



**PSICOTERAPIA Y EFECTOS TARDÍOS DE  
TORTURA Y PRISIÓN POLÍTICA  
EN URUGUAY**

MARÍA CELIA ROBAINA SINDÍN

TESIS PARA ASPIRAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIRECTORA DE TESIS: PROF. PSIC. ELIZABETH LIRA KORNFELD  
DECANA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO – SANTIAGO DE CHILE

DIRECTOR ACADÉMICO: PROF. TITULAR PSIC. VÍCTOR GIORGI  
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA – UDELAR

MONTEVIDEO - URUGUAY  
2014

Dedicada a Gloria, Nicolás y Santiago

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco a mis afectos más cercanos por el apoyo brindado en forma constante desde que iniciara la Maestría a la culminación de esta tesis; me disculpo por el tiempo de dedicación que les he quitado.

A mi Directora de Tesis, Elizabeth, quien me ha acompañado durante más de dos años, sin ella este trabajo no hubiera sido posible. Siempre respondió con rapidez ante mis consultas; su lectura atenta me ha permitido ubicarme desde la mirada del lector. Agradezco su generosidad para enseñarme, su compromiso y su rigurosidad científica.

A mi Director Académico, Víctor, compañero de trabajo de toda una vida, con quien comenzamos a pensar acerca de cómo investigar la experiencia acumulada por SERSOC y CO.SA.ME.DD.HH. Apoyo que en reiteradas oportunidades me ayudó a reflexionar y a desatar ciertos nudos. Le agradezco por haber leído el texto y por hacerme llegar sus comentarios.

Agradezco muy especialmente a cada uno de los entrevistados, quienes con total generosidad me autorizaron a ingresar al “mundo privado” de sus prácticas clínicas, por ofrecerme sus reflexiones e interrogantes; por transmitirme la potencia de sus experiencias en un trabajo realizado con gran compromiso, sensibilidad y ética.

A mis compañeros de Maestría, primera cohorte de la Maestría de Psicología Clínica en nuestra Facultad de Psicología. A todos ellos los represento en la persona de Dinorah Larrosa, compañera y amiga, con quien disfruté de la experiencia de volver a ser estudiante y pasar largas horas de estudio, producción y camaradería. Desde la Maestría de Psicología Social, agradezco a la compañera de ruta Sonia Mosquera, con quien compartimos bibliografías, seminarios y el interés por investigar dolorosas temáticas de la llamada “historia reciente”. Desde el Instituto de Psicología de la Educación y Desarrollo Humano, agradezco a la compañera y amiga Gabriela Bañuls por leer una versión preliminar de la tesis y hacerme llegar sus comentarios.

A mis compañeros del Instituto de Psicología de la Salud, en particular a Pablo López, siempre bien dispuesto a darme una mano con las herramientas informáticas, a Marita Pimienta y Elina Carril, por ayudarme a mejorar aspectos formales.

A Ana Hounie, que desde la Dirección Académica de la Maestría de Psicología Clínica, en distintas ocasiones me ayudó a ordenar ideas y a traspasar incertidumbres.

## **RESUMEN:**

Durante el tiempo de violencia política en Uruguay el método de disciplinamiento privilegiado por los represores para imponer sus ideas -inspiradas en la Doctrina de la Seguridad Nacional-, fue el ejercicio sistemático del terror, y sus principales instrumentos: la tortura y la prisión prolongada. Las/os prisioneras/os políticos sufrieron durante las décadas de los 60, 70 y 80 la aplicación sistemática de tortura física y psicológica en interrogatorios y tortura psicológica en forma constante en reclusión. Estas experiencias traumáticas han dejado efectos en los sujetos, sus familias y en la sociedad; los cuales permanecen, y en ocasiones, pueden dar lugar a demanda de consulta psicológica o psiquiátrica. Esta investigación se propuso conocer el trabajo psicoterapéutico, realizado por los profesionales de la salud mental que han acumulado la mayor experiencia en el país, en el trabajo clínico con ex prisioneras/os políticos. Se describen las principales características de esta clínica en el último período (2007 a 2012) los: efectos que aún persisten, motivos de consulta, objetivos terapéuticos, particularidades del contexto socio-histórico y aspectos técnicos de los tratamientos; todas estas temáticas desde la mirada de los clínicos. Por otra parte, se efectúan orientaciones dirigidas a quienes se inicien en esta labor. Se utilizó metodología cualitativa; se trabajó con un diseño exploratorio descriptivo. Se realizaron entrevistas en profundidad semi-estructuradas a informantes calificados. Se procesó la información con la técnica ATLAS ti, y se realizó análisis de contenidos temáticos.

**PALABRAS CLAVES:** PSICOTERAPIA Y PRISIÓN POLÍTICA, PSICOTERAPIA Y TORTURA, PSICOLOGÍA Y DERECHOS HUMANOS, TERRORISMO DE ESTADO Y REPARACIÓN EN SALUD MENTAL.

## **ABSTRACT:**

During the period of political violence in Uruguay, the methods favoured by the repressive forces to impose their ideas - inspired by the Doctrine of National Security - were torture and prolonged imprisonment. During the 60s, 70s and 80s, political prisoners suffered the systematic application of physical and psychological torture in interrogation and ongoing psychological torture during detention. These traumatic experiences have left lasting effects in individuals, their families and society; these effects can sometimes lead to demand for psychiatric or psychological consultation. This research set out to learn about the psycho-therapeutic work done by mental health professionals who have accumulated most of the experience in the country, in clinical work with former political prisoners. The work describes the main features of this clinic in the latest period ( 2007-2012 ): effects shown by the population, reasons for consultation, therapeutic objectives, peculiarities of the socio- historical context and the technical aspects of treatments; all these issues are approached from the perspective of the clinicians. In addition, the paper includes targeted guidance for those beginning work in this area. The research made use of qualitative methodology; working with an exploratory-descriptive design. Semi-structured in-depth interviews were carried out with qualified informants. Information was processed using ATLAS.ti and thematic content analysis was performed.

**KEY WORDS:** PSICOTHERAPY AND POLITICAL INMPRISONMENT, PSICOTHERAPY AND TORTURE, PSICOLOGY AND HUMAN RIGHTS, TERRORISM AND MENTAL HELTH REPAIR.

# INDICE

PARTE I .....	10
INTRODUCCIÓN .....	11
1. ¿Por qué investigar sobre psicoterapias actuales con ex prisioneras/os políticas/os?.....	11
2. Hipótesis y preguntas de tesis.....	13
3. Objetivos y metodología.....	14
4. Organización del texto.....	15
CAPÍTULO I. ACERCA DEL PROBLEMA .....	16
I.1. Algunos datos a considerar .....	16
I.2. Trabajo psicosocial y efectos del terrorismo de Estado en Uruguay .....	18
I.3. Una clínica nueva.....	21
I.4. Dificultades en el procesamiento social de los traumatismos.....	23
CAPÍTULO II. MARCO HISTÓRICO .....	26
II.1. Violencia política en Uruguay (1968 – 1985) .....	26
II.2. La tortura y sus propósitos.....	28
II.3. Los modos de la tortura .....	33
II.4. Las cárceles políticas en Uruguay.....	34
II.5. Sobre el resistir.....	37
CAPÍTULO III. ANTECEDENTES.....	40
III.1 Aportes de otras investigaciones .....	40
III.2 Significados que las víctimas otorgan a la experiencia de la tortura.....	44
III.3 Efectos psicofísicos provocados por la tortura.....	46
III.3.a Efectos tardíos en víctimas de la Segunda Guerra Mundial .....	47
III.3.b. Efectos tardíos según estudios realizados en el Cono Sur .....	49
III.3.c. Efectos tardíos según la experiencia clínica de SERSOC.....	51
III.4. Trabajo psicoterapéutico con víctimas de violencia política .....	54
III.4.a. Psicoterapia con víctimas de la Segunda Guerra Mundial .....	54
III.4.b Psicoterapia y efectos tempranos, aportes desde Chile .....	56
III.4.c. Psicoterapias y efectos tardíos, aportes desde SERSOC.....	58
III.4.d. Aportes a las psicoterapias desde otras organizaciones latinoamericanas .....	61
III.5. Trabajo psicosocial con víctimas de violencia política.....	64
CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO .....	67
IV. 1. Nociones claves en el trabajo con víctimas de crímenes de lesa humanidad .....	67

IV.1.a. Sobre la noción trauma y su vinculación con la tortura.....	67
IV.1.b. Cuestionamientos a la noción trastorno estrés post-traumático (TEPT).....	69
IV.1.c. Concepto trauma psicosocial .....	71
IV.1.d. Noción Reparación Integral a víctimas de delitos de lesa humanidad .....	74
IV.2. Nociones técnicas.....	76
IV.2.a. ¿Qué se entiende por psicoterapia?.....	76
IV.2.b. ¿Neutralidad o No-Neutralidad en el trabajo con ex presas/os políticas/os? .....	78
IV.2.c. Transferencia y Contra-transferencia en el trabajo con ex presas/os políticas/os .....	81
CAPÍTULO V. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	84
PARTE II .....	88
CAPITULO I. SOBRE LOS CLÍNICOS ENTREVISTADOS .....	89
I.1. Algunos rasgos .....	89
I.1.a. Algunos datos de los entrevistados .....	89
I.1.b. Marcos teórico-técnicos que utilizan los entrevistados .....	90
I.1.c. Algunas consideraciones .....	91
I.2. ¿Por qué trabajan con personas afectadas por el terrorismo de Estado? .....	92
I.3. Autores que guían la práctica de los entrevistados .....	95
I.3.a. De la literatura concentracionaria .....	95
I.3.b. De Psicología, Psicoanálisis y Filosofía .....	96
I.3.c. De Psiquiatría.....	97
I.3.d. Sobre terrorismo de Estado en el Cono Sur .....	97
I.3.d.1. Sobre efectos del terrorismo de Estado en América Latina .....	97
I.3.d.2. Sobre efectos del terrorismo de Estado en Uruguay .....	98
I.3.d.3. La voz de los afectados en Uruguay .....	99
I.3.d.4. Investigaciones del período histórico en Uruguay .....	99
I.3.d.5. Sobre la Operación Cóndor .....	99
CAPÍTULO II. ¿POR QUÉ MOTIVOS CONSULTAN LAS/OS EX – PRISIONERAS/OS POLÍTICOS? .....	100
II.1. Motivos de consulta según la percepción de los clínicos .....	100
II.2. Principales conflictivas.....	103
II.2.a. Conflictivas vinculares en familia.....	103
II.2.b. Conflictos psicológicos o psiquiátricos.....	106
II.2.b.1. Crisis vital .....	106
II.2.b.2. La emergencia de lo traumático .....	107

II.2.b.3 Víctimas Crónicas .....	108
II.2.c. Conflictos ante dificultades en el procesamiento sociopolítico de los traumatismos .....	110
CAPÍTULO III. LAS/OS EX PRESAS/OS POLÍTICAS/OS SON HABLADOS A TRAVÉS DE LOS CLÍNICOS .....	112
III.1. Ciertas características de las/os ex – prisioneras/os políticas/os .....	112
III.1.a. Militancia .....	112
III.1.b. Austeridad .....	113
III.1.c. Lenguaje y códigos .....	114
III.1.d. Lo político en sesión.....	116
CAPÍTULO IV. EFECTOS QUE PERSISTEN .....	120
IV.1. Los clínicos dan cuenta de los efectos.....	120
IV.2. Efectos de un sistema torturante.....	121
IV.2.a. Desconfianza .....	121
IV.2.b. “Coraza resistente” .....	122
IV.2.c. Autoinculpación.....	126
IV.3. Efectos del encierro.....	129
IV.3.a. Pasividad y aislamiento.....	129
IV.4. El cuerpo se expresa.....	130
CAPÍTULO V. LA CLÍNICA: ASPECTOS TEÓRICO-TÉCNICOS.....	132
V.1. Objetivos terapéuticos .....	132
V.1.a. Construir un vínculo de confianza .....	133
V.1.b. Elaborar lo traumático .....	134
V.1.c. Des-victimizar .....	137
V.1.d. Integrar ese período a la historia de vida .....	138
V.2. Neutralidad o no-neutralidad .....	140
V.3. Transferencia y Contra-transferencia.....	142
V.3.a. ¿Qué transfieren los pacientes en los psicoterapeutas? .....	142
V.3.a.1. Institución confiable.....	142
V.3.a.2. Psicoterapeuta confiable.....	143
V.3.a.3. Psicoterapeuta soporte .....	144
V.3.b ¿Qué sentimientos o deseos identifican los psicoterapeutas?.....	145
V.3.c. ¿Cómo se trabajan los aspectos transferenciales y contratransferenciales? .....	149
V.4. ¿Se pregunta al paciente sobre sus vivencias en la tortura? .....	151
V.5. Aspectos técnicos peculiares .....	153



V.5.a. Más contención y menos interpretación .....	153
V.5.b. Aportes de la psicoterapia grupal.....	154
CAPÍTULO VI. LA REPARACIÓN: IMPACTOS Y PROCESAMIENTO .....	157
VI.2. ¿Cuáles son las vías de procesamiento?.....	158
VI.2.a. Grupales o colectivas .....	158
VI.2.b. Individuales .....	160
VI.3. La Pensión Especial Reparatoria (PER) .....	160
VI.3.a. Impactos subjetivos en las/os ex prisioneros políticos.....	161
VI.3.b. Opiniones de los profesionales sobre la PER .....	162
VI.4. Impactos de los Juicios .....	163
VI.4.a. Impactos sociales.....	163
VI.4.b. Impactos en las personas.....	164
VI.4.c. Dificultades observadas en el sistema de Justicia .....	166
VI.5. ¿Qué puede reparar la clínica? .....	167
VI.5.a. Desidealizar el tiempo de prisión .....	167
VI.5.b. Desenquistar lo traumático.....	168
VI.5.c. Apuntalar aspectos vitales .....	168
VI.5.d. Analizar lo internalizado en el vínculo con el represor.....	169
VI.5.e. Destruir conflictos vinculares .....	170
VI.6. Particularidades de la reparación desde CO.SA.ME.DD.HH.....	171
CAPÍTULO VII. ORIENTACIONES PARA QUIENES SE INICIEN EN ESTA CLÍNICA .....	173
VII.1. Obstáculos y Desafíos .....	173
VII.2. Orientaciones .....	176
VII.3.a. Sensibilidad y compromiso.....	176
VII.3.b. Formación especializada .....	177
VII.3.c. No trabajar en soledad.....	178
VII.3.d. Autocuidado.....	179
VII.3.e. Actitudes favorables .....	180
PARTE III .....	181
CONCLUSIONES.....	182
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	187

# PARTE I

# INTRODUCCIÓN

## 1. ¿Por qué investigar sobre psicoterapias actuales con ex prisioneras/os políticas/os?

Desde hace tres décadas se desarrollan en Uruguay procesos psicoterapéuticos con ex prisioneras/os políticas/os (en adelante E-PP), sin que las particularidades empíricas del trabajo clínico con esta población, hayan sido sistematizadas para su difusión en el mundo científico. Las Universidades de la región han realizado escasa producción científica en materia de Psicología Clínica para el trabajo con víctimas de tortura. Se buscó alcanzar una producción que formule orientaciones teórico-técnicas para la clínica con las/os E-PP, luego de unas décadas de ocurridos los sucesos traumáticos.

Con el presente estudio se busca aportar al desarrollo del campo que une a la Psicología con los Derechos Humanos. No resulta grato incursionar en los efectos de la tortura, sino incómodo y doloroso; surgen sentimientos de repudio y deseos de que este flagelo desaparezca de la faz de la tierra. Sería más reconfortante trabajar por su eliminación y proyectar otros mundos en los que la tortura no tenga cabida. Sin embargo, la tortura existe, aún no se ha logrado erradicarla; transmitir conocimientos sobre los modos de aliviar a sus víctimas resulta un imperativo ético. Es menester aclarar que con este estudio no se persigue el fin de psicopatologizar a las víctimas, muy por el contrario, los efectos del terror de Estado no se puedan encerrar en casilleros gnoseológicos. Lo verdaderamente patológico es la violencia, es que haya sujetos que utilicen su inteligencia para destruir a sus semejantes. Se parte de la premisa que las personas son diferentes y nada de lo que aquí se exponga podrá ser generalizado, se busca evitar todo reduccionismo o simplificación de la realidad.

La pesquisa ubica su lente en las psicoterapias con los ex prisioneros políticos. Se ha puesto el énfasis en el último período (2007 – 2012), lo que se debe, a que existen numerosos escritos sobre trabajo psicosocial con víctimas de tortura, referidos a los primeros tiempos posteriores a su liberación, no así, sobre el trabajo con efectos tardíos. Por otra parte, desde la experiencia de la Cooperativa en Salud Mental y Derechos Humanos (en adelante CO.SA.ME.DD.HH.)<sup>1</sup>, actualmente los ex prisioneros son los usuarios que registran mayor

---

<sup>1</sup>CO.SA.ME.DD.HH. en contrato con la Administración de Servicios de Salud (ASSE), ofrece desde 2009 atención en salud mental a las personas afectadas por el terrorismo de Estado, es decir a los beneficiarios de las leyes de reparación 18.033 y 18.596.

número de consultas. Hecho novedoso en comparación con la experiencia desarrollada por el Servicio de Rehabilitación Social (en adelante SERSOC)<sup>2</sup>, institución en la que consultaban mayormente los hijos (de ex presos, de des-exiliados, de desaparecidos o asesinados políticos).

El interés por ordenar los conocimientos empíricos, de una forma que sea transmisible a otros psicoterapeutas, ha sido la principal motivación. La Ley Reparatoria 18.596 (Art. 10) otorga cobertura en salud (física, psicológica y odontológica), gratuita y vitalicia a las víctimas del terrorismo de Estado. Lo que la Ley no establece, es que la atención deba ser ofrecida por equipos de profesionales especializados. Con los resultados de este estudio se busca contribuir a dilucidar las particularidades de la clínica, con víctimas de tortura y prisión política, a más de tres década de ocurridos los hechos.

Desde su creación (2009), integramos CO.SA.ME.DD.HH., organización que ofrece un modesto servicio de atención en Salud Mental a víctimas del terrorismo de Estado -200 personas al año; número muy inferior al que fuere necesario-. Se ha trabajado en medio de irregularidades formales, que no viene al caso detallar aquí; las que denotan escaso interés político en el programa por parte de las autoridades gubernamentales. Es por ello que esta tesis persigue también una intención política, la de verificar, que quienes han sido afectados por el terrorismo de Estado necesitan atención psicoterapéutica especializada. Se busca contribuir a mejorar las capacidades de los psicoterapeutas, así como también, elaborar insumos para la formación de nuevos recursos humanos en este campo, aportar así, al fortalecimiento de la política pública Reparación en Salud que se realiza desde ASSE.

No es posible acercarse a un objeto de estudio desde la asepsia. Nadie investiga desde la completa ajenidad. Se buscan explicaciones ante aquello que por algún motivo despierta interés o conmueve, aunque a veces las personas no sean conscientes de ello. Hablamos desde la implicación, desde nuestra historia personal y generacional. A la edad de 9 años por primera vez, escuché hablar de presos políticos y tortura, debido a que habían apresado a un familiar lejano. Tras él se sumaron familiares cercanos y amigos de la familia, el mundo circundante fue alterado para siempre. El terrorismo de Estado afectó los años de mi adolescencia y juventud. Fuimos parte de la denominada generación 83<sup>3</sup>, la que fue educada en la disciplinada y el

---

<sup>2</sup>SERSOC, organización no gubernamental (1984 – 2009), orientada a brindar reparación en salud a las personas afectadas por el terrorismo de Estado. En la década de los noventa se especializó en la atención en salud mental para esa población.

<sup>3</sup> Se llamó generación 83 a un movimiento de jóvenes estudiantes universitarios y liceales, que en plena dictadura, y ante la ilegalización de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU), crearon la Asociación Social

silencio militar, y sin embargo, aprendió a moverse en la oscuridad y alcanzó a ser protagonista, entre quienes colaboraron para que se derrocara la dictadura.

No es posible eludir la condición de nuestra mirada, se puede ver desde y hasta lo que se ha conocido. Como expresara Madriz, G. (2008) respecto a la objetividad de la entrevista en profundidad:

(...) ¿cuánto de mi propia narrativa es lo que es porque conozco de las demás narrativas?, ¿cuánto de lo que soy confirma la frase de que no hay nada que pase si no pasa *entre nosotros*? Asumamos con humildad la posibilidad y mandato del estar entre otros.

A pesar de lo relatado, ha sido motivo de preocupación en la elaboración, ejecución y redacción de esta tesis, evitar caer en sobre-implicaciones, desde dos vertientes: en lo personal y en lo profesional. Personal, por las propias vivencias en juego referidas a ese período de la historia; y profesional, porque el trabajo con los efectos del terrorismo de Estado ha sido un área priorizada en lo laboral y académico. Al iniciar la actividad profesional tuvimos el privilegio de integrar el equipo de SERSOC; organización en la que confluyeron decenas de profesionales; en la que los más jóvenes recibieron sustanciosos aportes de las generaciones mayores. En el afán de atesorar aquel legado, y desde el rol docente en la Facultad de Psicología, se busca darle continuidad a aquella labor de transmisión intergeneracional de conocimientos. Tres décadas de trabajo en una temática, es un tiempo más que prudencial para pensar en la necesidad de “pasar la posta”.

Sin lugar a dudas, tales puntos de mira transversalizarán el texto, será posible visualizar un puñado de estos atravesamientos, pero otros, operarán como puntos ciegos de los que ni siquiera se podrá dar cuenta. En la búsqueda de un discurso transmisible, así como en la labor de “desenredar sobre-implicaciones” ha sido esencial la mirada atenta y rigurosa de la Directora de Tesis, quien ha facilitado la toma de distancia imprescindible para que el material recogido interroga y sorprenda; así como, en la necesidad de ofrecer información sobre aspectos que por demasiado conocidos, no se reparaba en la necesidad de explicitarlos para facilitar la comprensión del lector.

## **2. Hipótesis y preguntas de tesis**

El objeto de estudio son las psicoterapias con E-PP. El campo elegido para acceder a

---

este objeto, son los relatos que realizan los clínicos (psicólogos y psiquiatras), en tanto dejan entrever los modos en que efectúan los procesos psicoterapéuticos, a tres o más décadas de distancia de los traumatismos originarios. Se parte del supuesto que los psicoterapeutas han debido hacer adecuaciones teórico-técnicas en el trabajo con la referida población.

