfrentar para el P.P., aún más que para el torturado atendido fuera del lugar de reclusión. Ha sido planteada la hipótesis de que ésta es una actitud "necesaria" en términos del equilibrio interno que debe mantener el P.P.. Este imperativo de "no quebrarse", debe ser considerado en su doble vertiente; por un lado, como inconveniente, en tanto dificulta penetrar en las vivencias más íntimas del sujeto y que limita la acción terapéutica.

Por otro lado, es comprendida también como necesidad psicológica que preserva de una ruptura que no estaríamos en condiciones de asumir, por la reclusión misma. Así entonces, mientras no contemos con una sólida experiencia teórico-práctica de asistencia en este campo, hemos optado por un contacto en el que prima la empatía, la comprensión, el consejo práctico, el manejo ambiental, la enseñanza de técnicas de relajación y en último término, la presencia constante de una actitud receptiva detrás de la cual es posible esperar a veces, una "razonable" catarsis. No tenemos claro el momento en que de asistentes pasamos a ser asistidos, sólo sabemos que ésto ocurre cuando experimentamos la reelaboración de la propia experiencia, la fusión de dolor ajeno y propio y la transformación de éste en razón y causa de una lucha y un futuro que nos son comunes.

COMENTARIOS Y PERSPECTIVAS

Este Equipo, a través de una práctica sistemática de asistencia a hombres y mujeres torturados y que aún permanecen encarcelados, ha podido ir comprobando en el ejercicio de ésta, cómo se va perfilando una modalidad definida de vínculo con ellos, y que ha permitido ir satisfaciendo de manera gradual los intereses comunes de ambos grupos: denuncia, tratamiento y prevención de la tortura.

En cuanto a lo terapéutico creemos que los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores, tanto por la apertura del grupo de P.P. hacia éste, como por las respuestas individuales observadas.

El futuro nos plantea mejorar las respuestas al conjunto de interrogantes que plantea esta interacción, tanto en nuestra primera intención solidaria y terapéutica, como en la voluntad de construir un futuro humano a compartir que nos libere de la tortura y demás crímenes contra la Humanidad para siempre.

Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo
Chile

TERAPIA DE TORTURADOS: UNA REFLEXION DE LA PRACTICA HUMANA

La práctica de la tortura ha estado siempre presente en la Historia de la Humanidad, "sobre todo cuando la ideología en el poder la hace necesaria para mantenerse, para someter, para eliminar toda oposición a ella". Esta afirmación, sin embargo no nos puede llevar pasivamente a considerar su presencia como un hecho consumado y por lo tanto irremediable. Muy por el contrario, la práctica de la tortura debe insertarse para su comprensión y estudio, primero en la historia social de la humanidad y segundo, en el momento de desarrollo histórico-social y político del país donde aparece. Estas aseveraciones significan al preguntarnos y obligadamente respondernos a qué se debe su reaparición en América Latina por allá por los años 60 en Brasil o más tarde en los países del cono sur. A que se debe además su reaparición en forma tan preparada, elaborada, sofisticada, no solo en sus técnicas sino además en los funcionarios que la ejercen?. Hemos llegado a la conclusión que no se puede tratar la tortura sin conocer sus orígenes, sus causas o si se quiere –para hablar en términos médicos–, su Etiología.

En Chile la tortura se instaló brutalmente el 11 de Septiembre de 1973. Como médicos nos vimos súbitamente enfrentados a ella, no sólo por los efectos y síntomas que provocó en los que la sufrieron sino porque además su presencia representó para nosotros un hecho Psico-socio-político, en que lo humano, como un todo fue sometido a una situación extrema de represión".

Bruscamente nos vimos solos, frente a seres desgarrados, heridos, lacerados, no sólo físicamente, ya que como veríamos más tarde, la tortura no solo produce dolor en el terreno de lo biológico sino además, produce principalmente un dolor o rompimiento a nivel del universo de los afectos, pero por sobre todo trastoca valores y derrumba o destruye la confianza que cada ser

humano tiene en el otro. En efecto, el hombre que sufre es agredido en su totalidad como ser humano.

Este acontecimiento nos sobrepasa como médicos o profesionales del campo de la neuropsiquiatría. Desde luego jamás en nuestra práctica habíamos atendido a un hombre cuyos síntomas y signos hubiesen sido provocados por otro hombre de modo directo y en forma lucida y consciente, y por otra parte, además las sintomatología presentada no tenía ninguna relación de causa a efecto.

Era evidente que el campo de la medicina restringida a lo patológico del hombre concreto quedaba estrecho y que el fenómeno de la tortura sobrepassaba ampliamente su dominio. Lentamente la práctica nos llevó a plantearnos que para entenderla debíamos ampliar no sólo los conceptos médicos sino que obligadamente para dar una respuesta eficaz de asistencia teníamos que estudiar y aplicar conceptos sociales, políticos, económicos, en lo general* y en lo que se refiere específicamente a los hombres en juego (torturado-torturador-terapéuta), conocer no sólo la patología o mecanismos patológicos, sino también aspectos ideológicos, filosóficos además de los biológicos, afectivos y técnicos.

Todo lo que hasta ese momento sabíamos era absolutamente insuficiente y sentíamos el desafío de buscar una neuropsiquiatría que tomara al hombre como un todo e inserto en la sociedad, para poder explicar este mecanismo de agresión del medio y la respuesta del hombre y así sucesivamente en un espiral dialéctico de continua acción y reacción.

Numerosas escuelas psicopatológicas ya nos habían señalado la importancia de la cultura y el medio en la conformación de una personalidad bien integrada.

Especialmente la Escuela de Ginebra a través de su Teoría del Aprendizaje, desarrollada por métodos científicos había demostrado que el proceso de socialización "es lo que modifica la mayoría de los caracteres psicológicos, señalando además que la socialización no se reduce a las relaciones espirituales o materiales ejercida por los adultos en el seno de la familia o en la Escuela, sino que es un continuo intercambio entre individuos". Pero no conocíamos una Teoría Psicológica que enmarcase su terapia en una concepción antropológica totalizadora en que la problemática a estudiar saliera del marco filosófico-técnico-existencial y se insertara en la práctica cotidiana "de lo vivido", de lo experimentado día a día por cada hombre. Y algunas escuelas que si lo habían hecho, en el campo de sus interpretaciones introducían explicaciones idealistas para analizar fenómenos concretos.

Nos enfrentamos obligadamente a tratar de descubrir ¿qué había en uno y otro individuo que los hacía vivenciar, reaccionar y comportarse en formas tan dispares frente a la experiencia de tortura?. ¿Por qué algunos se enfermaban, por qué otros en cambio, a pesar de todo lo vivido salían como fortalecidos?

Poco a poco fuimos conociendo los efectos de la tortura, las numerosas y sofisticadas técnicas utilizadas para realizarla, sus mecanismos de daño. Ellos son innumerables, variados, íntimos, diferentes para cada torturado ya que agreden a la totalidad del individuo cualquiera sea la técnica utilizada, física, psicológica o sexual. El daño que origina es único y específico para cada ser humano agredido. No importan por lo tanto en forma destacada ni el tiempo ni la técnica utilizada sino el significado que para cada individuo tiene el acto de la tortura.

El momento vivido, el porqué de lo vivido, así como la forma en que se comportó, en que resistió.

Para entender este significado y los mecanismos que desencadenaron una determinada alteración era necesario el estudio del torturado en su totalidad, su historia de vida, origen, las instituciones donde se había desarrollado, núcleo social o familiar, en suma, como se había realizado su proceso de individualización. Frente a este estudio longitudinal del ser humano había que estudiar o tratar de entender el sistema de sociedad que había establecido la dictadura y en forma especial llegar a conocer su aparato represivo, sus organismos, técnicas, funcionarios, así como la ideología que los llevaba a realizar la tortura. Se nos hizo evidente que para entender el daño provocado y ofrecer una terapia completa, "la contradicción principal a investigar era el análisis evolutivo del proceso establecido entre el sujeto reprimido-torturado y el aparato represivo-torturadores". Ambos además con sus respectivos antecedentes biográficos e históricos.

Luego de atender en los primeros años a un importante número de torturados que venían saliendo de las cárceles y habían sido expulsados al exilio, logramos precisar que los mecanismos que habían desencadenado sintomatología eran diferentes a los habitualmente conocidos y que además en ellos, el factor ideológico jugaba un rol predominante, no sólo como elemento desestabilizador sino que también como núcleo central en el cual tenía que apoyarse a veces aspectos importantes de terapia.

Ya habíamos determinado que no existía un síndrome post-tortura, que no era posible realizar una tipología ya que el "pathus" tortura tiene princi-

palmente una génesis valórica en cuanto es producto de una agresión humana sistémica es decir, determinado por un sistema social humano concreto.