Se busca conocer cómo se desarrollan los procesos psicoterapéuticos durante el último período (2007 – 2012). Período elegido por tres razones: a) No se han encontrado en la región, producciones científicas sobre psicoterapias con presos políticos luego de décadas de distancia de padecer estos martirios. b) Se busca alcanzar conocimientos útiles para la formación de nuevos recursos humanos. c) Porque en Uruguay existe un nuevo y particular contexto; desde 2005 a la fecha, se han puesto en marcha algunos programas de Reparación por parte del Estado; a su vez, los E-PP (a partir del año 2011) han creado grupos de denuncia y presentado causas ante la Justicia; las que han sido obstaculizadas reiteradamente por el Poder Judicial.

Las preguntas que orientaron la investigación fueron:

- ¿Qué efectos se observan actualmente en la población consultante?
- ¿Qué particularidades tiene hoy el trabajo psicoterapéutico con ex presas/os políticas/os? (motivos de consulta, objetivos terapéuticos, aspectos teórico-técnicos)
- ¿Qué orientaciones se sugieren para la formación de terapeutas que se incorporen a esta labor?

### **3. Objetivos y metodología**

#### **a. Objetivo General:**

- Conocer y analizar el trabajo psicoterapéutico que se realiza en la actualidad en Uruguay con E-PP, a fin de detectar pautas y orientaciones teórico-técnicas dirigidas hacia el trabajo clínico con esta población.

#### **b. Objetivos Específicos:**

- Recoger las experiencias que están realizando hoy los psicoterapeutas con esta población.
- Identificar los efectos que observan actualmente en la población consultante.
- Identificar los aspectos empíricos de esta clínica: motivos de consulta, objetivos terapéuticos, aspectos teórico-técnicos.

- Detectar buenas prácticas y orientaciones para la clínica con prisioneros políticos que sufrieron torturas físicas y psicológicas, a tres décadas de distancia.

### **c. Metodología:**

Se trabajó con metodología cualitativa, se realizó un diseño exploratorio descriptivo. La técnica elegida fue la entrevista en profundidad semi-estructurada, efectuada a informantes calificados. Se realizaron doce entrevistas: seis a profesionales de CO.SA.ME.DD.HH. (psicólogas/o y psiquiatras); tres a psicoanalistas que han teorizado sobre la tortura y sus efectos; y otras tres a psicoterapeutas que habiendo integrado la ONG SERSOC, en la actualidad continúan realizando psicoterapias con esta población, desde la clínica privada.

Para la organización y mejor aprovechamiento de la información, se utilizó el software ATLAS ti V6. Posteriormente, se realizó análisis de contenidos temáticos.

## **4. Organización del texto**

Se ha dividido el texto en tres partes:

En la primera, el lector encontrará el camino previo que conduce y enmarca esta investigación. La misma se encuentra dividida en: introducción, acerca del problema, marco histórico, antecedentes, marco teórico y aspectos metodológicos.

En la segunda, se exponen los resultados y se desarrolla un análisis cualitativo. El contenido se subdivide en: sobre los clínicos entrevistados, ¿por qué consultan los E-PP?, qué destacan los clínicos acerca de los E-PP, efectos de la tortura y la prisión que persisten, aspectos teórico-técnicos de las psicoterapias, impactos y procesamiento de los procesos de Reparación, orientaciones dirigidas hacia quienes se inician en esta clínica.

En la tercera parte, se sintetizan los principales hallazgos de los que da cuenta este estudio y se detallan las referencias bibliográficas.

# CAPÍTULO I. ACERCA DEL PROBLEMA

## I.1. Algunos datos a considerar

En Uruguay el período del terrorismo de Estado abarca un tiempo histórico integrado por dos etapas: una pre-dictatorial (1967–1972) (Rico, A., 2009) y otra dictatorial (1973–1985).

El autoritarismo desplegó sobre los perseguidos políticos un “arsenal” de martirios y crueldades: secuestro, allanamiento, amedrentamiento, prisión política, tortura, asesinato, desaparición forzada, robo de menores, exilio, destitución de empleos públicos, censuras, prohibiciones, control de la vida social, política y cultural. De entre todos ellos, es posible afirmar que la prisión política prolongada y la tortura sistemática, fueron los métodos de represión y disciplinamiento priorizados por los ejecutores del terrorismo de Estado en nuestro país, antes y durante la dictadura.

La Comisión Internacional de Juristas (1976) señaló:

La situación de los derechos humanos en Uruguay es muy grave (...) una represión política muy dura, con varios miles de detenidos, algunos de los cuales murieron durante la detención. En un primer momento se dirigió contra los grupos de guerrilla urbana (...) y continuó contra otros sectores de izquierda y, posteriormente, se extendió hasta reprimir todo tipo de manifestación política de oposición al gobierno. Actualmente, es el país que ostenta el triste honor de tener en sus cárceles y campos de internación el mayor número relativo de prisioneros políticos de toda América Latina. (Revista de la Comisión Internacional de Juristas, Nº 16 junio – diciembre de 1976. Ginebra. Citada en Destouet, O., 2005, p.166)

Aún no se dispone de cifras oficiales que reporten el total de prisioneros políticos durante el lapso de tiempo que va desde 1968 a 1985. El “Uruguay Nunca Más”<sup>4</sup> (SERPAJ, 1989, p.117) consigna aproximadamente 9.000 personas –sumando los procesados por la Justicia Militar más los que no fueron procesados- establece una relación de 31 presos cada 10.000 habitantes, tomando como fuente el censo de 1975, que contabilizó 2.788.429 habitantes en el país. Por otra parte, el equipo de investigación histórica de la Universidad de la República<sup>5</sup>, de acuerdo a la documentación oficial a la que pudo acceder al momento de elaboración de los

---

<sup>4</sup> Libro que buscó homologar al libro Nunca Más argentino (realizado por el gobierno) y al brasilero (realizado por la iglesia católica). Informe realizado en base a entrevistas en profundidad y una encuesta aplicada a más de 300 personas que fueron procesadas por la Justicia Militar. Este libro es el resultado de una labor colectiva en la que participaron abogados, médicos y especialistas en derechos humanos. La coordinación general del proyecto la realizó el profesor Francisco Bustamante, y fue publicado por el Servicio Paz y Justicia (SERPAJ - Uruguay).

<sup>5</sup> Equipo de historiadores de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República –dirigido por el Dr. Álvaro Rico- contratado por la Presidencia de la República desde el año 2005, para realizar una investigación histórica sobre el pasado reciente.



informes –en la presunción de que se trata de datos incompletos-, establece una cifra de presos políticos de 5.925 –entre 1973 y 1984- (p. 150). Sin embargo, un documento secreto perteneciente al Organismo Coordinador de Operaciones Antisubversivas (O.C.O.A.), hallado por el mismo equipo de historiadores en 2011, refiere a un número de 15.000 detenidos entre 1970 y 1976<sup>6</sup>; lo que hace suponer que hasta 1985 pudieron haber sido muchos más.

Previo a la instalación de la dictadura la mayor parte de los E-PP pertenecía a organizaciones armadas; el mayor número de presos políticos integró el “Movimiento de Liberación Nacional (Tupamaros)”, a partir del golpe de Estado (27 de Junio de 1973) y durante todo el período dictatorial, la represión se extendió a los grupos de izquierda, organizaciones gremiales (de trabajadores o de estudiantes); y posteriormente, a todo opositor al régimen dictatorial. Martínez, V. (2005, p.31) observa que a poco tiempo de comenzada la dictadura se fue extendiendo la noción de “enemigo interno” a dos nuevos frentes: la enseñanza y la cultura. La censura se fue extendiendo a la prensa, el cine, el teatro, la música (incluido el carnaval).

Los prisioneros fueron mayormente jóvenes, de nivel socio-económico medio (entre medio bajo y medio alto)<sup>7</sup> militantes políticos y sociales. Según SERPAJ (1989, p. 395), al momento de la detención la mayoría poseía estabilidad en el mercado de trabajo; observándose un cierto grado de realización personal; casi la mitad no manifestó inseguridad en el acceso a la vivienda; prácticamente la mitad había accedido a formación universitaria. Es decir que al momento de la detención gozaban de una situación socioeconómica y un nivel de instrucción satisfactorio.

La Investigación Histórica, aporta datos relevantes -a la que vez aclara que no puede ofrecer números definitivos-. Se establece una cifra de 50 centros de reclusión en los que fueron confinados los presos políticos en todo el territorio nacional. Se habla de un universo de 172 personas detenidas-desaparecidas por el plan Cóndor, en su mayoría desaparecidos en Argentina (129), los demás desaparecieron en Uruguay, Chile, Brasil, Paraguay, Bolivia y Colombia. (p. 143). Entre 1973 y 1985, se registra una cifra de 116 crímenes políticos (p. 148). Respecto a las muertes de los prisioneros se establecen las siguientes causas: por tortura, omisión de asistencia médica, suicidios, enfermedades terminales (p. 150).

---

<sup>6</sup> Presidencia de la República. Actualización de la investigación histórica sobre detenidos- desaparecidos. Montevideo, 2011. Documentación en formato digital. [www.presidencia.gub.uy/derechoshumanos](http://www.presidencia.gub.uy/derechoshumanos)

<sup>7</sup> Tomando los siguientes indicadores: nivel educativo, posición ocupacional y nivel de ingresos.

## **I.2. Trabajo psicosocial y efectos del terrorismo de Estado en Uruguay**

La experiencia de haber sido víctima de represión política, produjo una amplia gama de secuelas psíquicas, físicas, vinculares, sociales. Razón por la que, entre los años 1981 - 1986 se crearon centros que ofrecieron atención psicosocial a las víctimas del terrorismo de Estado (E-PP, des-exiliados, familiares de detenidos desaparecidos, familiares de asesinados políticos y quienes debieron vivir en forma clandestina). A saber: Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ-Uruguay), Comisión por el Reencuentro de los uruguayos, Centro de Orientación y Consulta (C.O.Y.C.), Protección a la Infancia dañada por estados de emergencia (P.I.D.E.E.); Servicio Ecuménico de Reintegración (SER), Programa Cardijn, y Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC). Este último, fue el único que permaneció en el tiempo entre 1984 y 2009 -merced a la colaboración solidaria de agencias internacionales- brindando atención integral en salud. Pasado el momento de mayor apoyo internacional, y una vez que se iban consolidando los procesos de democratización, vio reducidos sus ingresos, momento en que debió tomar la decisión de concentrar sus energías en la atención en salud mental.

El intercambio con los colegas de la región fue primordial para comprobar las particularidades de esta clínica, en especial con los colegas de Chile y Argentina. Se fue constando que las sintomatologías que portaban los pacientes debían leerse e interpretarse insoslayablemente, a la luz del contexto político en el que se habían producido. En palabras de Lira, E. (2010, p. 20):

Las consecuencias en las víctimas se diagnostican identificando los síntomas y las alteraciones observados, que, aunque son semejantes a otras situaciones traumáticas, cobran sentido para la víctima, en la medida en que se enmarcan y se comprenden en el contexto político en el que ocurrieron, al mismo tiempo que se entienden en relación con el contexto de la vida y proyectos de cada persona.

Durante los años 90 los terapeutas de SERSOC concluyeron que el éxito de la labor clínica -en un porcentaje significativo- dependía de lo que ocurría en el contexto social, respecto al procesamiento de los efectos psicosociales producidos por el terror de Estado. En un entorno de impunidad, silencio, ocultamiento y olvido las personas no podían elaborar adecuadamente estos traumatismos. El mandato de olvidar había sido tan fuerte, que en ocasiones, resultaba engorroso formular a los pacientes preguntas referidas a las experiencias traumáticas vividas.

Pensamos que las características del hecho traumático y muy especialmente la presencia de intencionalidad y, posteriormente, las posibilidades de respuesta y reparación social tienen un alto grado de incidencia en las posibilidades de elaboración personal del trauma, es decir, que lo social es texto mismo de la subjetividad. (Kordon, Edelman, Lagos y Kesner, 2002, p. 89)

La década de los 90 estuvo pautada por el silencio y el olvido impuestos. Los profesionales encontraron una nueva meta dirigida a la construcción de la “Memoria Colectiva”. Los clínicos que hasta el momento habían transmitido conocimientos a través de ponencias en eventos científicos o académicos, evaluaron la necesidad de alcanzar una mayor difusión, para contribuir a la toma de conciencia acerca de esta problemática que padecían miles de compatriotas. Con tal propósito SERSOC elaboró las publicaciones: Represión y Olvido. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política dos décadas después. (1995) y Represión y Olvido. 2 Efectos psicológicos y sociales de la violencia política. (1999).

En la década del 2000 una nueva noción fue tomando cuerpo en el equipo de profesionales de SERSOC, la de “Reparación Integral”. Los psicoterapeutas fueron comprendiendo que su labor representaba sólo una “hebra” dentro de la compleja trama de reparaciones que el Estado debía otorgar a las víctimas. Noción que fue emergiendo en el trabajo conjunto con otras ONGs del continente; por una parte, debido a la participación de SERSOC en la creación de la Red Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Salud contra la Tortura, la Impunidad y otras Violaciones a los Derechos Humanos (hoy llamada RedSalud- DD.HH.); y por otra, a que junto a tres ONGs de la región<sup>8</sup> (Argentina, Chile y Brasil) fue partícipe de dos proyectos, llevados a cabo gracias al apoyo de Unión Europea. Fruto de estos se elaboraron dos publicaciones: “Paisajes del dolor. Senderos de Esperanza” (2002) y “Daño Trans-generacional: Consecuencias de la represión política en el Cono Sur” (2009).

Comenzado el año 2009 SERSOC cerró sus puertas<sup>9</sup>, algunos de sus integrantes constituyeron CO.SA.ME.DD.HH., contratada por el Ministerio de Salud Pública y ASSE, a fin de ofrecer reparación psicosocial a las personas afectadas por el terrorismo de Estado. Cooperativa que ofrece atención psiquiátrica, social, psicoterapéutica (individual y grupal).

---

<sup>8</sup> Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS – Chile), Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP – Argentina) y Grupo Tortura Nunca Más/ Río de Janeiro (GTNM/RJ – Brasil), financiado durante dos períodos por Unión Europea (2000 – 2003 y 2006 – 2009).

<sup>9</sup> Al finalizar el segundo proyecto realizado con Unión Europea, la asamblea de miembros del SERSOC decidió cerrar la institución con el objetivo de que el Estado integrara la reparación en salud mental dentro de sus políticas públicas de Reparación Integral a las víctimas del terrorismo de Estado. La dirección de SERSOC se propuso que las autoridades ministeriales promovieron un llamado público. Como resultado del mismo se contrató a CO.SA.ME.DD.HH.

En la década del 2010, se destaca una nueva noción, la de “Acompañamiento Psicojurídico” a testigos en causas por delitos de lesa humanidad. Noción que acuña y desarrolla el Instituto Interamericano de Derechos Humanos<sup>10</sup> (en adelante IIDH):

Acompañar es “estar al lado de”, brindar apoyo humano que reconforta y alivia. Es no dejar a la persona sola con el problema, sino compartir con ella el dolor que sufre. Esta acción incluye escuchar atentamente, dejar hablar y permitir que el silencio tenga su lugar en aquellos problemas, situaciones y preguntas que, ante el dolor y la tristeza, resultan indecibles. El acompañante se brinda como un semejante que sostiene al otro, en el sentido de ofrecer una presencia implicada y comprometida. (IIDH, 2007, p. 49)

Entre los años 2010 y 2011, los E-PP constituyeron grupos de denuncia. Han presentado ante la Justicia denuncias de: violencia sexual, tortura, muertes en prisión. Algunos testigos ya habían declarado anteriormente, en causas desarrolladas en la República Argentina, país que les brindó apoyo psicológico a cargo del equipo técnico perteneciente a la Secretaría de Derechos Humanos (en adelante DD.HH.) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, quienes posteriormente conformaron el Centro Fernando Ulloa. Pioneros en la región en el desarrollo de acompañar a quienes han denominado, las “víctimas-testigos”, resaltando la condición de víctimas por sobre la de testigos.

En este protocolo, entonces, se propone redefinir el concepto de testigo víctima, entendiendo que priorizar el primero de los caracteres sobre el segundo podría implicar considerar al sujeto como mero medio de prueba en el proceso penal. Definirlo, en cambio, como **víctima-testigos**, revirtiendo los términos, implica centrar la mirada en el sujeto, quien sufrió los crímenes más horribles. (Secretaría de Derechos Humanos, 2011, p. 15)

Según datos aportados por el “Observatorio Luz Ibarburu”, actualmente hay 216 causas en la Justicia por delitos de lesa humanidad. En el último año no se han alcanzado mayores avances, en tanto los inculpados se apañan en la declaración de inconstitucionalidad de la Suprema Corte de Justicia. En períodos anteriores, los E-PP efectuaron denuncias como testigos de las violaciones cometidas contra sus compañeros, en el último período comienzan a denunciar lo acontecido a ellos mismos.

---

<sup>10</sup> En el año 2007 el IIDH, realizó dos instancias de capacitación en Montevideo sobre acompañamiento psicojurídico a testigos en juicios por violaciones a los DD.HH., para operadores latinoamericanos. La organización estuvo a cargo de la Dirección de DD.HH. del Ministerio de Educación y Cultura de Uruguay.

### I.3. Una clínica nueva

Durante la dictadura, algunos psicoterapeutas fueron perseguidos por atender a supuestos “subversivos”. La mayoría de los psicoterapeutas trabajaron en soledad, unos pocos se propusieron la tarea de reflexionar en forma conjunta sobre los impactos del terrorismo de Estado; algunos en forma casi clandestina dentro del país (Gil, D.; Leone, E.; Klingler, M.; Espínola, M.) y otros desde el exilio en Francia (Viñar, M.; Ulriksen de Viñar, M.; Gómez Mango, E.). Hasta que, en las postrimeras de la dictadura surgieron diversas ONGs que posibilitaron la labor de “pensar con otros”. No se conocían antecedentes acerca de cómo trabajar con esta población, los profesionales fueron aprendiendo en el devenir de su práctica, entre aciertos y errores. En SERSOC, prácticamente todos los psicólogos y psiquiatras habían recibido formación psicoanalítica. Recordemos que: por un lado, en el Río de la Plata el psicoanálisis ha sido durante décadas la corriente hegemónica en psicología; y por otro, que fue desprestigiado y prohibido por los represores en la dictadura<sup>11</sup>. Razón que llevó a que muchos profesionales buscaran con avidez vías alternativas de formación.

Sin embargo, el bagaje profesional con el que se contó no siempre resultó suficiente para dar respuestas a las necesidades que presentaba este tipo de consultantes, debido al carácter psicosocial del traumatismo; el que para su comprensión requirió incorporar otras miradas (histórica, política, filosófica, antropológica, sociológica). El psicoanálisis aprendido en aquel tiempo se dirigía al análisis de las conflictivas inconscientes, con gran énfasis en los aspectos infantiles del desarrollo libidinal, enfocado al tratamiento de las neurosis. Bagaje teórico que ofrecía explicaciones a los padecimientos a punto de partida de las conflictivas intrapsíquicas, los modelos identificatorios recibido y las vicisitudes de la vida familiar. Esta concepción de sujeto no reparaba en los contextos socio-históricos, ni en ideologías o afiliaciones políticas; lo que no permitía dimensionar los aspectos socio-histórico-políticos que el trabajo requería. Toda teoría pensada en un contexto cultural determinado y desde un cierto tipo de consultantes requirió re-pensarse como teoría, como procesos e intervenciones y abrirse a considerar el contexto y sus catástrofes.

A estas observaciones arribaron otros colegas:

El psicoanálisis nació tal vez por necesidad, tal vez por ideología, bajo la égida de una ideología burguesa prevaleciendo la hipótesis de la realidad psíquica construida entre las figuras parentales y el niño. Se apoyaba en una teoría pulsional para la cual el

---

<sup>11</sup> En Uruguay la dictadura clausuró la Facultad de Psicología durante cuatro años (1974 – 1977) y en su re-apertura quitó del Plan de Estudios las asignaturas psicoanalíticas. Los profesionales durante toda la dictadura y años posteriores, se formaron en grupos de estudio particulares con docentes de reconocida trayectoria.

contexto social parecía de importancia secundaria. ¿Es posible pensar que la realidad externa social, el no-Yo, carece de representación en la realidad psíquica? Para contestar a esta interrogante tendremos entonces que reconocer cómo se manifiesta el cuerpo social y sus signos. Así, la realidad social tendrá un status que nos permitirá reconocerla. (Puget, J., 2006, p. 27)

En igual dirección Viñar, M. se interroga:

No solamente creo que el psicoanálisis es posible, sino que es necesario, como trabajo de palabra, no único pero privilegiado, y a partir del cual la reconstrucción de la historia será posible. ¿No dicen que nuestra disciplina es subversiva? Que su práctica sea renga en situaciones de violencia política, lo admito. ¿Pero conocen ustedes una práctica analítica que, no siendo renga, siga mereciendo esa denominación? Si uno tiene el adecuado contexto sociocultural y la buena teoría, ¿para que la teoría psicoanalítica? (1993, p. 80)

Años más tarde agregará:

Se puede argumentar que el horror que inunda la ciudad no tiene lugar en el repertorio conceptual que posibilita la operación analítica: ¿Sobra una angustia o falta un concepto? ¿Se trata de respetar la integridad de la teoría o la del paciente? (2006, p.62)

Todo campo de trabajo nuevo obliga a revisar las herramientas con que se cuenta. Los profesionales debieron nutrirse de otros marcos teóricos, abrir la mirada a otras disciplinas.

SERSOC ofreció atención psiquiátrica y social, así como: psicoterapias individuales, familiares, de pareja y grupales. Sin embargo, la experiencia de la tortura y la presencia de psiquiatras y psicólogos en los centros de reclusión, provocó en los E-PP una significativa desconfianza hacia los terapeutas. Quienes sintieron que debían tener especial cuidado a la hora de formular preguntas, a modo de evitar la emergencia de reminiscencias de las experiencias vividas en los interrogatorios. Saber qué preguntar, cómo y en qué momentos, se transformó en un desafío con el que debieron lidiar permanentemente. Observaron que durante las décadas de los 80 y 90 los E-PP se mostraron reticentes a la hora de ingresar a los espacios grupales; aludían a dificultades entre los distintos grupos políticos, sucedidas durante el tiempo de reclusión; rispidez que fue menguando iniciada la década del 2000.

Se hizo necesario apelar a una mirada socio-histórica-política, en tanto los E-PP fueron militantes de organizaciones políticas y sociales, lo que los condujo a modalidades de afrontamiento colectivo. El análisis se debía complementar con elementos que tuvieran en cuenta: la etapa histórica -nacional e internacional-, las lógicas de la generación de los militantes, los sistemas de destrucción implementados por el terrorismo de Estado.

Los terapeutas de SERSOC acudieron a lecturas que les permitieran comprender las vivencias narradas por los pacientes. Entre ellos, se destacan los aportes de Bruno Bettelheim, Primo Levi, Hanna Arendt, Viktor Frankl, quienes transmitieron y reflexionaron en torno a los

efectos generados por los horrores de la segunda guerra mundial. En Uruguay se destacaron las publicaciones de Marcelo Viñar, Maren Ulriksen y Daniel Gil.

En el Río de la Plata la Psicología Social tuvo un importante desarrollo durante las décadas del 50, 60 y 70, a partir de las conceptualizaciones de Enrique Pichón Riviére y otras figuras relevantes como: Bauleo, Bleger, Marie Langer. Esta permitió comprender los procesos colectivos y analizar el vínculo dialéctico entre lo social y lo intrapsíquico; aportó luz en la comprensión de las modalidades de afrontamiento colectivo; así como, permitió inferir aquellos efectos de los traumatismos, que se producían en el seno de los grupos familiares. Con el transcurrir de los años fue necesario acudir a otros autores y a otras disciplinas.<sup>12</sup>

#### **I.4. Dificultades en el procesamiento social de los traumatismos**

La profundidad a alcanzar en las psicoterapias, dependieron de aspectos de índole personal, como también, de procesos de orden social. Estos últimos fueron marcando ritmos, pausas, cuando no, períodos de impasse. En Uruguay durante veinte años las políticas de impunidad y olvido silenciaron a las víctimas. *“La falta de procesamiento social de la violencia de Estado, impidió la validación social del daño. La impunidad prolongada por décadas generó negación, desconocimiento público y no reconocimiento a las víctimas”* (Robaina, M.C.; 2013, p.96). Las políticas públicas promotoras de olvido e impunidad, así como la particularidad uruguaya, de que la impunidad haya sido consultada y sostenida por la ciudadanía en dos oportunidades<sup>13</sup>, establecieron “borrón y cuenta nueva”. Las historias se privatizaron al no ser integradas en la historia nacional. En la clínica se observó que la carga de violencia recibida al no ser canalizada por medio del procesamiento social como país, fue generando efectos de implosión que provocaron daños, aún mayores, hacia el interior de las familias.

El año 2005 marcó el inicio de los gobiernos de izquierda<sup>14</sup> y de los procesos de Reparación hacia las víctimas. Se constata que el tratamiento político-social de estos traumatismos, genera efectos en las víctimas y en los procesos psicoterapéuticos.

---

<sup>12</sup> Más abajo los entrevistados mencionan los autores que han inspirado su práctica.

<sup>13</sup>La Ley de la Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado (15.848), llamada también ley de impunidad, fue sancionada por el Parlamento en diciembre de 1986. Una parte de la ciudadanía promovió un Referéndum para eliminarla, pero en abril de 1989 las urnas expresaron su apoyo. En el año 2008 un Plebiscito intentó anular parte de esta Ley, pero no se alcanzaron los votos necesarios. El 27 de octubre de 2011 el Parlamento aprobó la Ley 18.831 derogatoria de la Ley de impunidad, dejándola sin efecto para los delitos de lesa humanidad. Sin embargo, en febrero de 2013 la Suprema Corte de Justicia, declaró inconstitucional a esta última Ley, al considerar que se trata de delitos comunes y por tanto han prescrito para su juzgamiento.

<sup>14</sup>Primer gobierno de la coalición de izquierda Frente Amplio. Posteriormente, en 2010, se inició un segundo gobierno de la misma coalición.

Sucintamente se enumeran las principales políticas públicas reparatorias, desarrolladas a partir del año 2000:

a) En el 2000, el Presidente de la República Jorge Batlle (2000 – 2005), creó la Comisión para la Paz, la que tuvo por cometido indagar el destino de los detenidos desaparecidos. Al culminar su mandato presentó un Informe dando cuenta de la información recabada, la más de las veces, no aportó información novedosa. Delegó en la Secretaría de Seguimiento de la Comisión para la Paz las tareas pendientes; la que hasta 2013, actuó desde la Presidencia de la República.

b) En 2005, utilizando el Art. 4 de la Ley de Caducidad, que autoriza al Poder Ejecutivo a determinar qué causas indagar, con relación a los delitos cometidos durante la dictadura; el Presidente de la República Tabaré Vázquez (2005 – 2010), autorizó la actuación de la Justicia respecto al procesamiento de los principales represores.

c) En 2005, el Presidente de la República Vázquez, solicitó a la Universidad de la República la conformación de dos equipos de investigación: a) antropólogos forenses para emprender la búsqueda de los restos óseos de los detenidos desaparecidos; b) de historiadores, para investigar el pasado reciente.

d) En 2005, el Presidente de la República Vázquez, solicitó informes a las tres ramas de las Fuerzas Armadas, a fin de aportar datos sobre lo ocurrido a los detenidos-desaparecidos.

e) En 2006, se aprobó la Ley 18.033, de Recuperación de Derechos Jubilatorios y Pensionarios, a través de la cual se otorgó a ex presos políticos, desexiliados y clandestinos, reparación económica, la Pensión Especial Reparatoria o PER. Se crea una Comisión Especial que actúa en el ámbito del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

f) En 2007, abrió sus puertas el Museo de la Memoria en la ciudad de Montevideo.

g) En 2008, el Ministerio de Salud Pública inició el trabajo de reparación en salud.

h) En 2009, el Ministerio de Salud Pública, contrató a través de un llamado público a CO.SA.ME.DD.HH.

i) En 2009, se aprobó la Ley 18.596 de Reparación Integral y se creó una Comisión Especial que actúa en el ámbito del Ministerio de Educación y Cultura.

j) En 2010, se creó en ASSE, la Oficina de Atención a Víctimas del Terrorismo de Estado.

k) En 2011, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se expide para el caso Gelman versus Uruguay. La sentencia mandató al gobierno a quitar el escollo de la Ley de



Caducidad. El Presidente de la República José Mujica (2010 – 2015), decretó desarchivar 80 causas que habían sido archivadas por esa Ley.

l) En 2011, el Parlamento aprobó una Ley que declaró imprescriptibles los delitos de lesa humanidad; Ley que en 2013 fue declarada inconstitucional por la Suprema Corte de Justicia.

m) En 2012, cumpliendo con la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Presidente de la República Mujica, se responsabilizó por la desaparición de María Claudia García de Gelman y otros crímenes, pidió perdón públicamente frente a esta familia y a través de ella, a demás víctimas del terrorismo de Estado.

n) En 2012, se creó la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

o) En 2013, la Secretaría de Seguimiento de la Comisión para la Paz, pasó a llamarse Secretaría de Derechos Humanos para el pasado reciente, la cual se mantiene en la órbita de la Presidencia de la República y se propone articular las políticas reparatorias.

## CAPÍTULO II. MARCO HISTÓRICO

### II.1. Violencia política en Uruguay (1968 – 1985)

En tiempos pretéritos, Uruguay se había caracterizado por su fuerte tradición democrática, ajustada a los mandatos del Estado de derecho. El terrorismo de Estado irrumpió en una sociedad que hacía galas de su democracia civilista. En un corto lapso de tiempo, se modificaron radicalmente los modos de ser en sociedad. Se provocó un trastrocamiento de los códigos sociales: lo que era legal se convirtió en prohibido, lo que parecía normal se transformó en riesgoso, se desvanecieron los grupos de pertenencia, el mundo súbitamente se tornó extraño. Puget, J. (2006, pp. 33), para referirse a este fenómeno expresa: *“El contexto se vuelve incoherente, incomprendible e inasible.”*

En la segunda mitad del siglo XX se resquebrajó el modelo democrático, período para el que se acuñó la expresión “brutalización de la política” (Corti, A., 2004. Rico, A., 2009).

El fenómeno de la “brutalización de la política” precedió cronológicamente al fenómeno del “terrorismo de Estado” aunque, en ciertos aspectos, se adelantó al mismo, dado que, aún bajo la vigencia de un sistema democrático, antes del golpe, se fue diseñando un campo criminal y un Estado de Policía que justificaron el gobierno bajo decreto y medidas de excepción, los cambios en la legislación en sentido cada vez más punitivo, la injerencia mayor de la justicia militar en el juzgamiento de civiles y, sobre todo, transformaron la subjetividad social a partir de convertir la relación vida-muerte como objeto de la política con la consiguiente pérdida de valor de la vida humana, la transgresión de los límites civilizatorios y los umbrales de tolerancia de la sociedad así como la aceptación de los castigos del Leviatán hasta el límite de la desaparición forzada de personas. (Rico, A., 2004, p. 141)

La violencia política, significó una catástrofe social de proporciones incalculables, que alteró toda forma de vida política y social. Afirmación sustentada en la letra de la Ley de Reparación Integral (18.596); se declara que el Estado uruguayo se apartó del mandato de La Ley y fue responsable de grandes crímenes durante el transcurso de dos etapas consecutivas:

Artículo 1°.- Reconócese el quebrantamiento del Estado de Derecho que impidiera el ejercicio de derechos fundamentales a las personas, en violación a los Derechos Humanos o a las normas del Derecho Internacional Humanitario, en el período comprendido desde el 27 de junio de 1973 hasta el 28 de febrero de 1985.

Artículo 2°.- Se reconoce la responsabilidad del Estado uruguayo en la realización de prácticas sistemáticas de tortura, desaparición forzada y prisión sin intervención del Poder Judicial, homicidios, aniquilación de personas en su integridad psicofísica, exilio político o destierro de la vida social, en el período comprendido desde el 13 de junio de 1968 hasta el 26 de junio de 1973, marcado por la aplicación sistemática de las Medidas

Prontas de Seguridad e inspirado en el marco ideológico de la Doctrina de la Seguridad Nacional.<sup>15</sup>

Se trata de crímenes perpetrados por agentes del Estado, que al igual que en demás dictaduras de la región, se inspiró en la Doctrina de la Seguridad Nacional; promotora de la construcción de un enemigo interno denominado “subversivo”.

Dicha doctrina -impregnada del maniqueísmo propio del pensamiento totalitario- dividía la sociedad en dos campos. De un lado aquellos individuos “libres de sospecha”, sin antecedentes de “peligrosidad ideológica”, posibles de ser incluidos sin ningún grado de conflictividad dentro del “nuevo orden”. Del otro, aquellos que, en tanto cuestionadores de los principios esenciales del “ser nacional”, son considerados “enemigos”. Se desdibujaron los límites entre el hacer, el decir y el pensar; entre el pasado y el presente. Todo era punible. Cualquier indicio de “oposición” era suficiente para que la persona y sus allegados fueran excluidos, colocados fuera de la sociedad. (Giorgi, V., 1995, p. 55)

En el libro *Maternidad en prisión*, se cita una Declaración de las Fuerzas Armadas (febrero de 1973), en la que observa la amplitud de la categoría subversivo:

Las Fuerzas Armadas están obligadas a empeñar hasta el último de sus esfuerzos para combatir y extirpar la subversión, que está integrada por todos aquellos actos o situaciones ajenos al derecho público, al estilo de vida autóctono y a la escala básica de valores morales, que deterioraron el ordenamiento institucional, social, moral y económico nacional. (Jorge, G., 2010, p.20)

La dictadura se propuso construir un nuevo “proyecto de nación”. Al decir de Giorgi, V. (1995, p.55), basado en el principio de autoridad, el ataque a las iniciativas colectivas y la redefinición de las FF.AA. como tutores y reservorio de la “moral nacional”. Según SERPAJ (1989, p.111) la acción represiva se dirigió a un grupo heterogéneo y cada vez más vasto; la genérica categoría subversivo calificaba como tales, desde miembros de organizaciones armadas hasta personas de organizaciones con actividad pacífica e incluso ni siquiera política. Todos podían habitar las cárceles y ser objeto de torturas, so pretexto de haber sido designados “enemigos de la patria”.

Al día de hoy, hay acuerdo en que el terrorismo de Estado aplicado en el Cono Sur de América Latina al unísono, contó con directivas y apoyo de EE.UU.; formó parte de su estrategia mundial de combate al comunismo y tuvo el propósito de desplegar una nueva etapa

---

<sup>15</sup> Ley No. 18.596 del 18 de setiembre de 2009 de Reparación Integral a las víctimas de la actuación ilegítima del Estado

del capitalismo (Gil, D., 1990). Razón que explica el hecho de que los gobiernos dictatoriales actuaran en forma coordinada, como si se tratara de un solo cuerpo, bajo las directrices del denominado plan “Operación Cóndor”. Sorprenden las similitudes entre hechos acaecidos en la región. En la tarea de perseguir a militantes políticos las fronteras no funcionaron como barrera, los prisioneros eran detenidos tanto en un país como en otro. Respecto a las similitudes vale observar la definición de terrorismo de Estado, que propone la Secretaría de DD.HH. del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (Argentina), la que permite explicar igual fenómeno producido en Uruguay:

El Terrorismo de Estado fue una metodología precisa y sistemática, producto de un plan político para la región que estaba inmersa en procesos y luchas populares de liberación, con el objetivo de destruir y dismantelar todas las estructuras sociales, culturales, civiles y políticas. Además, esto permitió instalar un proyecto político económico que sumió a la Argentina en un plan de empobrecimiento y endeudamiento ininterrumpido. (2006, p.16)

El terrorismo de Estado, haciendo un paralelismo con las palabras de Levi, P. (2008), con poderosas armas de disciplinamiento para imponer su ideología: la educación y la propaganda; impuso una barrera para no permitir la pluralidad de ideas y utilizó de manera sistemática el terror. Feierstein, D. (2009, p. 20) añade al terror la desarticulación de toda oposición al modelo pro-norteamericano, utilizando tareas de inteligencia para controlar a la población y creando fuerzas estatales o para-estatales para cometer actos criminales.

Una característica peculiar de la dictadura uruguaya, fue la de haber instalado una escala de estratificación que definía la “peligrosidad” de los ciudadanos. La sociedad fue dividida en las categorías A, B y C. Donde “A” significó ninguna peligrosidad, “B” peligrosidad media y “C” peligrosidad absoluta. Quienes ingresaban a la Universidad de la República o eran empleados públicos, fueron clasificados. Rico, A. (2009, p. 157) señala que ocurrió a un número cercano a los 300.000 uruguayos; aquellos que hubiesen sido procesados, detenidos o “fichados” por los detentores del poder, pasaron a engrosar la temida categoría C.

De acuerdo al Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (2002), los principales crímenes perpetrados por el terrorismo de Estado uruguayo fueron: asesinatos políticos, deportación o traslado forzoso, encarcelación política, tortura, violencia sexual, persecución a colectivos por motivos políticos, desaparición forzada de personas -al extremo de la peor de las crueldades: el robo y apropiación de menores-.

## **II.2. La tortura y sus propósitos**

La tortura fue una práctica inmemorial que nunca dejó de aplicarse en América Latina y que durante las dictaduras se focalizó en los militantes políticos y sociales. En Uruguay con

anterioridad a la aplicación del terrorismo de Estado, existieron tratos crueles e inhumanos dirigidos a prisioneros comunes. Sin embargo, fue en la lucha contra los movimientos revolucionarios de la década del 60, que la tortura adquirió relieves nunca vistos, se transformó en una práctica sistemática, para la que se capacitó y entrenó a militares y policías.

El fenómeno de la tortura -a decir verdad- no era nuevo en el país, aunque a esa altura de los acontecimientos había cobrado una intensidad antes desconocida. A mediados de los años sesenta la Policía había empezado a torturar a los militantes de las organizaciones armadas o de intención revolucionaria, pero la práctica era de vieja data con delincuentes comunes e integrantes de las clases subalternas (véase al respecto lo que han señalado Carlos Real de Azúa: 33-34, 138 (nota 301 y Carlos Demasi, 1999b). (Corti, A., 2004, p.55)

La Investigación Histórica amplía la información:

La aplicación de la tortura como tratamiento para los detenidos políticos pasó de ser una excepción –denunciada y documentada en el año 1970 por un Informe de la Cámara de Senadores–, a convertirse en una práctica generalizada, como fue constatado por la Comisión Investigadora Parlamentaria de la Cámara de Representantes<sup>16</sup> en el año 1985. (2008, Tomo II p. 263) (...) El informe parlamentario hizo ver que las torturas ya se aplicaban a presos comunes y que éstas no eran denunciadas por temor a las represalias de las autoridades. Lo mismo sucedió con los detenidos estudiantiles y gremiales en el período comprendido entre 1968 y 1970, la mayoría de ellos sometidos a torturas. Pero es a partir de la nueva situación legal que se instauró en el país en 1972 – tras la aprobación de la Ley de Seguridad y del Orden interno del Estado–, con el pasaje de todos los presos políticos a la justicia militar, que la práctica de la tortura alcanzó niveles generalizados y sistemáticos.(p. 265)

Al hablar de tortura, se tomará la definición que propone ONU (1987):

A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas. (Parte I Artículo 1)

Giorgi, V. (1995) plantea que el detenido era el exponente de la ideología que se buscaba destruir. *"Importaba quebrar la moral y la autoestima del detenido, pero también la imagen que de él tenían sus compañeros y la población en general."* (p.56)

La tortura tal cual se aplicó en Uruguay, no constituyó un exceso de ciertos sectores de

---

<sup>16</sup> Comisión Investigadora Parlamentaria sobre situación de personas desaparecidas y hechos que la motivaron. Cámara de Representantes. Informe Final 1985. Acta N° 34

las FF.AA., ni un error, ni una expresión de sadismo perverso. Tampoco fue un derivado de la “lógica de los hechos”, inherente a una confrontación bélica como se dice textualmente en los fundamentos de la “Ley de impunidad”. Fue un instrumento central en la estrategia para impulsar un proyecto histórico que pasaba por la desarticulación de la sociedad civil y el sometimiento del conjunto de la población a un principio de autoridad basado en el terror. (Idem, p.59)

Respecto a los propósitos de la tortura, Gil, D. (1990, p.95) explica que desde el momento de la detención, generalmente acontecida en horas de la madrugada, se persiguió que la persona se sintiera sola e indefensa; a través del uso de capuchas, vendas y esposas se buscó alterar las coordenadas temporo-espaciales.

Los detenidos eran llevados a centros clandestinos en los que se los sometía a tortura. De igual manera aconteció en otros países del Cono Sur. Como se desprende del Informe de la Comisión Nacional de Prisión Política y Tortura (2004, p.591):

Las torturas se aplicaban casi siempre, en lugares donde el detenido se encontraba incomunicado o en recintos secretos de detención, sin límites de tiempo ni restricciones en los procedimientos, y sin que las autoridades reconocieran esas prácticas, pese a que ellas eran empleadas a escala nacional por agentes del Estado o personas a su servicio.

Diversos autores reflexionan sobre los cometidos de la tortura desde una mirada psicoanalítica. Entre ellos, Gil, D. (1990, p. 21) sostiene que la tortura es una práctica científicamente planificada para desmontar los mecanismos de la identificación primaria, que se propone llevar al torturado a la destrucción de su yo y de su mundo simbólico, de este modo esas singulares vivencias queden en un registro anterior al del lenguaje. Aunque la tortura se aplica sobre el cuerpo (Idem, p. 84-85), persigue el objetivo de humillar, anular, transformar a la persona en alguien sin ideales ni expectativas, sin voluntad y sin confianza, convertirlo en un ser sometido. Propone la noción “*pedagogía del miedo y el terror*” la que busca fundar un sistema de control al mismo tiempo que se propone destruir al “opositor”.

La tortura crea en el sujeto una situación de dependencia absoluta que intenta dejarlo inmerso en una agonía primitiva con sentimientos de fragmentación y amenaza de suspensión de su continuum de vida (existencia), siendo el otro (el torturador) alguien que lo desconoce como ser viviente (Idem, p. 91).

Muchas víctimas sostienen que en el *a posteriori* de la tortura hay un aspecto que no puede ser transmitido porque no hay palabras que alcancen a expresar lo vivenciado. El equipo de Salud Mental de C.E.L.S.<sup>17</sup> (1989, pp. 79, 80), formula una explicación al respecto.

---

<sup>17</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales – Argentina. Fundado en 1979.

Consideran que la tortura es una experiencia de desintegración en la que el Yo se halla constantemente bajo la amenaza de disolución; el ataque es tan masivo que el sujeto fantasea y ansía la muerte. Establecen un paralelismo entre las primeras experiencias de indefensión humana en el que la vida depende de un Otro -madre- que al libidinizarlo posibilita la cohesión del Yo, y la tortura. Entendiendo, que en esta última el sujeto sería llevado a una situación de máxima indefensión, en la que el torturador sería el único Otro disponible al que el sujeto tendría acceso. La humillación y la culpa por esa dependencia involuntaria provocarían vivencias que entrarían en la categoría de lo inenarrable, a modo de silenciar parte de esa experiencia. Sostienen que aquello imposible de simbolizar es lo que posteriormente hace síntoma. Similar hipótesis formula Viñar, M. (1993) cuando propone que el torturador queda en posición de un Otro todopoderoso, tan poderoso cuanto más sea la indefensión del torturado.

Pedro rellena el agujero insostenible de su indefensión con la imagen de su enemigo, transformada en fascinación, madre terrorífica pero presente. Pepe puede mediatizar esta propuesta de lo inmediato, entregando el cuerpo al sufrimiento y recreando un mundo evocado, en la alucinación, en el cual recupera su inscripción simbólica. (p. 64)

El gran dilema de la tortura como explican Lira, Becker y Castillo, es que el torturador le impone al torturado un sistema a través del cual, la persona o bien se deja violentar hasta el extremo de, quizás llegar a la propia muerte, o bien delata a sus compañeros, exponiéndolos a la tortura o a la muerte.

El trauma de la tortura, tiene la especificidad de configurar una situación de "doble vínculo" porque en una circunstancia de máxima inermidad, despojo, arbitrariedad y violencia, se le exige a la víctima que opte: entre su integridad física por una parte, y su integridad psíquica y moral, por la otra. Entre él mismo y sus compañeros. Entre la integridad de su familia y la integridad de su organización. (...) En otras palabras, se trata de una situación paradójica, donde, por un lado, se despoja al ser humano de todo lo que le permite identificarse como tal y, por otro, se le da el poder de decidir sobre cuestiones sobre las cuales no se puede decidir, sin salir profundamente destruido, en aspectos esenciales de sí mismo. (1989, p.33, 34)

La tortura persigue el propósito de afectar la identidad del sujeto. Kordon et al. (2002) definen identidad como: *“el conjunto de representaciones y la valoración que un sujeto posee de sí, que le produce un sentimiento de mismidad y que le permite mantener la cohesión interna a lo largo del tiempo”* (p.92). Estos autores hablan de la vivencia de soledad extrema experimentada en la tortura; en la que el torturador reafirma la idea de que dispone de todo el tiempo posible, y que lo utilizará a su discrecionalidad. Con una mirada psicoanalítica, subrayan la idea de que la tortura afecta aspectos arcaicos de la personalidad. *“La vivencia de soledad extrema está dada también por este carácter de la tortura, de afectar el núcleo más personal y básico de la identidad como es el cuerpo (el primer yo es el yo corporal)”*.