La forma de enfrentar esta agresión dependía de lo que el individuo era o había llegado a ser, así como lo había llegado a elegir como su propio proyecto de vida en el momento preciso en que había sido ubicado, individualizado, aislado, por el aparato represivo y se encontraba solo e indefenso frente a otro ser humano que también tenía su origen y formación y que usaba como él, como único instrumento para relacionarse, la agresión—destrucción.

La agresión humana ha sido catalogada en el D.S.M. (Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, Editorial Masson, 1983), en el N° 5 de la Evaluación Multiaxial en el cual se señalan como factores patogénos al de los "Stress o agresiones severas psicosociales", entre los cuales el factor de stress de tortura entra en el N° 7, ya que en este rubro se clasifican "las catástrofes naturales o de origen humano". Tanto esta clasificación como la introducción de la tortura como factor patógeno en el cuadro de las neurosis traumáticas, entidad nosológica descripta por la psiquiatría clásica y la moderna que señalan como origen de sus síntomas "una experiencia traumática de excepcional intensidad que se observa sobre todo en tiempos de guerra o de grandes catástrofes". Son antecedentes que nos ayudaban en cuanto a etiología. En efecto, ellos señalaban la importancia de los factores exógenos o de origen socio-político como causantes de enfermedades mentales. Pero en lo que refería a los síntomas, cuadros clínicos o secuelas provocadas por la tortura, estos no eran conocidos y se nos hizo evidente desde un primer momento además, que el daño rebasaba en muchas oportunidades el marco de la neurósisis. En efecto esta agresión humana era capaz de desencadenar brotes o procesos psicóticos, síndrome de tipo esquizomorfo, así como también verdaderos síndromes psico-orgánicos en personas jóvenes.

La tortura es capaz de introducir en un episodio epiléctico, alucinaciones propias de ella.

Provocar trastornos serios del aprendizaje en niños torturados, fobias, cuadros confusionales agudos, etc. (sin dejar de nombrar todos los cuadros angustiosos—depresivos y psicosomáticos, los más frecuentes producidos por ella).

La aparición de esta patología nos llevó a afirmar que los mecanismos que habían desencadenado sintomatología, eran diferentes a los habitualmente conocidos. No todos aquellos que sufrieron trastornos psico-orgánicos habían sufrido tortura física, por ejemplo. Las explicaciones sacadas exclusivamente de las teorías médicas fisiológicas se nos hicieron insuficientes y a este respecto se abre un amplio campo a investigar. Debemos señalar quizás en

este momento, que no siempre la tortura provoca daños psicológicos o neuropsiquiátricos profundos, muy por el contrario, hay presos políticos que han salido fortalecidos como seres humanos después de vivir esa experiencia.

"Si bien la tortura siempre cualesquiera sea la técnica utilizada, conlleva o significa un sufrimiento", en el momento que se vive y quedará por siempre grabada como una experiencia humana traumática difícil de asumir o de comprender.

Después de atender a un número significativo de ex-prisioneros torturados (en estos momentos nuestra experiencia suma 400 casos) podemos concluir que daño o secuela física alcanzan sólo una pequeña proporción, 10 a 15 por ciento y en cuanto al dolor somático podemos decir que es el que más rápidamente pasa, pero el que no tan fácilmente se olvida generando síntomas fóbicos. (desconocemos estudios que demuestren secuelas médicas a largo plazo, pero sospechamos fuertemente esta posibilidad). El alto porcentaje de daño está en el campo neuropsiquiátrico y el gran desafío por lo tanto es la psicoterapia del torturado, la que indisolublemente deberá unirse por todo lo anteriormente explicado a una nueva psiquiatría. Esta nueva psiquiatría tendrá que tener una concepción totalizadora del mundo humano,

La terapia del torturado y su familia, así como el daño provocado por la sociedad toda constituye hoy día para nosotros como profesionales el problema principal.