Viñar, M. (1993) rechaza el tratamiento clásico que reciben las víctimas de tortura, porque sólo son vistas como cúmulo de síntomas y no como piezas claves dentro de un macabro plan dirigido a modificar sociedades; propone la siguiente definición de tortura:

La tortura es todo dispositivo intencional, cualesquiera sean los medios utilizados, puesto en práctica con la finalidad de destruir las creencias y convicciones de la víctima para despojarla de la constelación identificatoria que la constituye como sujeto. Ese dispositivo es aplicado por los agentes de un sistema de poder totalitario y está destinado a la inmovilidad, a través del miedo, de la sociedad gobernada. (Idem, p. 49) (...) En otros términos, la tortura opera en el espacio social como un referente simbólico de punición, cuyos efectos trágicos apuntan no sólo a las víctimas directas, sino que la resultante buscada en eco es el amedrentamiento y la parálisis del grupo social. (p. 61)

Bermann, S. (1994, p.16) se pregunta con qué métodos “científicos” se buscan poner en marcha mecanismos psicológicos que lleven al torturado a la demolición: privación sensorial, desamparo total, dolor físico intolerable, ambigüedad, atemporalidad, se confunde la situación actual con viejos temores, el cansancio extremo, todo lo cual hace que la persona sienta que pierde el propio cuerpo. En este proceso describe tres etapas por las que atraviesa el torturado: 1) en la que el verdugo tiene como meta lograr el aniquilamiento del individuo, la destrucción de sus valores y convicciones. 2) la que busca hacerlo llegar a una experiencia límite de desorganización de la relación del sujeto consigo mismo y con el mundo, esta sería “la demolición”. 3) la de resolución de la experiencia límite: termina la crisis y se produce la organización de una conducta sustitutiva.

Salvando las distancias, sin pretender homologar un sistema total que operó como maquinaria de destrucción de la sociedad, a la situación actual, observamos que aún persisten actos inhumanos o degradantes en centros de detención y comisarías -incluyendo el trato que reciben los menores infractores-. Nuestro país ha carecido de una narrativa de fuerte repudio social al flagelo de la tortura. Sin desconocer ciertos avances, hoy la mayoría de las cárceles continúan siendo lugares indignos, que no logran cumplimentar su finalidad de rehabilitación.

Scapusio, M. (2011b) agudiza la crítica:

El trabajo sobre la Memoria y sobre lo político nos permitirá ver que hoy como antaño, las políticas de seguridad (que justifican determinadas acciones policiales), el sistema penal (que valida y justifica las decisiones judiciales) y la propia cárcel (que ratifica el empobrecimiento y la exclusión) van definiendo y delineando el tipo de violencia que vivimos. (...) De la misma manera deberíamos centrar nuestra atención en las formas en que se vino operando el pasaje de la doctrina de la Seguridad Nacional, fundamento del terrorismo de estado, a las doctrinas de la Seguridad Pública o la Seguridad Ciudadana, caballitos de batalla de los gobiernos neoliberales que sucedieron a las dictaduras en la mayor parte de nuestro continente.



### II.3. Los modos de la tortura

Deutsch, A.<sup>18</sup>, (2007, pp. 107-110), divide los métodos de tortura en física y psicológica. Entre los que se dirigen al cuerpo detalla: picana eléctrica, parrilla, golpizas, tortura con agua, quemaduras con cigarrillos, despellejamiento, extracción de uñas, plantones, teléfono, tortura sexual, tortura religiosa, tortura ambiental, desaparición forzada. Entre los métodos de tortura psicológica describe: agotamiento o debilitamiento a través de privación de agua, alimentos y sueño, aislamiento, monopolización de la percepción (sonido agudo, luz encandiladora, oscuridad), amenazas de muerte o simulacros de ejecución, presenciar tortura a otros.

En Uruguay se puede afirmar que prácticamente todos los prisioneros durante el terrorismo de Estado fueron sometidos a algún tipo de tortura. SERPAJ (1989) afirma: sólo un 1% entre los hombres y 2% en las mujeres, declaró que no había sido torturado. (p.144).

Los métodos descritos por SERPAJ (1989) son:

(...) capucha, plantón, golpes, amenazas, impedimento de ir al baño, hambre, sed, picana, submarino, simulacros, colgamiento, testigo de tortura a otros detenidos, grabaciones, caballete, drogas-inyecciones, testigo de tortura a familiares, violaciones, testigo de violación, quemaduras, tortura con animales, sentón, submarino seco, arrastre, submarino al corazón, testigo violación a familiares, desnudo, esposas. (p.151)

Yarzabal, L. (1985, pp. 77-79) añade: “exposición al frío y vejaciones sexuales, y entre las técnicas psicológicas señala: aislamiento, despersonalización, sanciones, limitación de actividades manuales y/o intelectuales, simulacros de fusilamiento”.

La Investigación Histórica, refiere a “La dimensión de Género de la Represión”, señala los principales métodos de tortura aplicado a mujeres: caballo de madera, picana, submarino, testigo de torturas a familiares, torturas a embarazadas, violación, (2008, Tomo II, pp.267-269). En el Apartado 4, “la tortura física”, detalla los principales métodos aplicados a todos los prisioneros: plantones, encapuchamiento, picana eléctrica, “submarino” o “tacho”, colgamiento, golpizas y lesiones corporales, violaciones, simulacro de fusilamientos, caballete, estaqueamientos, utilización de drogas. (2008, Tomo II, pp. 415-421)

El tiempo de tortura varió entre algunos días a cuantiosos meses. Algunas/os prisioneras/os fueron sometidos a torturas físicas en reiteradas ocasiones a lo largo de los años de cárcel. El tiempo de detención varió entre meses hasta 14 años. SERPAJ (1989) establece

---

<sup>18</sup> Psicóloga cofundadora del Programa para Víctimas de Tortura (PVT) en Los Ángeles. Cuenta con amplia experiencia en atención a víctimas de tortura exiliadas en EEUU. Ha realizado peritajes psicológicos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

que la mayoría permaneció en prisión de entre 3 a 8 años. Dicha investigación calcula el tiempo de prisión promedio, señalando que la media para los hombres fue de 6.6 años, algo mayor que la de las mujeres que se ubicó en 5.7 años (p.118).

#### **II.4. Las cárceles políticas en Uruguay**

Luego de la permanencia en centros clandestinos de detención, donde los prisioneros eran sometidos a torturas e interrogatorios; tiempo en el que permanecieron incomunicados y por tanto “desaparecidos” (Gil, D., 1990; Rico, A., 2009) en forma temporaria -sus familiares desconocían el paradero y su condición de preso-; eran trasladados a centros penitenciarios. *“El lapso temporal de la desaparición variaba y era interrumpido cuando la persona reaparecía con vida y su situación “legalizada” mediante su presentación ante la Justicia Militar y condena por años en establecimientos penales oficiales.”* (Rico, A., 2009, p. 144)

Giorgi, V. (1999) sostiene que la prisión se propone continuar lo que comenzó en la tortura. *“Los sentimientos de vacío, fracaso, desvalorización, culpa y resentimiento, son el terreno propicio sobre el cual el sistema carcelario continuará su tarea”.* (pp. 114, 115) Existieron centros de reclusión por todo el país. Entre ellos, dos fueron paradigmáticos de ese período, especialmente diseñados para alojar y martirizar a presos políticos: el Penal de Libertad o EMR No.1 para hombres y el Penal de Punta de Rieles o EMR No.2 para mujeres.

Los militares se propusieron modificar la forma de pensar de sus oponentes, llevarlos al arrepentimiento y la delación. Así lo demuestra un documento militar citado en la Investigación Histórica, (Tomo II, pp. 310-311) referido a la cárcel de mujeres EMR 2, titulado “Estudio psicológico de las reclusas según las experiencias vividas”:

La acción psicológica debe encararse sobre la personalidad de aquellas reclusas, sobre las cuales se pretende influir; han de crearse determinados estímulos que obren sus efectos para así obtener modificaciones de conducta. (...) Aparte de esto es de destacar que el cambio de conducta lo podremos apreciar mientras la reclusa esté detenida aunque la verdadera vida y línea de conducta se definirá en forma real cuando ella salga en libertad; siendo este momento incontrolable para nuestras fuerzas.

Era intención de los militares doblegar y derrotar ideológicamente a los prisioneros. Rico, A. (2009) sostiene que el fenómeno de la prisión prolongada, elegido por el régimen militar uruguayo, se contextualiza en la construcción de una “sociedad criminal” y en la “policialización de las funciones del Estado:

(...) las tecnologías de poder de la dictadura uruguaya –a diferencia de la argentina y chilena–, parecen haberse orientado más hacia la dominación de la voluntad del enemigo, (derrotar su “predisposición conocida hacia la guerra”, según Hobbes), que a su exterminio físico inmediato (objetivo de la guerra). La masividad que asumió el sistema carcelario en la época y los métodos aplicados a los prisioneros durante años parecen ir en dirección a cumplir ese objetivo de dominar la voluntad de resistencia.

(Rico, A., 2009, p.151)

Sin embargo, al parecer, este propósito no alcanzó mayores resultados. Los E-PP desarrollaron fuertes mecanismos de resistencia individuales y colectivos; siendo mínimos los casos de prisioneros que colaboraron con el régimen. Al no alcanzar la meta de forzar al arrepentimiento respecto a filiaciones militantes, ideas o principios morales, los militares destinaron gran parte de sus energías en la tarea de ocasionar daño psíquico a los reclusos; “quebrarlos”, llevarlos a la alienación.

Giorgi, V. (1999, p.115), sostiene que los carceleros se propusieron evitar que las cárceles se convirtieran en espacios conocidos y seguros. Fueron permanentes los cambios, la alternancia entre los tiempos de “aflojes” y de “aprietes”, alteraciones del régimen de visitas, incertidumbre respecto a la condena, con el fin de mantener las vivencias de vulnerabilidad, amenaza permanente y soledad.

En Uruguay, es sabido que las cárceles de la dictadura se propusieron la destrucción psíquica de los prisioneros, oficiaron como laboratorios productores de constante estrés.

(...) tal como se consigna en el informe de Eddy Kaufman, de Amnesty Internacional, el 27 de junio de 1976 ante la Comisión de Relaciones Exteriores de la Cámara de Diputados de los EE.UU., en el Penal de Punta de Rieles se instrumentó el objetivo que el Mayor A. Maciel, Director del Penal de Libertad, definió con la frase: “No los liquidamos cuando tuvimos la posibilidad y encima tendremos que largarlos. Debemos aprovechar el tiempo que nos queda para volverlos locos”. (Gil et al., en *La vida diaria en una cárcel política como sistema de tortura*. 1990, p. 136)

Distintos autores (Gil, D., 1990, p. 120; Giorgi, V., 1999, p.115) comparan estas cárceles con el panóptico descrito por Foucault; no sólo por su distribución espacial y arquitectónica, sino y fundamentalmente, como sistema de vigilancia: escuchaban y grababan las conversaciones que se realizaban telefónicamente en las visitas, leían y censuraban la correspondencia, se vivía en la constante sospecha de micrófonos ocultos, se realizaban entrevistas psicológicas, se hacía creer al detenido que “ellos” todo lo sabían.

Gil et al. (1990) describen la vida diaria en una cárcel política, narran lo impredecible de la vida en reclusión (p. 126), vida pautada por un poder omnipresente, caprichoso, irracional, absurdo y arbitrario. Al referirse a la cárcel de mujeres, sostienen que el sistema carcelario se mostró simultáneamente represor y permisivo, acentuando uno u otro de manera imprevisible buscando un efecto confusionante (Idem, p. 134). Tomando como base los relatos de las ex presas políticas, formulan la hipótesis de que *“todo el sistema carcelario, como ataque organizado al psiquismo humano, buscó crear un mundo loco y caótico”*. (Idem, p. 139).

Martín, A. (2002, p. 204-205) detalla una serie de medidas torturantes habituales en las cárceles políticas y las asemeja a las prácticas nazis en los campos de exterminio: rutinas de

vida arbitrarias (alimentarias, higiene, sueño), dificultades para el contacto con el afuera (restricción de visitas, censura lecturas), criterios de selección psicopatológicos o por diferencias políticas para elegir quienes permanecerían en la misma celda, identificación con un número, uso del uniforme y corte de pelo.

Según el Manual de disciplina para reclusos que era entregado a la llegada al EMR N° 1<sup>19</sup> (citado por Rico 2009, p. 152), la vida cotidiana dentro de la prisión se regía por la disciplina militar, en un sistema guiado por el orden y la limpieza. Todo estaba reglamentado, los horarios, las formas de realizar la higiene personal y de la celda, el corte de pelo, los útiles permitidos, los recreos, las visitas, vestimenta, tenencia de objetos personales, realización de manualidades, la correspondencia. Sin embargo, las censuras eran, además de muchas, cambiantes y arbitrarias. Por ejemplo el uso de objetos que simbólicamente podían representar un mensaje de libertad o de esperanza. Estaba prohibido realizar manualidades con figuras como: palomas, sol azteca, rosa, estrella de cinco puntas, puño. Algunas de las causales de sanción podían ser:

(...) contestar en forma incorrecta a personal Militar; llevar las manos en los bolsillos en formación; no pararse al mandar ATENCIÓN a un Sr. Oficial; andar con el mameluco desprendido; tener ropa u otros objetos en la ventana; pretender hablar con un Vigilante sin causa justificada; demorar en obedecer órdenes recibidas; pretender hacer indicaciones fuera de lugar; reírse en formación; tener la cama distendida; tener la canilla abierta sin causa justificada; encontrarse acostado sin causa justificada; pretender familiarizarse con el personal; tener bigote que excede las comisuras. (Rico, A., 2009, pp. 152, 153)

Pese a que los centros de reclusión fueron pensados por el mismo sistema opresor, - abundan ejemplos que ilustran similitudes entre ellos-, el tratamiento hacia hombres y mujeres tuvo ciertas diferencias. Para el caso de las mujeres se observa: nacimientos en prisión y maternidad en cautiverio hasta que los niños alcanzaran la edad de dos años, secuestro de bebés, uso de grabaciones con voces infantiles en las salas de tortura a modo de hacerle creer a la prisionera que eran sus hijos, violencia sexual y de género, prohibición de visitas a hijos.

Referido al trato hacia las mujeres, la Investigación Histórica (Rico et al, 2008), recupera un Informe redactado por la “Comisión Especial Investigadora” creada por el Senado de la República, presentado ante esta Cámara el 10 de Junio 1970:

“Los elementos de juicio analizados permiten señalar que el trato humano dado a mujeres detenidas se ha convertido en algunos casos, además, en trato vejatorio como jamás antes se ha conocido en la historia del Uruguay, hiriendo no sólo el sentido elemental del decoro sino que produciendo un agravio insuperable al propio respeto a características inherentes a normas de caballerosidad y expresiones de virilidad que

---

<sup>19</sup> Principal cárcel masculina que alojó a un número cercano a los 3000 presos políticos.

nunca antes se ha documentado han sido quebrantadas.” (Tomo II p. 265)

Los cambios en el contexto político posibilitaron experiencias diferentes según el momento en que las personas eran liberadas. No fue lo mismo para quienes obtuvieron la libertad en los peores años de la dictadura, que para quienes fueron liberados en el tramo final. Estos últimos, contaron con apoyo social, una parte de la sociedad los reconocía como luchadores dignos de admiración. Los E-PP podían acudir a ONGs, u a organismos del Estado; recibieron apoyo para acceder a vivienda y/o empleo, recuperaron su trabajo los empleados públicos. En cambio los primeros, las más de las veces sufrieron discriminación, no les resultó nada sencillo proveerse de un empleo, no se les permitió continuar estudiando en la enseñanza pública<sup>20</sup>. Vivencias que Horvitz (1991) nomina como “trauma de la libertad.” Al salir en libertad, hubo quienes encontraron sus familias desmembradas o a familiares que les dieron la espalda. Según SERPAJ (1989, p.118) *“Todo ex - detenido, al hallarse en libertad, sentía pender sobre sí la espada de Damocles de un regreso tras las rejas.”*

## II.5. Sobre el resistir

Sin abundar en esta temática, la que merece ser investigada en profundidad; requiere una mención especial el análisis de las formas que encontraron los E-PP para defenderse ante el poder omnipresente de la maquinaria torturante.

En primer lugar es de resaltar los mecanismos de resistencia utilizados durante la tortura, algunos en forma consciente y otros como mecanismos de defensa inconscientes. Quien logra atravesar los martirios sin quebrarse, resulta fortalecido. Bermann, S. (1994, p.16), sostiene *“(…) quien puede sobrevivir y resistir a ese infierno, sin delatar ni quebrarse, lleva también un justo orgullo, por haber sido capaz de resistir en base sus convicciones humanas y políticas.* La autora menciona algunos mecanismos que otorgan fortaleza para evitar la demolición: a) perder el miedo a la muerte por medio de aferrarse a ideas superiores como los ideales o la fe religiosa; b) la disociación; c) el odio, “el no darles el gusto” (sentimiento que puede ponerse a prueba cuando entre los verdugos aparece alguno que oficia el papel “del bueno” y busca hacer dudar a la víctima).

Existe extensa literatura de autoría de los E-PP uruguayos, a través de la cual se puede observar, diversas formas que hallaron para no someterse a los deseos de sus represores;

---

<sup>20</sup> La Asociación de ex Presos Políticos (CRYSOL) ha recordado esta situación a la hora de reclamar la pensión reparatoria para quienes se vieron perjudicados, en su desarrollo profesional, laboral y económico por la detención y posterior falta de oportunidades.

tanto a en lo individual como en lo colectivo, se resistieron. Esa capacidad de resistencia potenció la creatividad enfocada a burlar a los represores, y de esa forma, mantener un espacio en el que el represor no pudiera ingresar: se crearon lenguajes secretos, atesoraron objetos que escondieron de la mirada del carcelero, hallaron formas de enviar noticias hacia el exterior sin ser descubiertos en los controles. Se relatan anécdotas, que dan cuenta de cómo se burlaron las reglas de los represores, con la suficiente habilidad para evitar las represalias. Fenómenos que podrían explicar al hecho de que, mayoritariamente los E-PP, no se “quebraron”. Quizá el saberse internamente libres, posibilitó procesos de dignificación. Situación que permite establecer diferencias entre las cárceles políticas uruguayas y los campos de exterminio de la segunda guerra mundial. En primer lugar porque las primeras, mayoritariamente, no condujeron a la muerte; por estos lares no se registró con aquella frecuencia la figura del “musulmán” descrita por Levi, P. (2001); ni abundan relatos referidos a situaciones en que las víctimas compitieran entre sí, en la lucha por sobrevivir.

Alguna/os prisioneras/os narran haber alcanzado disociar el cuerpo de la mente. Relatan que no era posible evitar la dominación que se ejercía sobre sus cuerpos; los verdugos podían hacer con él lo que quisieran; sin embargo, muchos dan cuenta de haberse aferrado al infranqueable resguardo del sí mismo. Lo que se puede sintetizar en las frases: “Yo sabía que el cuerpo me lo destruían, pero a mí no me tenían” “Me estaban destrozando el cuerpo, pero la cabeza me seguía funcionando, y aunque ellos no creían yo estaba pensando” (citadas en Kordon et al., 1995, p.157). Idea a la que también alude Martín, A. (1999, p.136):

El hombre está permanentemente “eligiendo-el-ser”, independientemente de las condiciones en que se encuentre. Por más que “un-otro” limite brutalmente su existencia, siempre queda algún aspecto de-sí donde prima su voluntad. Ésta nunca será “absolutamente” libre, pero tampoco es en un absoluto prisionera.

El autor sostiene, que mientras dura el poder omnipotente, el silencio y el encierro en sí mismo pueden ser la opción para conservar la libertad e impedir el “no-silencio-muerte” que tratan de imponerle. Más abajo, para resaltar la importancia de la solidaridad; transcribe una viñeta clínica: “*Deseo estar por lo menos cinco minutos presa otra vez, sentir la solidaridad entre los compañeros. Saber con quién estoy, quién es mi aliada*” (p. 145). Los E-PP hablan de una marcada solidaridad entre todos quienes eran considerados “compañeros”, (a pesar de que también relatan conflictos entre los diversos grupos políticos). Muchos hablan de la solidaridad “como la mejor experiencia” vivida en tiempos de reclusión.

Liscano, C. desde su propia experiencia, alude a otro aspecto que sostuvo la dignidad del torturado (2001, pp. 93, 94):

(...) hay algo que hace que el torturado se sostenga. No es la ideología, ni siquiera son ideas, ni es igual ni lo mismo para todos. El torturado se agarra de algo que está más allá de lo racional, de lo formulable. Lo sostiene la dignidad. Quizá ni siquiera sea la dignidad del militante político, sino otra, anterior, muy primitiva, hecha de valores simples, aprendidos no sabe cuándo, quizá en la mesa de la cocina de su casa cuando niño, en el trabajo, en los bancos de clase. No es una dignidad abstracta sino muy específica. Es la dignidad de saber que algún día tendrá que mirar a la cara a sus hijos, a su pareja, a sus compañeros, a sus padres. (...) Para esos ojos resiste, para esa mirada futura se hunde en su propia miseria y se reincorpora, grita, miente, quiere morir para calmar el dolor; y quiere vivir para un día recordar que aún en el tormento sostuvo la dignidad que le enseñaron (...)

## CAPÍTULO III. ANTECEDENTES

### III.1 Aportes de otras investigaciones

El relevamiento de investigaciones conexas al objeto de estudio de esta investigación, permite concluir que para el caso de Uruguay, no hay evidencia empírica de estudios sistemáticos que analicen los procesos psicoterapéuticos con víctimas de tortura y prisión política, ni próximo a su liberación ni luego de décadas de ocurridos los hechos. No se han hallado investigaciones similares realizadas en la región que arrojen resultados empíricos -a través de entrevistas a clínicos-, sobre las características de las psicoterapias con E-PP.

Entre las investigaciones que componen el estado del arte del tema “trabajo psicológico con víctimas del terrorismo de Estado”, hay un avance del conocimiento en el estudio de Hails, K. (2009, -Independent Study Project: ISP), quien indaga necesidades de psicoterapia, tipos de tratamientos, así como, posibilidades de reparación desde un programa estatal en Chile. La autora analiza el trabajo del Ministerio de Salud, realizado en los equipos PRAIS<sup>21</sup> (Programa de Reparación en Atención Integral de Salud), de la V Región: PRAIS Valparaíso y PRAIS Viña del Mar. Realizado en base a entrevistas a profesionales, a usuarios y una dirigente de una organización de DD.HH. Utilizó como fuentes secundarias: informes psicológicos, libros, artículos académicos, y documentos de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. La autora explicita secuelas psicológicas y necesidad de atención en salud mental. Al hablar de las reparaciones sostiene que es frecuente que las víctimas se manifiesten decepcionadas, en tanto nada puede reparar la falta de un familiar o la experiencia de haber sido torturado. Plantea como disyuntiva, según las víctimas, que la reparación y la reconciliación resultan inalcanzables en una cultura que avala la impunidad. Sostiene que se requieren diversas modalidades terapéuticas: individual, grupal, familiar y de pareja; y que los profesionales deben recibir capacitación especializada sobre el trabajo con víctimas de violaciones a los derechos humanos. Recomienda que los servicios sean promocionados por los gobiernos, para que las personas sepan que poseen derecho a disponer de ellos. Señala como obstáculo que todavía hay personas que no quieren hablar de sus experiencias a causa de temor o vergüenza. Afirma que se observa un tabú asociado a reconocer que puedan ser portadores de daño mental. Uno

---

<sup>21</sup> Programa nacional responsable de llevar adelante la Reparación en salud dirigida a personas afectadas por la represión política. Surge en 1990 en Iquique, posteriormente se extiende al resto de Chile. Recibió apoyo económico internacional los primeros años y posteriormente se integró a la órbita del Ministerio de Salud. El programa fue creado recogiendo las recomendaciones de la Comisión de Verdad y Reconciliación.



de los entrevistados afirma que aún opera como obstáculo desconfianza hacia el Estado (p. 24). Recoge críticas de los usuarios, quienes plantean que en ocasiones los profesionales no contaron ni con la formación suficiente, ni con el “tacto” necesario para facilitar que los pacientes hablaran de la tortura. Los usuarios se quejan de que no siempre hay disponibilidad para horas de psicoterapia, que se necesitan más especialistas y responsabilizan al gobierno por estas falencias. Por otra parte, expresan dificultad para creer que psicólogos que no hayan vivenciado estas violaciones por sí mismo, puedan comprender los daños que ellos portan. Observa que en Chile las personas, en general, sienten tabú de reconocer que necesitan tratamiento psicológico, por ello, es menor la demanda de terapia individual, siendo mejor recibidos los espacios grupales. Una psicóloga afirma que asisten más los familiares, que aquellos que vivieron las experiencias traumáticas en forma directa. Por otra parte, algunos técnicos señalan que los usuarios son muy demandantes y quieren ser tratados de una manera especial (Idem, p. 23). Según la autora, los equipos PRAIS -estudiados- proponen un Plan Terapéutico para los usuarios (Idem, p. 15). El que consta de las siguientes etapas: recuperación sintomática, elaboración de la experiencia traumática, reconstrucción del proyecto histórico vital, rehabilitación psicosocial e integración. Se valora la metodología de grupos de “autoayuda” para los beneficiarios, los cuales posibilitan que los afectados no permanezcan como víctimas silenciosas (Idem, pp. 17, 18). Estos grupos realizan variadas actividades: productivas, de promoción de la identidad, culturales y sociales. Por otra parte, de acuerdo a los testimonios, las víctimas que participan en organizaciones sociales o políticas siguen encontrando razones para luchar, se sienten mejor en términos de salud mental, las personas valoran sentirse parte de algo más grande. Concluye: se sabe mucho sobre las secuelas que padece esta población, pero es menester realizar estudios para conocer en qué consiste el trabajo que se realiza. Piensa que quizá los usuarios nunca estén satisfechos con los servicios que se les ofrecen.

Resulta valioso el aporte de Lira, E. (2010) a través del artículo “*Trauma, Duelo, Reparación y memoria*”, por medio del cual detalla particularidades de las psicoterapias con víctimas. La autora reflexiona sobre el trabajo psicosocial y terapéutico efectuado en Chile durante el régimen militar (1973 – 1990). Relata las vicisitudes del proceso chileno y explica qué se entiende por reparación social, haciendo alusión a un cambio en la actitud social y cívica de las autoridades al asumir la responsabilidad por lo sucedido y sus consecuencias. Sostiene que el trabajo terapéutico y psicosocial forma parte del proceso de reparación, el que se basa en la recuperación de los recursos propios, con el fin de reconquistar su lugar de ciudadanos y ciudadanas con derechos. Realiza un recorrido en el que resalta la posición de psicólogos y

psiquiatras, en la indagación y búsqueda permanente desde una perspectiva dinámica, evitando aferrarse a los instrumentos de diagnóstico clásicos. Expone una lista de autores que les ayudaron a pensar esa nueva realidad clínica. Comprendieron que los efectos que portaban los pacientes tenían doble inscripción, eran emocionales o materiales para las personas, a la vez que, fenómenos de origen y significación política. Observa que las consecuencias dependieron de un conjunto de variables: de que la persona fuera o no militante, de su edad, sus creencias religiosas o su manera de ser.

Entre las investigaciones bibliográficas que recogen la experiencia acumulada por psicoterapeutas de países latinoamericanos, en el trabajo con perseguidos por motivos políticos, se destaca la realizada por Restrepo Ochoa, D.A. y Muñiz Gil, O (2005). Aportan una aproximación cualitativa al estado del arte sobre: violencia colectiva y salud mental en Colombia. Analizan el conocimiento alcanzado a través de investigaciones científicas y experiencias de intervención psicosocial, desarrollado con personas y poblaciones expuestas a situaciones de violencia, entre los años 1999 y 2003. Se identifican los principales modelos teóricos, disciplinarios y metodológicos en las experiencias de intervención psicosocial en salud mental, para situaciones de tres tipos de violencia: política, social y económica.

Desde otras latitudes, y referido al trabajo con refugiados políticos víctimas de tortura, se destacan dos estudios:

a) El ensayo: “*Carrascos e Víctimas. Psicología da Tortura*” (*Verdugos y Víctimas. Psicología de la Tortura*), de Sironi, F. (1999, traducido al portugués en 2011). La autora es experta en la Corte Penal Internacional de La Haya, fue fundadora del Centro Primo Levi (Paris, 2002), desde donde trabajó como psicoterapeuta con refugiados víctimas de tortura. Realiza un estudio de etnopsiquiatría sobre el vínculo entre el torturador y el torturado; un análisis psicológico y socio-político acerca de la instalación premeditada de métodos de tortura. Aporta la noción “traumatismo intencional” en el análisis de las particularidades de esta clínica. Considera relevante el trabajo terapéutico sobre los aspectos que la influencia del torturador puede haber dejado en el psiquismo del torturado.

b) Montagut, M. (2012). Tesis Doctoral en Sociología: *Les possibilités d’être après la torture. Sociologie clinique du Systeme torturant*. (Las posibilidades del después de la tortura. Sociología Clínica de un Sistema torturante). Université Paris – Diderot, Paris VII. La autora plantea que el problema de la tortura debe ser aprehendido desde un punto de vista sociopolítico. Se propone el objetivo de analizar el sistema de tortura, su lógica, sus desafíos y sus efectos. El diseño se basó en estudio de casos y entrevistas semi-estructuradas a ex – pacientes. Se arriba a la idea de que hay efectos a largo plazo y que los mismos alteran la

dimensión poética del pensamiento.

Actualmente en la Facultad de Psicología<sup>22</sup> (Universidad de la República-Uruguay) se realizan dos investigaciones:

1. *Proyecto V.I.V.O. – Uruguay* (proyecto I+D de CSIC<sup>23</sup>) A cargo de: Loarche, G; en equipo con: Robaina, M.C; Tabasso, F.; Vieytes, S.; Montero y F.; Stevenson, A. (2012). Aún en etapa de análisis de la información cualitativa; efectuada en base al cuestionario elaborado por el Grupo de Acción Comunitaria de España (GAC - Pérez-Sales et al.<sup>24</sup>), aplicado a 250 personas, y a entrevistas en profundidad. El cuestionario evalúa los impactos vitales provocados por experiencias traumáticas. Se aplicó a: estudiantes de psicología, víctimas de un accidente con locomotora (2006), víctimas de inundaciones, víctimas de terrorismo de Estado. De éstos últimos, se contó con 34 cuestionarios, de los cuales 20 fueron respondidos por E-PP. Por otra parte, se realizaron 13 entrevistas en profundidad a informantes calificados vinculados al trabajo con los efectos del terrorismo de Estado (7 E-PP, 3 psicólogos que trabajan con víctimas, 2 personas vinculadas a programas estatales de reparación, 1 abogado de DD.HH.). El Dr. Pérez-Sales, P., realizó un análisis de los 34 cuestionarios; estableciendo una comparación entre los cuestionarios completados por E-PP y los de otras víctimas del terrorismo de Estado; a partir del cual arriba a las siguientes conclusiones<sup>25</sup>:

a. Usando la prueba T de Student con corrección de Bonferroni se observa que hay dos escalas significativamente diferentes: los ex - presos tienen una actitud más negativa ante el mundo respecto a la búsqueda de lógica, el azar, aceptar la ambigüedad y para ellos es más relevante poder narrar su experiencia.

b. Los ex - presos toleran significativamente peor la ambigüedad y la incertidumbre en la vida, consideran que tienen menos confianza en sí mismos a raíz de los hechos vividos, se sienten algo más distantes de la gente y con menos capacidad de querer a otros, tienen menos problemas para poner palabras a lo que han vivido y consideran importante dar testimonio.

c. En los E-PP no sólo no aparece -aparentemente- daño, sino que hay una actitud de reclamarse como supervivientes y de dar una visión de la vida, el sentido de la misma y el modo en que les afectó la experiencia, extremadamente positiva, siendo difícil saber si esto obedece a

---

<sup>22</sup> Instituto de Psicología de la Salud.

<sup>23</sup> Proyecto de Investigación y Desarrollo. Comisión Sectorial de Investigación Científica – Universidad de la República (UdelaR)

<sup>24</sup> Pérez-Sales, P., Eiroa-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A., & Vergara, M. (2012). Vivo Questionnaire: A Measure of Human Worldviews and Identity in Trauma, Crisis, and Loss—Validation and Preliminary Findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17(3), 236–259

<sup>25</sup> Resultados inéditos

una cierta deseabilidad social (presentarse como “los” supervivientes ante los demás) o a la realidad del modo en que los hechos de prisión y tortura impactaron en su visión del mundo.<sup>26</sup>

2. Por otra parte, en la pasantía titulada: “Trabajo Psicológico con personas afectadas por terrorismo de Estado”<sup>27</sup> se está investigando: “Datos Patronímicos y Motivos de Consulta en usuarios de CO.SA.ME.DD.HH.”, en base al registro de las historias clínicas. Se ingresó a una base de datos información de 176 consultantes, de un total de 440. De este estudio, se arriba a los siguientes hallazgos cuantitativos primarios:
- De acuerdo a la **categoría de usuario** han consultado: 44,3% ex presos políticos; 43,2% familiares de presos políticos<sup>28</sup>; 5,7% des-exiliados; 2,3% familiares de des-exiliado; 2,3% familiares de detenidos desaparecidos; 1,1% ex –clandestinos; 1,1% sin datos.
  - **Agrupados por sexo:** 53% son mujeres y 47% son hombres. **Agrupados por procedencia:** 76% residen en Montevideo; 18% residen en otros departamentos (fundamentalmente en Canelones); 6% sin datos. **Agrupados por edades:** hasta 12 años 2%; de 12 a 19 años 7,4%; de 20 a 44 años 31,7%; de 45 a 64 años 36,4%; mayores de 64 años 18%; sin datos 4,5%.
  - Respecto a los **motivos de consulta manifiestos**, incluidas todas las categorías de usuarios, entre 2009 y 2013 -teniendo en cuenta que se consignaron hasta tres motivos por consultante-, los porcentajes son: 27,7% conflictos vinculares; 21,6%; depresión; 21,6% ansiedad, miedos y fobias; 20,45% angustia; 18,75% trastornos del sueño; 15,34% necesidad de procesar efectos del terrorismo de Estado; 13,64% familiares con patologías psiquiátricas o adicciones; 12% patologías físicas y/o psicósomáticas; 10,8% adicciones; 8% otras sintomatologías psiquiátricas; 5,11% duelos; 3,4% problemas económicos; 6,8% otros.

### III.2 Significados que las víctimas otorgan a la experiencia de la tortura

Antes de observar los efectos que producen la tortura y la prisión prolongada, resulta de interés indagar los significados que las víctimas le otorgaron a la experiencia.

Según la Comisión Nacional de Prisión Política y Tortura de Chile:

Implica verse enfrentado a la crueldad vivida en completo desamparo; a lo impredecible e incontrolable, a la injusticia, al abuso, a la tergiversación de los hechos, de las

---

<sup>26</sup> Pérez-Sales arriesga la siguiente hipótesis: “Probablemente esto se deba a que no es un grupo aleatorio de expresos, sino de personas altamente cualificadas, intelectuales que tienen hechas reflexiones sobre la experiencia y que han entregado respuestas muy racionalizadas. O que efectivamente tienen un afrontamiento muy resiliente”.

<sup>27</sup> Investigación en curso, inédita. Docente responsable: María Celia Robaina. Estudiantes: Silvia Rodríguez Kroger, Mathías Faravelli, Karina Negrín, Lorena Perdomo, Claudia Barrios.

<sup>28</sup> De acuerdo a la Ley 18.596, tienen derecho a recibir atención los hijos y los nietos.

palabras y sus significados; a la mentira, al dolor y a la denigración, al sometimiento, y al límite de la resistencia corporal y emocional. (2004, p. 602)

Palabras que se complementan con la descritas por, Liscano, C. (2001):

Todo el mundo se hace una idea sobre la tortura. Es claro que si uno sabe que puede ser detenido, en el momento de caer ya ha pensado en eso. Pero nadie podrá jamás hacerse una idea sobre los detalles. Los detalles tienen que ver con un conocimiento íntimo, relacionado con el cuerpo, no con el cuerpo humano en general, sino con el propio. La tortura se parece a una enfermedad: no duele a todos por igual, y sólo el que la ha padecido sabe qué se siente. (p. 60)

En “Fracturas de Memoria: cónicas de una memoria por venir”, Viñar, M., propone una nueva noción para transmitir el momento en el que el sufrimiento corporal invade al sujeto hasta llevarlo a la más desoladora experiencia de desamparo; en el que se pierde el dominio del cuerpo y del sí mismo, en el que irrumpe la alucinación; a ese momento lo denomina: la demolición.

La demolición es la experiencia de derrumbe y de locura –metódica y científicamente inducida– que coloca al individuo frente a su mundo, que fue amado e investido, ahora transformado en un agujero siniestro lleno de vergüenza, humillación, orina, horror, dolor, excrementos, cuerpos y órganos mutilados; el todo inscrito en un espacio vivido como inmensurable y eterno, que tiene las características de la pesadilla y del espacio onírico. (1993, p.40)

Amalgamando ideas fuerza de distintos autores, Viñar, M., logra transmitir la exasperante vivencia de quien queda por fuera del registro de los humanos.

La gente común no sabe que todo es posible, decía Jean Amery para testimoniar del horror del mundo concentracionario. De la tortura, opinaba Michel De Certeau, nadie quiere saber ni puede creer, dando cabida al desconocimiento activo que el horror convoca y provoca. Para el espanto, agrega Maurice Blanchot, no hay la buena distancia posible, sólo la evitación o la fascinación. El que mira está o demasiado cerca - implicado y capturado - o demasiado lejos - ajeno, quizás insensible. (2005, p.4)

Quien sufrió torturas porta una verdad trascendental, que siente debe comunicar para alertar a otros acerca de los peligros de nuestra especie, y sin embargo, se vuelve invisible y mudo frente a sus interlocutores. Se modifican las concepciones sobre el ser humano y el mundo, el otro se transforma en alguien peligroso, el mundo deja de ser un lugar seguro.

Sin embargo, en la experiencia uruguaya según SERSOC durante dos décadas los E-PP, mayoritariamente, se resistieron a ver efectos psicológicos de las experiencias traumáticas en sí mismos. Lo que concuerda con lo planteado en “Uruguay Nunca Más”, donde se explicita la dificultad de las víctimas para reconocer daño:

Es frecuente encontrar en la consulta clínica la negación, el narrar vivencias personales atribuidas a terceros; la disociación entre lo descriptivo (cognitivo) y la anestesia emotiva

al narrar (afectivo); el olvido parcial o total de la experiencia sufrida; la compulsión a la repetición de los mecanismos de negación o evitación que le fueran útiles, presumiblemente, durante el interrogatorio y la prisión prolongada. No resulta fácil reconocer, aceptar y recuperar la totalidad del propio dolor. (SERPAJ, 1989, p. 392) (...) Llama entonces la atención que este sector, protagonista en su carácter de agredido, haya hecho tan escaso énfasis en la necesidad o imperiosidad del ejercicio denunciante de la experiencia límite vivida. Hemos de suponer que, independientemente de las dificultades reales del contexto político (altamente represivo) y de las particularidades subjetivas personales, existe una particular dificultad en aceptar socialmente -incluso a nivel de las estructuras orgánicas de participación social- el grave daño sufrido y/o la urgencia de reparar el mismo comenzando por su reconocimiento, implicaciones, características y persistencia inadvertida de las secuelas inevitables. (p. 396)

A propósito de la anestesia afectiva, en otro pasaje agrega (SERPAJ, 1989, p. 403):

Esa anestesia afectiva se hace evidente también en sus testimonios, incluso en un espacio psicoterapéutico, denotándose en un relato carente de toda emoción, de manera formal y desafectivizada. Algunos paulatinamente, pueden asumir *“las vivencias traumáticas padecidas, pero se instala en ambos mucha desconfianza hacia el mundo externo, y aún hoy viven precariamente, aislados, en una relación de pareja empobrecida. Es de notar que además de las características individuales que favorecen a su vez desconfianza y aislamiento, el hecho de que sus represores estén en libertad les induce a seguir viviendo en un clima de desconfianza y amenaza con respecto a la soledad en la que viven”* (cita de Elina Aguiar: Terrorismo de estado en familia y pareja. 1988. Montevideo: APDH s/f. Archivo CID SERSOC)

### **III.3 Efectos psicofísicos provocados por la tortura**

De la literatura referida a los efectos en las víctimas de la torturas, se desprenden relevantes coincidencias, tanto en las consecuencias tempranas como tardías. Es posible sostener que en mayor o menor medida aparecerán indicios en lo inmediato, o a lo largo de la vida, que estarán vinculados a la brutal carga de violencia recibida. Lo que no permite concluir que estos indicios sean siempre reveladores de patologías. Algunos autores destacan el despliegue de habilidades resilientes observados en esa población. Entre ellos, Edelman, L. y Kordon, D. (1995) manifiestan que en su experiencia han visto un amplio rango de respuestas. *“No consideramos que el pasaje por la experiencia traumática derive necesariamente en patología, y cuando esta se da presenta un alto grado de variabilidad individual”* (p. 103). Situación que dependerá de la conjunción de diferentes determinantes; las autoras apelan a la noción freudiana *series complementarias*. Kordon et al. (2002, p.91) afirman que existe una relación de interioridad entre los factores causales, la conformación previa de la personalidad, la situación vincular, el proceso de traumatización, las apoyaturas y apuntalamientos con que se cuenta, los modelos identificatorios, los ideales colectivos, las posibilidades de elaboración personal y social de la afectación y los procesos de re-traumatización.

Madariaga, C. (2002, p.19) al referirse a los factores individuales que ejercen influjo en el procesamiento que los eventos traumáticos tendrán en la vida de las personas, propone:

La configuración final del psiquismo traumatizado a nivel del sujeto individual -tanto en la forma como en el contenido, en la apariencia como en la esencia- tendrá que ver directamente con la estructura premórbida de la personalidad, la biografía personal, la posición social y de clase, el nivel de desarrollo alcanzado por su conciencia, el proyecto histórico-vital, etc.

### **III.3.a Efectos tardíos en víctimas de la Segunda Guerra Mundial**

El siglo XX tristemente se caracterizó por dos guerras mundiales que originaron enormes daños a poblaciones enteras. Psicólogos y psiquiatras trabajaron con quienes presentaron secuelas vinculadas a estas catástrofes. Se realizaron estudios, investigaciones y teorizaciones, todas postulan que los efectos posteriores a una experiencia tan masiva, no son pasajeros.

Se destacan las investigaciones realizados en Noruega por el Dr. Eitinger, L. y su equipo (1972- Publicado en español en 1995, p.125) con ex prisioneros de campos de concentración. En primera instancia se estudió a 227 víctimas que asistían a servicios de salud. Concluyeron que la mayoría de las víctimas intentó reprimir los efectos de los traumatismos como: miedo, trastornos del sueño, pesadillas y angustia; en tanto se habían habituado a vivir con ellos. Los estudios revelaron que el panorama de morbilidad era mucho mayor al esperado (p. 128), así como, encontraron un significativo empeoramiento de la situación laboral en estas personas. Los daños eran mayores entre quienes habían sido detenidos antes de los 20 años de edad y quienes durante la prisión habían mostrado cuadros psicológicos y psicopatológicos. Posteriormente, a modo de evitar sesgar la investigación a la población que se atendía en los servicios de salud, y por un período de 30 años, estudiaron a ex prisioneros del total de todos quienes durante la guerra fueron deportados a campos de concentración o centros de reclusión fuera de Noruega. Concluyeron que los ex prisioneros presentaban una morbilidad y una mortalidad significativamente más elevadas que la población general. Encontraron mayor inestabilidad o deterioro laboral en los ex prisioneros y disminución de la capacidad laboral.