Analizaremos algunos aspectos de este problema:

- La terapia o "ecuación personal" se da aquí entre torturado—terapeuta. Queremos señalar los motivos más frecuentes por los cuales los torturados recurren a una consulta médica. Ellos por supuesto, difieren en gran medida de los motivos habituales de un consultante común:
 - Pedir ayuda de todo tipo (dinero, casas de seguridad, ropa, traslado de lugar, etc.).
 - Secuelas físicas visibles o secuelas físicas persistentes.
 - Alteraciones psicológicas de menor o mayor magnitud, secundarias a persecución, tortura, exilio, marginalidad, cesantía.
 - Alteraciones psicológicas profundas que han provocado desestructuración en la personalidad.
 - Alteraciones en relación con otros individuos o con la sociedad.
 - Alteraciones con su grupo familiar o de inserción humana-política.
- Notese que sólo a algunos niveles hay necesidad de psicoterapia. Frente a las necesidades o requerimientos más arriba señalados veámos ahora que fac-

tores influyen en la elección del terapeuta por parte del torturado (cuando esta posibilidad existe). Se nos ha hecho evidente que el torturado luego de su experiencia presenta siempre lo que hemos llamado "trauma de la confianza genuina en el ser humano" y que por este motivo aunque él haya podido "elegir" el "encuentro" terapéutico parte desde el comienzo mutilado. Específicamente en la comunicación.

Esta mutilación se produce por la necesidad del torturado de resguardar su seguridad para poder sobrevivir, sobre todo cuando estando libre, sigue viendo bajo el Régimen que lo torturó. De lo anterior deriva obligadamente un problema, el se refiere a la elección del terapeuta. Lo que introduce otro elemento a considerar en esta relación particular.

A lo largo de todos estos años, se nos ha hecho evidente que en muchas ocasiones una reparación efectiva del daño no necesita de un profesional médico o de un técnico, sobre todo si éste desconoce el problema. De hecho hemos comprobado el enorme valor terapéutico que tienen los grupos de pertenencia natural del hombre torturado, como son: Los grupos de inclusión humano-político-ideológicos, los "ghetos" del exilio-retorno o los "ghetos" del propio país marginalizados socialmente, producto del estado represivo y por último la familia nuclear o la familia extensa.

Pero aún así hay personas que necesitan un proceso terapéutico individual y en tal caso subsiste el problema de la elección.

Lo que conlleva obligadamente a la discusión de la neutralidad en Ciencias Humanas. En el tema que estamos tratando este problema se abre por entero y su respuesta nace desde la práctica misma. En efecto en esta "ecuación personal" quiéralo o no el terapeuta el compromiso social, así como el abordaje del campo político ideológico es ineludible por parte del torturado lo que conduce obligadamente al terapeuta a conocer estos problemas y por lo tanto a tener una postura frente a ellos.

"Por otra parte el terapeuta también, quiéralo o no, está incluido en el mismo sistema ideológico social imperante -la dictadura- y por lo tanto, forma parte obligada del "sistema humano a estudiar".

En lo que se refiere a nuestra experiencia debemos decir, que nosotros, terapeutas, investigadores hemos sido obligadamente actores dentro de la realidad a estudiar, por lo tanto también somos objeto permanente de análisis. A lo anterior hay que agregar que la mayoría de los terapeutas de una forma u otra, salvo los que forman parte del sistema social dominante, (y en ese caso de ninguna manera serán elegidos) han sido y son "sujetos de represión".

Este hecho, al tiempo que facilita el proceso del conocimiento de las múltiples acciones interactuantes que desencadenan los mecanismos psicopatológicos a

estudiar, exige como dice Darcy: "Un distanciamiento que permita observar y discutir los fenómenos sin marginarse tanto que se deforme la realidad o al contrario sin aproximarse tanto que se pierda la capacidad reflexiva al ser invadidos por los sentimientos y reacciones que la realidad nos impone".

Por último queremos decir que a lo largo de este proceso nosotros "terapeutas" compartimos con nuestros pacientes torturados la imperiosa necesidad de cambiar la sociedad en que vivimos. Esto significa no concebir la mayoría como una adecuación exitosa a la sociedad, sino que por el contrario pensamos que la verdadera curación, para hablar en términos médicos del hombre torturado se logrará cuando este vuelva a adquirir confianza en sí mismo y en el otro, siendo nuevamente capaz de elegir, decidir y actuar por sí mismo, en un proceso de cambios humanos favorables a su especie en los cuales inevitablemente tendrá que cambiarse la estructura de la sociedad en que vivimos.

Santiago de Chile 1985.-

Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo
Chile

* Para entender por ejemplo, porqué de nuestros primeros 300 casos atendidos, un 30 por ciento comprendían a la clase proletaria, porqué el comportamiento de un obrero era tan diferente al de un profesional frente a la tortura, porqué había elementos tan específicos en el comportamiento de las mujeres; que importancia tenía la claridad política ideológica y la forma en que esta había sido asumida para enfrentar el interrogatorio.