Somnier, Vesti, Kastrup et Genefke (1999, p.181) refieren a una investigación (Domovitch et al, 1984), que estudió a 104 sobrevivientes de tortura, en quienes encontraron los siguientes efectos: ansiedad, insomnio, pesadillas, depresión, autoexclusión, irritabilidad, pérdida de concentración, disfunción sexual, disturbio de la memoria, fatiga, labilidad emocional, agresividad, impulsividad e hipersensibilidad al ruido. Se hace mención a una investigación realizada por dos de los autores (Somnier y Genefke, 1986), un estudio de padecimientos neuropsicológicos a largo plazo en sobrevivientes de tortura, a través del cual observaron los siguientes síntomas, ordenados por su frecuencia de mayor a menor: disturbios del sueño con

pesadillas, dolores de cabeza, memoria y concentración deteriorada, fatiga, miedo/ansiedad, autoexclusión social, vértigo y disfunciones sexuales. Las tres características dominantes fueron: ansiedad crónica, depresión, y sentido subjetivo de una identidad cambiada. Por otra parte, refieren a una investigación realizada por la organización internacional RCT<sup>29</sup>, la que establece que el 70% de 148 sobrevivientes de tortura mostró signos de cambio de identidad, ansiedad crónica, baja autoestima y depresión. Otros investigadores (Abildgaard et al., 1984 – Petersen et al.1985), examinaron el estado de salud de 22 víctimas luego de 10 a 14 años de haber sido torturados, el 36% presentó psico-síndrome crónico, se encontró un deterioro significativo en su vida familiar y de trabajo. El artículo plantea la transgeneracionalidad del daño, se afirma que los hijos de víctimas de tortura presentan mayor fragilidad que otros niños de la misma edad. Somnier y Genefke (1986) concluyen que las secuelas psicológicas de mayor prevalencia son: disturbios del sueño con pesadillas frecuentes, síntomas afectivos (ansiedad, depresión crónica), debilitamiento cognoscitivo (memoria, pérdida de concentración) y cambios en la identidad. Si a la tortura se le suma el exilio, se agravan los síntomas descritos. Observaron que la mayoría de los sobrevivientes de tortura evitan discutir con sus familiares sobre sus experiencias.

Stoffels, H., recoge datos de la investigación realizada por Dasberg (1991), quien recopiló en Israel estudios epidemiológicos. Observa que a medida que los perseguidos deben despedirse de la actividad laboral, se desplaza la estabilidad entre pensamiento y acción, recuerdos y planes. *“Las miradas retrospectivas son inevitables y el envejecimiento trae consigo el recuerdo”* (1994, p. 38).

Según Dasberg (1991) algunas investigaciones demuestran que los sobrevivientes debieron pagar cara su buena adaptación e integración social. El tributo exigido consistió en una reducción de la capacidad de sentir felicidad y alegría, que se evidencia en una típica modificación del carácter y consiste en una suerte de “encallecimiento” (hardening) (ver Shuval, 1957) Con el fenómeno de “encallecimiento” (...) designa él un cierto endurecimiento anímico aparejado a un pesimismo y anhedonia.

El autor menciona investigaciones llevadas a cabo por psicoanalistas (Niederland 1980; Krystal 1968; Hoppe 1969) quienes proponen un “síndrome del sobreviviente”, caracterizado por una disminución de la alegría y la vitalidad, un estado de indefensión ante vivencias de angustia, terror reiterado en sueños, sentimientos de culpa o fracaso, desesperanza, reticencia a las relaciones humanas y una actitud básica de desconfianza. (p.39)

---

<sup>29</sup> Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de Tortura.



### III.3.b. Efectos tardíos según estudios realizados en el Cono Sur

A partir del trabajo realizado durante más de dos décadas en Argentina, brindando atención a víctimas de tortura, EATIP (Kordon et al., 2002, p. 91) sostiene que ésta puede producir efectos a mediano y largo plazo. La afectación psicológica puede incluir crisis de despersonalización, patologías hipocondríacas transitorias o permanentes, fobias severas, sentimientos persecutorios ante estímulos, que pueden detonar la *revivencia* de la situación traumática, depresiones, restricciones en contactos sociales y en la actividad laboral. Asimismo, observan dificultades en los vínculos, de pareja y familia. Lo relacionan con el tipo de vínculos fusionales que tienden a establecerse a modo de compensar los sentimientos de inermidad vividos.

El equipo de profesionales de CINTRAS<sup>30</sup> (Chile), realizó un estudio en el que se compararon las historias clínicas de 99 consultantes del año 1988 (grupo 1), con 75 pacientes atendidos entre el 2000 y el 2001 (grupo 2), de estos últimos separaron aquellos que acudieron por consultas psiquiátricas entre el 2000 y el 2001, 49 de los 75 (grupo 3). Se comparó los motivos de consulta entre el del grupo 1 y el grupo 2; observando que los del grupo 1 se relacionaban a la situación represiva, en cambio los del grupo 2 no establecían vinculaciones directas. Los pacientes no establecen lazos conectores entre experiencias presentes y pasadas, ni en el grupo 2 ni en el 3. El tipo de trastornos de los grupos 1 y 2 no difieren demasiado a los del grupo 1: trastornos de tipo depresivo y angustioso, depresión mayor, trastornos ansiosos, en menor medida estrés post traumático. Sin embargo, en los sobrevivientes de tortura evidencian mayor gravedad en los síntomas del grupo 2, aparecen cuadros clínicos más complejos y de más larga duración. En los tres grupos observan un comportamiento mórbido característico de los procesos de re-traumatización: recurrencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa, en relación con eventos provenientes del contexto político y judicial que se relacionan con procesos de investigación en materia de derechos humanos. Los que operan como nuevos eventos traumáticos. (Vera et al., 2002, pp. 193-195). Concluyen planteando que las posibilidades de rehabilitación son limitadas para los equipos, lo que exige la resolución de los aspectos psicosociales involucrados, medidas de reparación moral, jurídica y social.

Se destaca la labor realizada por la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura de Chile, en su Informe (2004) logró reunir testimonios de más de 30.000 sobrevivientes de tortura.

---

<sup>30</sup> ONG que atendió entre los años 80 y los comienzos de la década del 2000 un número que supera los 3000 pacientes.

En el Capítulo VIII se describen las principales consecuencias de la prisión política y la tortura. Se observa que la mayoría entre quienes acuden, reconocen que la prisión y la tortura trajeron efectos devastadores para sus vidas. Se observó: secuelas sensoriales, óseas, genitales, alteraciones renales, daños musculares y neurológicos, heridas. Se notó que mientras los hombres se quejaban por secuelas físicas, las mujeres eran más proclives a ocuparse del costo emocional. Observaron trastornos psiquiátricos de carácter reactivo y cuadros psiquiátricos permanentes, como cuadros psicóticos y depresiones graves. Algunas personas atribuyen su infertilidad a la tortura; otras se refirieron al deterioro del sistema inmunológico. También acudieron a la Comisión familiares de víctimas fallecidas, según los cuales, la muerte de su familiar fue juzgada como prematura y vinculada a las secuelas de la tortura. Asimismo, refieren que las personas hablaron de soledad, aislamiento y desesperación vividos luego de la prisión; de haber sido incomprendidos por parte de su familia y de adicción al alcohol como paliativo ante el sufrimiento. Muchos se refirieron a fuertes sentimientos de impotencia, también a vergüenza por haber sido tratados como delincuentes, a culpa por haber hablado en la tortura, a vergüenza y culpa por haber sido violadas o abusadas, a impotencia y culpa por verse obligadas a presenciar la tortura a otros sin poder hacer nada, a frustración por no haber podido darle una buena vida a sus hijos y a impedimentos para desarrollar una actividad laboral normal. Diversas personas expresaron que el miedo y la angustia no desaparecieron al ser liberados. Algunas víctimas relataron: temor a la oscuridad, a los lugares cerrados, a los ruidos, a la electricidad, a sitios puntuales, a salir a la calle, a dormir, a los uniformados, a ser detenidas, a desaparecer, a la soledad, a olvidar y, a la vez, a recordar. El Informe recoge los efectos producidos en las familias. La experiencia de brutal agresión realizada por los agentes de modo deliberado, deterioró la confianza en otros seres humanos y en las instituciones. Un dato que hasta el momento había sido poco registrado, fue que encontraron numerosas denuncias de violaciones y abusos sexuales, tanto dirigidas hacia mujeres como hacia hombres -aunque en grado marcadamente menor-. Finalmente, consigna los daños psicosociales que se produjeron por la estigmatización social y la falta de oportunidades que recibieron quienes regresaban de las cárceles políticas. A lo cual se adosa la indiferencia de las mayorías, como si lo ocurrido en el país perteneciera a la órbita de lo privado. La mayoría de los declarantes hizo referencia a haber padecido dificultades laborales. Es interesante observar que pese a las penurias que debieron atravesar, muchos pudieron reconstruir su proyecto de vida, y hasta cierto punto, alcanzar una vida satisfactoria; otras en cambio, manifestaron que las secuelas se instalaron en el centro de sus vidas.

Por otra parte, la ONG GTNM/RJ (Brasil), en el trabajo con ex presos políticos, víctimas de tortura de las décadas de los 60, 70 y 80, observa los siguientes efectos:

La fuerza y penetración del silencio pueden producir cuerpos que se congelan ante el experimentar la palpación de afectos –condición necesaria para elecciones y devenires–, lo que se manifiesta como pura indiferencia y alejamiento. Pueden causar vergüenza, parálisis, barreras, impedimentos para el movimiento en el mundo. La descalificación, introducida por la violencia de la tortura y la cárcel, puede vivirse no como *fantasma* sino como *naturaleza*, despotenciando y envenenando la vida. Los esbirros pueden actualizarse en las relaciones del presente como realidad, aunque sean fantasmas del pasado. La muerte puede rondar y envenenar la vida. (Vital, V., 2007)

Un artículo científico publicado por la Pontificia Universidad Católica de Chile (Cornejo et al., 2007, p.63), refiere a los daños observados en los grupos primarios de apoyo, señalan que las familias fueron victimizadas, estigmatizadas y sufrieron descenso social. Por otra parte, plantea que el silencio auto-impuesto dentro de las familias pudo distanciar y rigidizar las relaciones familiares. En cuanto a los daños acaecidos a nivel social aluden a una convivencia marcada por la amenaza vital, la desconfianza, la inseguridad, la soledad, desarticulándose las redes de apoyo, debilitando la participación y el sentimiento colectivo de pertenencia. Se plantea que algunas conductas que resultaron adaptativas, como el miedo y la disociación, si se sostienen a lo largo del tiempo, pueden producir costos muy altos para la salud mental.

Resulta valiosa la investigación realizada por las Universidades de Tarapacá de Arica (Chile) y Salamanca (España) (2008), la que arroja resultados sobre los efectos en personas que sufrieron prisión y tortura a más de 30 años. Zapata, López y Sánchez (2009) realizaron un estudio en base a 60 entrevistas a ex presos políticos (41 hombres y 19 mujeres), efectuadas en diferentes regiones de Chile. Los autores sostienen que la totalidad de la muestra de supervivientes de prisión y tortura entrevistados, presentan una visión negativa del mundo, se aprecia una valoración global de un mundo hostil y peligroso por causas atribuibles a la acción humana. Sin embargo, un 72% considera que el mundo tiene sentido. Por otra parte, el 80% de los entrevistados manifiestan que la sociedad chilena no se responsabiliza por las violaciones a los derechos humanos ocurridos en ese período, ni se sensibiliza por ello. Los autores plantean que la visión del mundo negativa se asocia a la influencia que tuvo el régimen militar en la sociedad y a que se mantiene un apoyo significativo hacia el mismo.

### **III.3.c. Efectos tardíos según la experiencia clínica de SERSOC**

Giorgi, V., a partir de su experiencia clínica en SERSOC, profiere que los E-PP acuden a SERSOC con mayor frecuencia por temas que atañen a lo corporal, en desmedro del pedido de

ayuda psicológica -75% piden consultas médicas y 32% piden asistencia psicológico-psiquiátrica-. (1999, p. 116) Sostiene que aún cuando las personas logran comenzar un proceso psicoterapéutico, el mismo se verá amenazado por la negación del daño; que para los E-PP tener un cuerpo dañado constituye una “herida de guerra”, algo que otorga valor. Sin embargo, aceptar el daño psicológico es una humillación que puede provocar reminiscencias de las debilidades vivenciadas. Señala que al llegar a la consulta psicológica, generalmente son los familiares los portavoces de la demanda; ellos se angustian por las alteraciones que observan en el E-PP a su regreso al hogar. Plantea que uno de los motivos por los que el E-PP calla, es porque el silencio operó como estrategia de sobrevivencia a modo de preservar su intimidad. Otros autores comparten la idea de que las víctimas de tortura, en su mayoría, no hablan de las experiencias vividas. Somnier, Vesti, Kastrup et Genefke (1999, p.181), arriban a la conclusión de que las víctimas de la tortura se rehúsan a dar detalles acerca de lo padecido. Por otra parte, el Programa de Víctimas de tortura (Los Ángeles, California), en su experiencia desarrollada por 25 años, da cuenta de igual observación (Deutsch, A., 2007, p.117)

Martin, A. (2002, pp. 205, 206) realizó un estudio en el que estableció una comparación entre un grupo de 45 E-PP y otros 50 pacientes que consultaron en SERSOC, de igual franja etaria (40 – 55 años), con motivos de consulta vinculados a trastornos de la esfera del humor, ansiedad y angustia. En el primer grupo, encontró mayores índices de: ruptura de vínculos de pareja, problemáticas sexuales, dificultades laborales, dificultades para mantener relaciones de amistad, dificultades para concurrir a la consulta, desesperanza respecto a proyectos futuros, presencia de enfermedades orgánicas. Efectos que el autor vincula con el “silencio defensivo” ante la situación traumática, negando las secuelas, silenciando lo siniestro sufrido. Explica las dificultades relacionales a una aparente “inafectividad”, a modo de evitar la reactualización de las vivencias traumáticas.

Un documento de autoría de SERSOC titulado: “Reparación en Salud”<sup>31</sup> (2005), elaborado con el propósito de difundir a las autoridades gubernamentales la problemática presentada por las víctimas del terrorismo de Estado, establece las principales secuelas físicas y psicológicas observadas:

Secuelas físicas inmediatas y tardías:

- Patologías de carácter inmunológico
- Lesiones osteo-mio-articulares graves (traumatismos de columna, costillas, manos,

---

<sup>31</sup> Documento que operó como pieza clave en la estrategia institucional de SERSOC, para alcanzar la meta de que el gobierno incluyera la reparación en salud mental dentro de las políticas públicas reparatorias.

- pies, rodillas, cabeza).
- Enfermedades cardiovasculares y respiratorias que se cronifican y se complican.
- Daño en los genitales que generaron dificultades en la reproducción.
- Alteraciones de la funcionalidad renal.
- Enfermedades neurológicas de carácter degenerativo y trastornos sensoriales.
- Indicadores alarmantes de cáncer con evoluciones fulminantes, que a veces coinciden con la precoz detección del tumor primario.
- Cicatrices y lesiones por heridas de bala o quemaduras.
- La falta de tratamiento oportuno de algunas lesiones y alteraciones sufridas durante la detención, como etiología de posteriores enfermedades orgánicas.
- El padecimiento de alteraciones psiquiátricas que conducen a trastornos orgánicos y viceversa.

Señalan preocupación por el alto grado de morbi-mortalidad observado en la población; entre las principales causas de muerte consignan cáncer y suicidio; como principales motivos de consulta refieren depresión y pérdida de sentido vital.

(...) las personas afectadas, es como si llevaran una carga letal en sus cuerpos. Aquello que no ha sido procesado y saneado por la sociedad, ha quedado privatizado y encapsulado en estas personas o en sus familias, dañando a los sujetos o sus vínculos. Es necesario que se opere un pasaje de la esfera privada a la esfera pública, de la dramática historia individual a la dramática historia nacional. Ellos, los afectados directos, encarnan el trauma histórico, sin que La Historia aún haya podido reconocerlo y repararlo. (2005, p. 6)

Al mismo tiempo, realizan un llamado de atención al recordar que a los traumatismos ocasionados por la dictadura “*se agregaron los efectos de la impunidad que generan nuevos daños, del orden de la re-traumatización*”; los que pueden reactivar ciertas constelaciones sintomáticas. Sostienen que en SERSOC se ha reactivado la consulta o la re-consulta ante eventos actuales vinculados a la represión política.

Detallan las siguientes secuelas psíquicas en E-PP:

1. La experiencia de tortura puede generar una carga de sufrimiento que inciden en el sujeto frente a situaciones que comprometen su corporalidad: sexualidad, afecciones físicas, tolerancia al dolor, posibilidades quirúrgicas o internaciones, manejo de la agresividad y de la afectividad.
2. En ocasiones el horror vivido puede proyectarse y dar lugar a miedos, fobias, ataques de pánico o experiencias delirantes, frente a estímulos cotidianos.
3. Las vivencias de muerte, impotencia, humillación, vergüenza, angustia y desesperanza, provocadas por la tortura pueden reactivarse frente a otras situaciones atemorizantes.
4. Marcas de la prisión en la cotidianeidad: tendencia al aislamiento, actitudes contemplativas, silencio, incomunicación, autocensura, desconfianza.
5. La prisión prolongada generó importantes quiebres al interior de las familias, dificultó el interjuego de los roles familiares y parentales. Un porcentaje significativo presenta dificultades para consolidar relaciones de pareja estables.
6. En algunos casos, sentimientos de culpa o síndrome del sobreviviente lleva hacia el padecimiento propio, asumiendo así una actitud autoagresiva que no permite logros.

7. Dificultades en el manejo del esquema corporal, que empobrecen la expresividad de los afectos, como una especie de cuerpo- coraza.

Desde su experiencia en SERSOC, Scapusio, M. (2011a) reflexiona sobre los efectos que perduran a lo largo del tiempo y que involucran a la sociedad:

En el marco de una investigación realizada en SERSOC <sup>32</sup> que vio la luz en el año 2009, año del cierre de la institución, sosteníamos que el daño, por terrible que fuera, no estaba solamente en el cuerpo y la mente de los que fueron presos sino que se había difuminado hacia distintos ámbitos afectando lo familiar, lo relacional y lo social. Lo definimos entonces como **daño psicosocial**<sup>33</sup> y colocamos en esta noción no solamente las resultantes de situaciones traumáticas en las relaciones de lo individual con lo colectivo o las articulaciones entre lo psíquico y lo social, sino también el efecto sostenido en el tiempo de las políticas de estado, la continuidad del pasado en el presente (impunidad, silencio, olvido) y sus impactos en la subjetividad. En pocas palabras: no se trata de lo que “ya fue” sino de “lo que continúa siendo”.

En un trabajo posterior (Scapusio, M., 2011b) amplía esta idea:

(...) tendríamos que pensar de que formas las situaciones de violencia padecidas afectaron la subjetividad y que nuevos efectos constatamos hoy a partir de la impunidad y la ausencia de justicia sobre los hechos del pasado. Al hablar de subjetividad queremos referirnos a los procesos de producción del sí mismo, del mundo y de su relación recíproca. Hablamos entonces no solo de procesos intra-psíquicos, relaciones familiares, acontecimientos de la infancia y componentes biológicos. Hablamos de relaciones institucionales, de vínculos con lo colectivo, de las múltiples formas de la socialidad. Y también del papel de las industrias de la comunicación, los nuevos recursos tecnológicos y las políticas de Estado como elementos que trabajan en la producción de determinadas formas de subjetividad.

### **III.4. Trabajo psicoterapéutico con víctimas de violencia política**

#### **III.4.a. Psicoterapia con víctimas de la Segunda Guerra Mundial**

Posiblemente quien no esté capacitado para trabajar con los efectos de estos traumatismos, no sepa qué hacer al toparse con ellos. Stoffels, H., refiere a la investigación desarrollada por Danieli (1984) quien trabajó de manera diferenciada el tema de las reacciones contratransferenciales de los psicoterapeutas en la confrontación con lo “inimaginable”. *“Allí parte de la premisa de que también en el caso de los psicoterapeutas y psicoanalistas ha existido durante décadas una negación empática, con la cual han participado en la conspiración de silencio sobre el trauma extremo (1994, p.43)”*. Sostiene que estos terapeutas no perciben los recursos de sus pacientes y tienden al tutelazgo. El autor plantea que el tratamiento de

---

<sup>32</sup> SERSOC: “Efectos transgeneracionales del daño psicosocial ocasionado por el terrorismo de estado”. Daño Transgeneracional, Chile 2009.

<sup>33</sup> M.Scapusio: “Transgeneracionalidad del daño” Revista Reflexión, Chile,2006

víctimas de trauma, requiere de mucha experiencia y que demanda del terapeuta un alto grado de autoconocimiento y autoprevisibilidad, lo cual incluye la permanente atención a la propia reacción. Alerta a los psicoterapeutas que no deben permitir focalizar en el trauma al grado de empalidecer el presente y el futuro, ni olvidar las experiencias positivas. Así como, deben evitar que el sujeto se ubique en una identidad de víctima, el que sólo deberá ser un estado de transición; de permanecer en él se promueve la cosificación, el trauma podrá ser utilizado como causa de toda iniquidad de la vida, de todos los fracasos y reveses. Stoffels, H., afirma que el cambio decisivo ocurre en el tratamiento psicoterapéutico cuando la víctima del terror, *“(...) a pesar de las experiencias de indefensión e impotencia ante la crueldad y la arbitrariedad, está en condiciones de deponer el rol de inferioridad, del sólo sufriente y avasallado.* (pp. 45,46)”. Valora la importancia de que las personas puedan entregar algo a otros, incluso en base a las experiencias hechas. Por otra parte, plantea que en el caso de personas de avanzada edad lo psicoterapéutico no sería siempre lo más indicado, aprecia que se implementen otras alternativas. Destaca el proyecto “Café 84” fundado por Hedi Fried<sup>34</sup> en Estocolmo. El que además de ofrecer encuentros grupales con enfoque psicoterapéutico, organiza un “Centro de Comunicaciones” encuadrado en un marco cultural. Espacio en el que se les ofrece la posibilidad de tomar iniciativas, de ser creativos y activos.

Por otra parte, Müller-Hohagen, J., (1994, p.60) a partir de su experiencia como psicoterapeuta en Alemania, sostiene que:

Las víctimas y sus descendientes temen la reiteración de una dependencia, caer en una entrega, estar expuestos y luego ser abandonados al vacío. Estos temores tienen su fundamento, no sólo a causa del pasado. El presente también suele ser muy difícil, aún hoy (...)

En otro pasaje el autor alerta a los psicoterapeutas a que no vean en sus pacientes sólo a las víctimas; porque en ese caso se desconoce cuanta resistencia lograron oponer ellos a los nazis; y en qué medida muchos han contribuido después de 1945, a construir un mundo más humano. Al finalizar propone:

Esa fractura que la persecución provocó en la certeza vital, en la confianza en el prójimo y la sociedad, este “quiebre de la línea de la vida” (Niederland), no puede ser “curado”, “sanado” por la psicoterapia. Afirmarlo sería presuntuoso e ingenuo. Pero sí podemos intentar percibir y soportar algo de la realidad ubicua y omnipresente de la persecución y sus consecuencias. Podemos intentar compartir, al menos en algo, la honda inseguridad de los perseguidos.

Y repito: Podemos aprender de la resistencia. (1994, p.66)

---

<sup>34</sup> Psicóloga sobreviviente de Auschwitz.

### III.4.b Psicoterapia y efectos tempranos, aportes desde Chile

En el Cono Sur, el trabajo con las víctimas del terror de Estado fue desarrollado, en su mayoría, por profesionales que trabajaron en forma independiente o en organizaciones no gubernamentales, siendo escasa la producción científica generada desde el seno de “la academia”. Se han encontrado sistematizaciones, ensayos y textos académicos que transmiten la experiencia acumulada por profesionales, quienes desde su trabajo en ONG o en organismos estatales, describen aspectos fácticos de las psicoterapias realizadas con prisioneros políticos. Entre estas se destaca la producción de los colegas chilenos.

Los profesionales de ILAS<sup>35</sup> propusieron un modelo terapéutico para el trabajo con las víctimas, en el que se articularían los siguientes componentes (Lira et al, 1989, pp. 38 a 44):

- **Vínculo comprometido.** Con ello se refieren a una actitud éticamente no neutral frente al padecimiento del paciente; significa comprender que los trastornos que presenta la persona fueron provocados intencionalmente por razones políticas. El terapeuta tiene la función de contener, para que a través del diálogo sea posible comunicar la experiencia traumática, para que los hechos dejen de ser sólo privados y vuelvan a ser parte del contexto social.

- **Enfrentamiento del trauma.** Se proponen elaborar la experiencia traumática a través de la reconstrucción de los hechos, la expresión de las emociones que los acompañan y recuperar las significaciones que el sujeto le da a la experiencia. Observan que con frecuencia la experiencia traumática queda encapsulada y la vida parece continuar con normalidad; sin embargo, con el paso del tiempo una crisis personal puede provocar que aquella experiencia traumática re-aparezca en toda su magnitud. Advierten acerca de la importancia de respetar el tiempo del paciente, porque esta reconstrucción puede albergar el riesgo de re-traumatizar.

- **Trauma y duelo.** Constatan que las situaciones traumáticas señalan el predominio de una pérdida. Plantean que las experiencias derivadas de la represión política implican amenazas vitales deliberadas; representan una agresión severa contra la identidad del sujeto, en su condición de persona y ente político, lo que se manifiesta en la práctica como un intento de destrucción de sus estructuras básicas. La elaboración supone asumir las partes destruidas. Comprueban que los pacientes en tanto militantes políticos, se niegan a verse a sí mismos como enfermos y con frecuencia apelan a la disociación y la re-negación de las pérdidas.

- **Psicoterapia y contexto social.** Afirman que la terapia de *traumatizaciones extremas* incluye un proceso subjetivo articulado con el contexto social. Se proponen alcanzar una

---

<sup>35</sup> Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (Chile)



reestructuración de la experiencia, de las emociones que ha producido, dentro de una historia coherente; reconocer que el trauma y su elaboración producen cambios. Por otra parte, subrayan que estos traumatismos no se resuelven en lo privado. “*La revinculación con el contexto social es un eje central del trabajo psicoterapéutico y por tanto de la comprensión teórica y práctica de las traumatizaciones extremas por causas políticas*” (p. 44).

Dos décadas más tarde, Lira, E., (2010) destaca los siguientes aprendizajes en lo que hace al trabajo psicológico con víctimas durante el tiempo del terror de Estado (pp.19-23): establecer un vínculo de trabajo *comprometido* para facilitar y recomponer la capacidad de confiar; una *actitud éticamente no neutral* entendiendo que los trastornos fueron resultado de la agresión infligida por agentes del Estado debido a las ideas o acciones políticas de los sujetos, sostiene que ante los atropellos no es posible ser neutral. Por otra parte, refuerza la importancia de la comunicación centrada en los hechos sufridos por las personas, lo que les permitía confirmar la experiencia vivida como un hecho realmente sucedido. Los procesos terapéuticos tuvieron el propósito de reparar, se buscó restablecer la relación del sujeto con la realidad, que recuperara su capacidad para vincularse, que se proyectara y ampliara su conciencia respecto a la realidad que estaba viviendo. Señala, que se enfrentaron a la tensión, de que por un lado, las personas para poner fin al sufrimiento expresaban deseos de olvidar, y por otro, que ello se contradecía con la voluntad política de no olvidar. Afirma que el trabajo terapéutico posibilita otorgarle significado a lo vivido, y a rescatar lo reparable de lo irreparable. Asimismo, observa que las personas otorgan diversos significados a las experiencias vividas, por lo que, rastrear los significados otorgados al pasado, al proyecto personal, a la participación política, se constituye en una parte del trabajo terapéutico. Durante el primer período (1973 – 1983) comprobaron que la elaboración del testimonio era una técnica terapéutica, que posibilitaba algún grado de elaboración emocional a la vez que se la vinculaba a la biografía y la experiencia vital de la persona. Plantea que en esos tiempos no hubo posibilidades de trabajar las implicaciones ni el desgaste emocional de los terapeutas; rescata la función ordenadora de la escritura, la que además de posibilitar la transmisión, operó como forma de encausar ansiedades. Al mirar el trabajo con la distancia que otorga el paso del tiempo, agrega otros elementos a considerar: las intervenciones requieren garantizar el cuidado, el bienestar y el respeto; para ello es importante que quienes lleven adelante los procesos terapéuticos eviten el desgaste emocional. Igual recomendación efectúa a los investigadores, es decir, los cuidados necesarios para no ocasionar daños a las víctimas, y preservar el respeto a la privacidad.

En el trabajo académico titulado “Algunos aspectos del trabajo psicoterapéutico con presos políticos”, la Dra. Horvitz, E.,<sup>36</sup> (1991), describe la experiencia de los terapeutas en el trabajo con prisioneros políticos (durante y a posteriori de la prisión). Sostiene que en el trabajo clínico predominaron las aproximaciones pragmáticas por sobre las teorizaciones, es decir, que la práctica fue moldeando la teoría. Por otra parte, plantea que hubo una toma de posición de los terapeutas, un compromiso con los Derechos Humanos, lo que produjo nexos de confianza en el relacionamiento con los pacientes. Considera que hay daños ocasionados por la represión política que son irreparables (asesinato, tortura, destrucción de la familia). Respecto al daño, subraya que no se pueden efectuar generalizaciones, en tanto el trauma se inscribe sobre personalidades diversas, cada una con su ontogénesis; por lo que requieren tratamientos diferentes. Resalta que lo que iguala a esta población es su compromiso político, productor de disciplinas, hábitos y lealtades; por ello propone considerar el marco político. Se cuestiona sobre los daños generados en el seno de la sociedad a cuenta de haber sufrido la imposición del autoritarismo y concluye en que hacen falta políticas públicas reparadoras.

#### **III.4.c. Psicoterapias y efectos tardíos, aportes desde SERSOC**

Sus clínicos han escrito libros y trabajos académicos en los que refieren a las características de las psicoterapias con E-PP. Entre ellos, Arregui, R., (1995, p. 21- 23) en base a su experiencia clínica, al hablar del encuadre, sostiene que con frecuencia los pacientes demandan elasticidad en las variables: horarios, honorarios, sesiones extras, etc; plantea que ante situaciones de crisis, es menester que el terapeuta acceda a ese pedido, y lo vincula con la indefensión vivida durante las experiencias extremas. Hace alusión a la ideología de los terapeutas, quienes al trabajar dentro de una organización de DD.HH. expresan su rechazo por las violaciones cometidas, al tiempo que se solidarizan con las víctimas. Subraya estos aspectos como esenciales en la alianza terapéutica; el terapeuta representa para el paciente alguien legal y confiable frente a *“una sociedad que los aísla y pretende el olvido de delitos de que fueron objeto”* (p. 22). Propone dos contrapartidas que deberán ocurrir en el proceso terapéutico: frente al atropello a los DD.HH. se hace necesario restaurar la palabra; frente al olvido y el silencio se hace imperioso recordar la historia. Finalmente, resalta el valor de los organismos de DD.HH., como grupos de sostén y referencia, que permiten reestructurar el diálogo, la verdad, la ética y la solidaridad social.

---

<sup>36</sup> Psiquiatra integrante del Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS – Chile, Fundado en 1985)

Entretanto, Giorgi, V., (1995), alerta ante el riesgo de re-victimización, que pudieran ocasionar las instituciones de asistencia, al ubicar a los usuarios en su condición de víctimas, como si los pacientes fueran los únicos afectados por el terrorismo de Estado y como si la institución pudiera asumir la tarea reparatoria en nombre del conjunto de la sociedad (p. 65). Frente a ello propone el análisis permanente de los aspectos transferenciales y contra-transferenciales, así como también, de la dinámica institucional, las motivaciones de los técnicos y los vínculos al interior de los equipos. Sostiene que sin reparación social es necesario tener claros cuáles son los límites de la tarea terapéutica. *“La recuperación de la memoria, el restablecimiento de la continuidad histórica rebasa nuestra tarea terapéutica y sólo será viable si es asumida por el conjunto de la sociedad como una auténtica elaboración colectiva”* (p. 66).

En un texto posterior, Giorgi, V., (1999, pp. 123-129) resalta algunas constantes observadas en los tratamientos de SERSOC: a) **Silencio e incomunicación**. Los ex presos no hablan de la tortura en su vida cotidiana e incluso se hace dificultoso que lo hagan en el transcurso de la psicoterapia. En ocasiones el secreto se puede extender a otros aspectos de la experiencia personal. El secreto fue una forma utilizada para preservar su vida y la de sus compañeros, sin embargo, en el proceso psicoterapéutico puede atentar contra la libre asociación. b) **Actitud demandante**. Tanto dirigida hacia el terapeuta como hacia la institución. El autor refiere a lo que Freud nominó “beneficios secundarios del síntoma”. Se trata de pacientes que se muestran sosteniendo una pseudo-identidad, de “veteranos de guerra”, desde la cual interactúan. Pacientes que abandonaron tratamientos o solicitaron reiniciar con otro profesional, o que realizaron tratamientos extensos sin remisión de la sintomatología.

El autor propone los siguientes descentramientos:

- a. Descentramiento de la problemática intrapsíquica, incluir aspectos actuales de su cotidianeidad. Abordaje pluridimensional y multifocal. Cubrir las múltiples dimensiones generadoras de sufrimiento. Articular la elaboración de los traumatismos con la búsqueda de oportunidades para la resolución de problemas concretos. Multifocal porque se trabajan las diferentes áreas: psíquica, relacional y corporal.
- b. Descentramiento en los objetivos. Los avances en el proceso terapéutico deberían expresarse en una ampliación y enriquecimiento de las redes vinculares del paciente. Para ello se opera sobre el mapa de personas y grupos significativos.

c. Descentramiento del psicoterapeuta individual a un equipo psicoterapéutico multiprofesional que opera en forma coordinada y define conjuntamente los puntos de urgencia en cada fase del proceso.

d. Descentramiento espacial. Se sale del consultorio privado para tomar como propio el local institucional como escenario y apoyo del proceso. La sede es un referente donde el usuario percibe la presencia de un colectivo que interactúa entre sí y con otros usuarios.

Martín, A., (1999, pp. 147-151), desde su experiencia clínica, expresa que los pacientes de SERSOC a diferencia de otros pacientes, interactúan más con el terapeuta. Estima que estos pacientes intentan encontrar más contradicciones en las palabras del terapeuta, a la vez que formulan frases admirativas, y durante un período significativo del tratamiento, tienen dificultad para abstraer las interpretaciones. El autor profiere que los silencios se relacionan a la soledad vivida y que es un modo de defenderse frente al otro, en la ilusión de que abrirse a los otros puede causarle mayor perjuicio. Propone que el terapeuta sea flexible, que se maneje con sensibilidad, experiencia y paciencia. En un texto posterior (2002, pp. 210-212), observa en los E-PP un repliegue sobre sí mismos, como si viviera una temporo-espacialidad propia. Plantea que el terapeuta debe cuidar que sus señalamientos no lo remitan a las vivencias destructivas que necesita silenciar. Al lograrse el encuentro real con un “otro-no-carcelero”, el consultante redescubre que manifestar sus afectos al otro, no significa un acto auto-destructivo.

Tiempo atrás (Robaina, M.C., 2002, pp. 105, 106) se detallaron algunas características del trabajo clínico; se jerarquizó la importancia del trabajo interdisciplinario (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales); y se señalaron algunas líneas estratégicas para las psicoterapias:

- Verbalizar y procesar las afecciones generadas por los episodios traumáticos, hacer circular las catexias puestas en esas representaciones, dinamizar las cadenas asociativas.
- Analizar los significados de lo traumático enlazados con la historia de vida
- Explicitar los significados socio-histórico-políticos de los traumatismos
- Elaborar los efectos internalizados del terrorismo de Estado: aislamiento, autocensura, autoritarismo, masoquismo, desconfianza, desamparo, victimización.
- Reforzar las señales de salud, entendida como un conjunto de capacidades de: goce, comunicación, afectividad, creatividad, crítica y autonomía (Weistein, 1978, pp. 49 – 55). Se destaca la necesidad de promover vínculos afectivos de confianza y solidaridad.
- Apropiarse de un proyecto de vida que integre el pasado y se dirija hacia el futuro.

Un estudio a través del que se sistematizaron peculiaridades de las psicoterapias con víctimas graves del terror de Estado (E-PP y familiares de detenidos- desaparecidos), fue: *“Particularidades de la Clínica en Derechos Humanos. Desde la experiencia hacia la construcción de una teoría de la técnica”* (Büsch, S. y Robaina, M.C., 2007). Elaborado en base a la experiencia clínica de las autoras y cuatro entrevistas en profundidad realizadas a clínicos de SERSOC. Sistematización que participó de la convocatoria del IIDH titulada: *“Por una vida sin tortura”*. Este estudio establece aspectos empíricos de las psicoterapias divididos en las categorías: objetivos, estrategias, herramientas y análisis de ciertas dimensiones.

De ella se desprenden como principales **objetivos terapéuticos**: atender los motivos de consulta manifiestos, integrar el período del terrorismo de Estado como una parte de la propia vida y promover aspectos saludables de los pacientes. Entre las **estrategias clínicas** se consignó: detectar los efectos del terrorismo de Estado internalizados, preservar ciertos mecanismos defensivos, rescatar los recursos resilientes, valorar el encuentro con quienes vivieron experiencias similares y la importancia del trabajo interdisciplinario. Las **herramientas técnicas** detectadas fueron: no neutralidad, confiabilidad, análisis de aspectos transferenciales y contra-transferenciales, respeto por ciertos silencios, respeto por el tiempo del paciente. Se señaló la necesidad de efectuar análisis que abarquen las siguientes **dimensiones**: socio-histórico-política, de los imaginarios y discursos sociales sobre el terrorismo de Estado y sus efectos, la dimensión Institucional, el análisis de la implicación de los terapeutas y el análisis de la dimensión de Derechos Humanos y sus significados.

#### **III.4.d. Aportes a las psicoterapias desde otras organizaciones latinoamericanas**

Los profesionales de C.E.L.S. (1989) sostienen que es necesario incluir en el trabajo terapéutico: la trágica realidad social como factor traumático determinante de la subjetividad; escuchar los efectos que la realidad objetiva produce en el paciente, *“sin reducir el abordaje de su discurso sólo a la interpretación de la realidad psíquica”*. Consideran la represión como un mecanismo de control social y no sólo como un componente de la realidad intra-psíquica. Por ello, proponen que la elaboración se dirija a *“lo siniestro anidado en la singularidad y en el horror familiar que guarda el cuerpo social”* (p.77).

Kordon et al. (1995, pp. 151-157) establecen algunas líneas a tener en cuenta al trabajar con víctimas de tortura<sup>37</sup>. En primer lugar, se trata de prestar atención a los efectos que pudieran observarse a nivel de los procesos identitarios, considerando que la tortura se propuso dejar marcas en la identidad. Por otra parte, tomar en cuenta que la tortura produce una vivencia de soledad extrema, de máximo aislamiento, lo que lleva a la persona a perder todos los referentes identificatorios que funcionan como apuntaladores del psiquismo: el cuerpo, los grupos, la presencia de otro que humaniza con su mirada, que funcione como espejo que otorgue cierta idea de completud. Resaltan la gigantesca asimetría que se produce en la situación de tortura como un telón de fondo en el intento de llevar a las personas a la alienación. Sostienen que será necesario contemplar los efectos que han dejado marcas a nivel de la autoestima; la que *“(...) desde una perspectiva psicoanalítica es un producto de la relación entre el Yo y el Ideal del Yo. Este está conformado de acuerdo con determinados valores a los que aspira cumplimentar el sujeto (p.154).* El torturado se enfrenta a confrontar la imagen que tiene de sí y la imagen que surge a partir de su comportamiento en la tortura.

En este punto es primordial recordar que en tiempo de la tortura física algunos represores “teatralizaron el rol de buenos”, como parte de la estrategia que buscaba desarmar al prisionero. A través de gestos amistosos o gentiles, se intentó hacer creer al torturado que alguno de ellos era alguien en quien se podía confiar. Las personas pueden culpabilizarse por haber creído en la palabra de un represor; o por no haber sentido odio, eventos que pueden erosionar hondamente la autoestima. Cuando alguien siente que su comportamiento no estuvo a la altura de las circunstancias, ello podrá producir colapsos narcisistas. Kordon et al. proponen la necesidad de intensificar los sentimientos de pertenencia social, la preservación del enlace libidinal con el objeto y el mantenimiento de la dignidad personal como defensas que protegen al Yo. Destacan que la comprensión intelectual, la ideología y los valores, ocupan un papel protector, porque refuerzan la idea de que es posible evitar el sometimiento a las exigencias de los torturadores.

El equipo del GTNM/RJ prioriza el dispositivo grupal en su labor clínica. Dispositivo como aquello que articula elementos heterogéneos, produciendo alteraciones en la composición de los territorios existenciales. *“Se crea un vasto campo de confrontaciones de certezas, de expectativas, de interrogaciones, que se propagan como ondas sonoras, abriendo pozos donde*

---

<sup>37</sup> En tanto en Argentina la metodología represiva que privilegió el terrorismo de Estado fue la desaparición forzada de personas, es significativo que en ese país, en ocasiones, se habla de ex detenidos desaparecidos, considerando que permanecieron desaparecidos durante un tiempo y que, por otra parte, podrían haber sido desaparecidos en forma definitiva. Según EATIP (2002, p. 85) hubo más de 10.000 detenidos en cárceles.

*todo estaba cementado, agrietando lo que estaba congelado.” (...) “Estar frente a otros dispara movimientos inesperados porque es lo desconocido -no sólo como experiencia, sino también como modo de experimentar- que pasa a recorrer las superficies de los encuentros.” (Coimbra et al., 2002, p.305) El grupo como lugar para la reconstrucción de historias silenciadas y también para la creación de otras historias. Enfrentar las naturalizaciones que impone de un lado el individuo, del otro el grupo, y aún de otro la sociedad.*

En el marco de la convocatoria, “Por una vida sin tortura” realizada por el IIDH, el GTNM/RJ, destaca la importancia del trabajo grupal, jerarquizando este dispositivo como la estrategia terapéutica prioritaria para la atención a víctimas de tortura.

Esta elección no fue circunstancial ni aleatoria. Tuvo un objetivo central: grupalizar, fomentar lo colectivo. El grupo como dispositivo tiene un potencial de intervención en las formas de subjetividad individuada, la forma de subjetivación dominante en el mundo contemporáneo, lo que permite la vivencia de multiplicidad de fuerzas (sensaciones, afectos, ideas, pensamientos) que componen los procesos de producción social. El dispositivo grupal es un catalizador de flujos de existencia que permite la constitución de otros territorios existenciales, la producción de singularidades, de diferencia, porta el potencial de desnaturalizar lo que se vive como naturaleza de sí (Benevides, 2002). Así, el dispositivo grupal fue elegido como la estrategia terapéutica prioritaria por facilitar la ruptura de los modos privados, silenciados, que marcan de forma tan significativa a quienes vivieron la tortura. Por medio de la colectivización de la experiencia, el grupo potencia las redes necesarias para romper el aislamiento. (Vital, V., 2007)

El dispositivo grupal no estuvo destinado sólo al ámbito clínico. Cuentan haber realizado Talleres de “Clínica y Política” y de “Salud y Derechos Humanos”. Al referirse al trabajo psicosocial orientado hacia la Reparación, hablan del “Foro de Reparación” creado a instancias de la Comisión Estatal de Reparación; el que aglutinó a ex presas y presos políticos, así como a familiares de personas muertas y desaparecidas. El Foro permitió construir colectivamente un registro de ese período, así como, identificar las cárceles y los nombres de los torturadores.

Oyendo y participando en los testimonios entraba en escena otro modo de subjetivación de la experiencia de tortura, hasta entonces vivida de forma privada y aislada. De a poco se iba constituyendo otro mirar sobre sí y sobre los que participaron en la lucha política en aquel período y, ahora, en este colectivo. Estaba en construcción otro modo de ser que rompía con la soledad, con la impotencia, con los recuerdos dolorosos vividos de forma intimista, una ruptura que buscaba potenciar acciones colectivas para responsabilizar al Estado por las violaciones antiguas y actuales, y para exigir a las autoridades gubernamentales el respeto y compromiso con los derechos humanos. La fuerza del colectivo apuntalaba la descomposición de territorios existenciales solitarios, de formas individualizadas de enfrentar la situación, algo que se relacionaba con la convocatoria del Estado para la presentación de las solicitudes. (...) El trabajo grupal podrá ser un aliado, un disparador importante de este proceso. Como dispositivo es productor de heterogeneidad, de múltiples efectos, entre ellos el de estimulación de la memoria, estímulo de lo que se ve y se siente todos los días y que, conectado, cobra otro sentido. Puede ser un dispositivo potenciador de vida. (Vital, V., 2007)

El IIDH, organización que trabaja al servicio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, desarrolló durante un período sostenido un área de trabajo psicológico con víctimas de delitos de lesa humanidad, desde allí elaboró valiosas publicaciones. En la que se titula “Atención Integral a víctimas de tortura en procesos de litigio”, Raffo, P.,<sup>38</sup> propone las siguientes metas para la psicoterapia con víctimas de tortura (2007, pp. 80,81):

- Dar voz a lo silenciado en un encuentro vivenciado como no destructivo.
- Relatar la historia de eventos negados o no escuchados.
- La posibilidad de que otro reconozca la verdad de su historia.
- Expresar sentimientos y dirigirlos por caminos productivos y creativos.
- Vincularse en forma positiva con el entorno, abrirse a nuevas formas de relación.
- Afrontar las dificultades de la realidad, aceptar la frustración y el miedo.
- A nivel familiar liberarse de modos perjudiciales de relación que surgieron como formas defensivas y protectoras ante el trauma.
- Restablecer la capacidad de auto-sostenerse.
- Recobrar habilidades sociales y capacidad de logro.
- Recuperar el sentimiento de identidad. Retomar el ciclo vital previo.
- Distinguir entre pasado, presente y futuro.
- Hacer un trabajo de duelo. Que la energía “presa” en el dolor se dirija a fines más productivos y creativos.
- Trabajar las frustraciones que se pueden ocasionar para el caso de que su país no cumpla con los dictámenes de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

### **III.5. Trabajo psicosocial con víctimas de violencia política**

Merece una mención la referencia al trabajo con víctimas de violencia política llevado a cabo en diversos países de América Latina desde un enfoque psicosocial. Algunos autores consideran que la psicoterapia será sólo una de las formas de intervención posible en el trabajo con poblaciones violentadas; entendida ésta como una modalidad a utilizar en ocasiones específicas en las que exista una justificación que lo amerite, y no, como modalidad principal.

---

<sup>38</sup> Psicoterapeuta con extensa trayectoria en la atención a personas afectadas por la violencia política en Perú; elaboró el capítulo “Acompañamiento psicológico y terapia psicológica” para el IIDH, en colaboración con Carmen Wurst, Pilar Aguilar, el equipo del Centro de Atención Psicosocial y María Ángela Cánepa, así como también contó con los aportes del equipo interdisciplinario del Proyecto Atención Integral a víctimas de la tortura del IIDH.



Quienes trabajan desde ese enfoque establecen una estrategia en la que integran diversas metodologías para dar respuestas a las necesidades de las poblaciones: individuales, familiares, comunitarias, socio-culturales y políticas. Al utilizar la palabra psicosocial, no es posible obviar la polisemia del vocablo, en la práctica se encuentran experiencias que ponen el foco en sus diversas acepciones -unas con mayor énfasis en lo comunitario, otras en lo psicológico-. Se tomará esta noción en el sentido que le otorga el colectivo Red de Solidaridad Social (2002, citada en Restrepo, O.D., y Muñiz, G.O., 2005, p.93):

(...) lo psicosocial hace referencia, a «la bidireccionalidad establecida entre los procesos psicológicos y los procesos sociales». Se entiende por psicológico, aquellos procesos de aprendizaje (historia), emocionales, afectivos, cognoscitivos y motivacionales de un individuo en un contexto particular; lo social, se entiende como el sistema de creencias, normas, cogniciones, valores, principios y estilos de vida, compartidos de una forma significativa por todos o la mayoría de los miembros de una determinada organización o comunidad, que guían y condicionan la conducta de los mismos, generando o no procesos de cohesión. De esta forma, lo psicosocial apunta al acompañamiento y/o intervención a nivel personal, familiar y comunitario, para reestablecer el equilibrio emocional de las personas, así como de sus redes sociales y su capacidad de respuesta al nuevo contexto.

Restrepo y Muñiz, en un artículo científico, realizan un recorrido sobre los usos de esa noción. Aluden el trabajo de la organización Corporación AVRE (2005, p. 95); la que vincula el enfoque psicosocial a una concepción holística del ser humano, en la que interactúan de manera interdependiente, aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Así como, a una concepción de salud mental, como constante interacción de aspectos sociales, ambientales, biológicos, psicológicos, económicos, políticos, religiosos e ideológicos. Privilegian la promoción de salud y la prevención primaria. Se proponen como tareas: fortalecer la autonomía, acompañar el empoderamiento de las comunidades, realizar trabajo interdisciplinario. Hablan de recuperación cuando disminuye el sufrimiento, alcanzan a satisfacer las necesidades básicas, reconstruyen las redes sociales y se comprende socialmente, la problemática de quienes fueron víctimas. Se trabaja con quienes son directamente afectados y a su vez, con las comunidades. Estos autores (2005, p. 97), establecen algunos criterios en común en las organizaciones colombianas que se identifican con el enfoque psicosocial: conceden gran valor a la palabra, proponen estrategias pedagógicas y de prevención, trabajan en forma interdisciplinaria, promueven redes sociales, y se privilegian las acciones grupales por sobre las individuales.

Quien fuera el padre de la noción *trauma psicosocial*, Martín-Baró, I., postula que en situaciones de conflicto político, los ámbitos terapéuticos no alcanzan a encontrar los modos de resolución a las problemáticas de las personas; por lo que se requiere una tarea psicosocial.

A todas luces aparece la insuficiencia de la psicoterapia, individual y grupal, entendida

como un proceso de intervención psicológica. No se trata de abandonar a su suerte a aquellas personas que sufren ya en carne propia el estrago alienador de la guerra, pero este esfuerzo es insuficiente, incluso en el caso de los mismos individuos involucrados. Mientras no se produzca un significativo cambio en las relaciones sociales (estructurales, grupales e interpersonales) tal como hoy se dan en el país, el tratamiento particular de sus consecuencias será cuando mucho incompleto. (1990, p. 12)

Es posible afirmar, que el trabajo con personas violentadas por el terror de Estado, no es recomendable realizarlo en soledad y en la supuesta “comodidad” del consultorio psicológico particular, ello, podría significar favorecer el repliegue de las víctimas y reforzar la idea de daño privado. En tal caso, el terapeuta quedaría solo con la “carga” traumática, y se haría más engorroso acompañar al paciente en el necesario proceso hacia la recuperación de su ciudadanía. Por lo que, quienes trabajan con víctimas, será oportuno que puedan realizar al mismo tiempo, acciones dirigidas hacia la sociedad, para que esta conozca y se haga responsable de los hechos acaecidos. De este modo, podemos arribar a la siguiente conclusión, la noción “trabajo psicosocial” estará indudablemente emparentada a la noción “reparación integral”<sup>39</sup>. Entendiendo que aunque los sujetos porten efectos, que ocasionen sufrimiento a sus vidas y ello amerite intervenciones terapéuticas, en tanto son traumatismos socio-histórico-políticos, las sociedades tendrán que reconocerlos, procesarlos, tomar aprendizajes, enjuiciar a los responsables y de ese modo construir nuevos futuros en clave de Derechos Humanos. Desde esta mirada, será necesario que los terapeutas puedan identificar los alcances y limitaciones de los ámbitos clínicos, lo reparable de lo no reparable, los objetivos a cumplir y las expectativas que no se verán colmadas sin un trabajo psicosocial.

Cornejo et al. aportan luz sobre este punto:

Desde ahí, los terapeutas identificaron un límite a sus posibilidades de acción, pero además adjudicaron una función clara al estado en el restablecimiento de las condiciones que podrían favorecer un avance en la reparación del daño infringido, tanto a los individuos como a la sociedad en general. En primer lugar, demandaban del estado el reconocimiento social de las víctimas como tales y de los acontecimientos como hechos realmente ocurridos, con el fin de desprivatizar el daño, restituir la confianza entre las personas y el estado, y brindar continuidad a la experiencia subjetiva, condición indispensable para el desarrollo de una identidad y de relaciones sanas. (p. 69)

---

<sup>39</sup> Noción que desarrollaremos más adelante.

## CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO

### IV. 1. Nociones claves en el trabajo con víctimas de crímenes de lesa humanidad

Quienes profundizan sobre el trabajo clínico con víctimas de tortura, dedican un tiempo al análisis de la noción de trauma, para discernir si ésta, se ajusta a los efectos que constatan en la población. A la vez, se interrogan sobre la noción de estrés pos traumático (en adelante TEPT) y cotejan su aplicabilidad o no aplicabilidad con lo observado.

#### IV.1.a. Sobre la noción trauma y su vinculación con la tortura

Los efectos del terrorismo de Estado fueron pensados desde el bagaje teórico con que se disponía, la noción de trauma fue el “caballito de batalla” desde la que se buscó comprender los padecimientos estos pacientes. Sin embargo, al día de hoy algunos autores desechan las miradas desde la concepción clásica de trauma, por considerar que ello ha contribuido a psicopatologizar o a medicalizar una conflictiva de carácter social y político.

En los años 80 los profesionales de ILAS acordaron nominar a estos eventos “traumatizaciones extremas” (Lira et al, 1989, p. 21); noción desarrollada a partir de las teorizaciones de Bruno Bettelheim sobre las “situaciones límites” (1981); experiencias catastróficas que ocurren en un contexto sociopolítico y dañan la estructura psíquica del sujeto. Refieren a dos elementos que permiten nominar como traumático lo acontecido en Chile: el carácter sorpresivo e inesperado de amenazas vitales múltiples, y que los hechos causaron desorganización en sujetos, familias, grupos sociales y partidos políticos. Hablan de situación traumática cuando se produce desestructuración psíquica ante el evento amenazante (p. 23).

Al rastrear los orígenes del concepto trauma en el psicoanálisis, en “Inhibición, Síntoma y Angustia”, Freud, habla de “situaciones traumáticas” para referirse a aquellas vivencias del sujeto, en las que ha experimentado desamparo material en el caso de un peligro real, o desamparo psíquico en el caso de un peligro instintivo. Diferencia lo traumático de lo peligroso; lo traumático, dice, nos sorprende de improviso y lo peligroso puede ser previsto a través de la señal de angustia, en ese caso podemos anticipar y eludir el trauma.

La angustia es la reacción primitiva al desamparo en el trauma, reacción que es luego reproducida, como señal de socorro, en la situación peligrosa. El yo, que ha experimentado pasivamente el trauma, repite ahora activamente una reproducción mitigada del mismo, con la esperanza de poder dirigir su curso. (1925-1926, p. 2879) (...) Por otro lado, también el peligro exterior (real) puede llegar a ser internalizado si ha de llegar a significar algo para el yo. Tiene, en efecto, que ser reconocida su relación con una situación de desamparo ya experimentada, pues el hombre no parece hallarse dotado, o sólo en muy escasa medida, de un conocimiento instintivo de los peligros que

le amenazan desde el exterior. (Freud, S., 1925-1926, p. 2880)

Etimológicamente la palabra trauma viene del griego *τραῦμα* que significa “herida”, hace alusión a un ataque externo generador de dolor que producirá una marca duradera. En psicología se habla de trauma para referirse a acontecimientos de la historia del sujeto, caracterizados por su brusca aparición, por la incapacidad de ser anticipados, por el gran monto de sufrimiento que acarrearán, por ser des-estructurantes y concomitantemente, por producir efectos duraderos -en este sentido se dice que dejan una “herida” en el psiquismo-.

Según Laplanche, J. y Pontalis, J-B (1981) la noción de traumatismo desde una concepción económica del psiquismo remite a:

(...) una experiencia que aporta en poco tiempo un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético. El aflujo de excitaciones es excesivo en relación a la tolerancia del aparato psíquico, tanto si se trata de un único acontecimiento muy violento, como de una acumulación de excitaciones. (p.448)

Freud en sus escritos posteriores a los años 20 -luego de conceptualizar sobre la neurosis de guerra y lo ominoso- retoma el modelo económico del psiquismo, la noción de trauma será asociada a la idea de una sobrecarga energética. Considera que los eventos traumáticos provocan una fijación de un quantum de energía, la que podrá llevar al sujeto a regresar a aquellas vivencias o derivará en producción sintomática. El impacto traumático en el psiquismo se transforma en energía que no puede ser tramitada o metabolizada.

El aparato acumula sin orden estas cantidades, que además de la desorganización a la que dieron lugar, terminan configurando una especie de tóxico pulsional que sólo atina a buscar el retorno a lo inorgánico. Esto Freud se lo explica afirmando que las pulsiones en general, para el final de su recorrido buscan recrear la situación en que se originaron. (Fractman et al., 2005, p. 221)

De acuerdo a la teoría freudiana la conciencia rechaza por medio de la represión secundaria, toda imagen vinculada a lo traumático a fin de evitar el sufrimiento psíquico que ella acarrea. Esta energía no ligada, disociadas de representaciones de palabra o cosa, propiciadas por el evento traumático, será el motor desencadenante de diversas constelaciones sintomáticas, podrá asomarse en sueños o aparecer disruptivamente frente a situaciones que en algún punto activan reminiscencias del evento, aunque aparentemente no guarden relación alguna, pero inconscientemente, abrochen determinadas conexiones.

La descripción de la etiología y psicodinamia de las neurosis de guerra (donde el factor sexual no se hallaba presente como en las neurosis transferenciales) y el concepto de angustia real abrieron, desde el psicoanálisis, el reconocimiento a aquellas situaciones de la vida social que, por sus características, constituyen una amenaza para la vida de

los sujetos y una fuente de producción de sufrimiento psíquico. El efecto traumático está dado porque queda un remanente de angustia sin simbolización, no representable por medio de la palabra. De acuerdo a Freud esta angustia no representable se corresponde con energía no ligada. (Kordon et al., 2002, p. 90)

Sin embargo, a diferencia de otros traumatismos, como los originados por catástrofes naturales o accidentes, el hecho de que la tortura haya sido ejecutada por humanos con la intención de ocasionar daños irreversibles, y de haber sido aplicada dentro de un sistema de terror que provocó un quiebre histórico-social, hacen que, la noción de trauma no baste para comprender cabalmente las repercusiones subjetivas de la tortura.

La intencionalidad política en la experiencia traumática padecida, moviliza en el sujeto las significaciones que le atribuye a esta experiencia dentro del contexto histórico en que se da. De esta manera puede poner de relieve un conjunto de recursos afectivos, ideológicos u otros, que contribuyen a un determinado tipo de reestructuración frente a la experiencia traumática. (Lira et al, 1989, p. 32)

No es posible leer lo traumático social sin inscribirlo en el contexto en el que se produjo, el contexto posibilitará u obstaculizará su enunciación. En contextos de persecución o de impunidad la palabra queda prohibida y enmudecida. Viñar, M., Ulriksen de Viñar, M. (1993, p. 16) señalan que el psicoanálisis ha acumulado evidencia clínica como para sostener:

(...) que la violencia producida y luego callada, el acontecimiento vivido y silenciado, construye efectos de marca patógena más importantes y nocivos que aquella otra historia de la que se puede dar cuenta por un relato, aun horroroso, desfigurado en los excesos de su verdad y su mentira, pero de cualquier manera, materia textual de una experiencia vivida y de su elaboración.

Algunos autores abogan por quitar la noción de trauma del terreno de la violencia política. En tal sentido lo declara Scapusio, M. (2011b):

La problematización del concepto de *trauma* (momento de la irrupción de la violencia terrorista y sus efectos dilatados en el tiempo en los distintos ámbitos, que van desde la persona individual hasta la sociedad) y el tránsito hacia el concepto de *daño* (es decir, el conjunto de los dispositivos que desde el poder reprimen y afectan las virtualidades y realidades productivas de cada agenciamiento social), son, a mi entender, algunos de los logros que obtuvimos en estos años.

#### **IV.1.b. Cuestionamientos a la noción trastorno estrés post-traumático (TEPT)**

La noción TEPT fue desarrollada por la psiquiatría, su primera aparición data del manual de DSM<sup>40</sup> III (1980); la que refiere a los efectos que se producen cuando las personas han experimentado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad física o

---

<sup>40</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

la de los demás (DSM IV, 1995). El mismo detalla una serie de expresiones sintomáticas. En la segunda versión, el manual identifica a la tortura como un evento traumático que puede ocasionar este trastorno.

La mayoría de los autores consultados, cuestionan la mirada médica por *tomar la parte por el todo*, al reducir los efectos de este tipo de violencia a un puñado de síntomas individuales. Se observa que, a medida que cae en desuso la aplicación del TEPT para el trabajo con estas poblaciones, gana en adhesiones la noción traumas psicosociales.

Aunque algunos de los síntomas observables en las víctimas de tortura, pudieran ingresar nosológicamente en la categoría estrés post traumático, los efectos a largo plazo no pueden ser comprendidos sin los correspondientes análisis socio-histórico-político. Lo patológico no radica en las reacciones defensivas que tienen los individuos que fueron torturados, sino en diseñar sistemas para destruir a semejantes al extremo de llegar a justificarlos sin tapujos. Deutsch, A. (2007, p.115), Puntualiza que cuando se afirma que la tortura es una “epidemia”, la misma es sólo una expresión metafórica.

Las principales críticas formuladas a la noción TEPT para su aplicación a víctimas de violencia política:

- a. No integra la condición de ocurrencia natural, accidental o intencional del evento. (Bekerman, 2002; Kordon et al., 2002; Madariga, 2002)
- b. No integra el análisis de las dimensiones sociales, políticas e históricas, de lectura imprescindible para el caso de estos traumatismos. (Martín-Baró, 1990; Bekerman, 2002; Madariaga, 2002; Pérez-Sales, 2006)
- c. No considera las diferencias entre traumatización crónica y retraumatización, como pueden ser las que se ocasionan por la impunidad o por el estigma social hacia los afectados (Bekerman, 2002)
- d. No integra los sentidos que cobran para el sujeto los acontecimientos. (Bekerman, 2002; Kordon et al., 1995).
- e. Puede psicopatologizar a las personas, de verlas sólo como conjunto de síntomas (Lira et al., 1989; Madariga, 2002; Kordon et al., 1995). Enfatiza lo biológico, se medica para aplacar el dolor, lo que privatiza el daño y quita responsabilidades sociales y políticas. (Stagnaro, 1998, citado en Kordon et al., 2002; Pérez-Sales, 2006)
- f. No incluye el análisis del desenvolvimiento de un conflicto en los planos intrapsíquicos, vincular y trans-subjetivo. (Kordon et al., 2002; Madariaga, 2002)
- g. Desconoce la condición pre-traumática del sujeto. (Madariaga, 2002)
- h. No reconoce los procesos dialécticos que se producen entre el sujeto y el evento

- traumático. (Madariga, 2002)
- i. La tortura es una acción planificada desde el Estado como forma de control político, su objetivo no es solamente el sujeto individual sino también el sujeto social. El TEPT no permite ver la dialéctica sujeto individual – sujetos social. (Madariga, 2002)
  - j. El manual habla de un evento traumático único que divide un antes y un después, no incluye secuencias traumáticas, traumas acumulativos, traumas cíclicos, re-traumatización. (Madariga, 2002)
  - k. No todas las personas que se ven enfrentadas a estos traumatismos presentan síntomas. Restrepo y Muñiz (2005, p. 81) citan investigaciones que lo demuestran (Palacios, 2001; Herrera y Sierra, 1997; Londoño y Muñiz, 2003) (Kordon et al., 1995).

Los profesionales del EATIP se oponen a considerar un síndrome post-tortura; porque la tortura es un procedimiento represivo de carácter político, no psicológico. Afirman no haber hallado “(...) *un cortejo sintomático complejo, articulado, único y siempre presente.*” (Kordon et al., 1995, p. 160).

El TEPT representa la mirada psiquiátrica del problema, seguramente algunas de las señales sintomáticas se alivien con las medicaciones prescritas; lo que alcanzará a cubrir una parte de la demanda de quien consulta. Sin embargo, desde una mirada clínica, no sería la forma *per se* de resolución porque no contribuye al análisis de esta conflictiva en todas sus dimensiones, y no favorece procesos de sublimación o de resolución social. La medicación podrá aliviar el sufrimiento pero no reparar los daños.

#### **IV.1.c. Concepto trauma psicosocial**

Diferentes autores latinoamericanos incorporan la noción trauma psicosocial, entendiendo que la violencia política produce secuelas no sólo en los individuos, sino en sus vínculos: familiares, institucionales, sociales, políticos; en pocas palabras, conmociona toda la vida de relación de una sociedad. Martín-Baró, I., sostiene que los traumas que devienen de la aplicación de la violencia política deben ser analizados en su contexto; explica con claridad la diferencia entre las nociones de trauma y de trauma psicosocial:

Por lo general, se califica como trauma psíquico la particular herida que una experiencia difícil o excepcional (...) deja en una persona concreta. A veces, y en sentido ya más análogo, se utiliza el término trauma social para referirse a cómo algún proceso histórico puede haber dejado afectada a toda una población, por ejemplo es el caso del pueblo alemán y del pueblo judío tras la experiencia de la “solución final”. Aquí se utiliza el término nada usual de “trauma psicosocial” para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada de una guerra como la que se da en El Salvador. La herida o afectación

dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto así como por otras características de su personalidad y experiencia.

(...) Al hablar de trauma psicosocial se quieren subrayar también otros dos aspectos, que con frecuencia tienden a olvidarse:

a) que la herida que afecta a las personas ha sido producida socialmente, es decir, que sus raíces no se encuentran en el individuo, sino en su sociedad.

b) que su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales. Lo cual tiene obvias e importantes consecuencias a la hora de determinar qué debe hacerse para superar estos traumas. (1990, p.10)

El autor entiende que para trabajar los efectos de estos traumatismos, serán insoslayables acciones dirigidas hacia los vínculos sociales, porque los daños no se produjeron sólo en los individuos, sino y al mismo tiempo, se dañaron las estructuras sociales, las que regulan la vida de la gente, las que transmiten valores y educan, como aquellos discursos que justifican la represión (1989, p. 10). Entre las modalidades sociales a modificar subraya la urgencia de educar en la razón y no en la fuerza, para que la convivencia se funde en la complementariedad y no en la violencia.

Es interesante observar que, desde marcos conceptuales diferentes y trabajando con poblaciones distintas, diversos autores arriban a igual conclusión, respecto a que no es posible soslayar el componente social en el trabajo con víctimas de violencia política; como señala Ulriksen de Viñar, M., (1993, p. 66), al referirse al carácter social de este tipo de traumatismos:

Cuando ha sido víctima de una verdadera violencia social, el paciente se muestra al analista –sea de entrada y brutalmente o después de un cierto tiempo– como alguien sometido a un "traumatismo acumulativo". Esto porque, luego de un traumatismo vivido como central, los acontecimientos provenientes de lo social continúan golpeando al sujeto durante largo tiempo.

Lo social irrumpe en la clínica, al decir de Viñar, M. (1993), siempre se puede reducir lo desconocido a lo ya conocido, pero también uno "*puede arriesgarse en la ignorancia sin la brújula freudiana*" (pp. 81, 82). El terror conmueve la subjetividad produciendo otra, porque se afecta el lazo social.

Por su parte, Madariaga, C. (2002, p. 16) incorpora este concepto y lo desarrolla. Considera que el evento traumático adquiere estatuto de hecho socio-histórico, que reconoce el rol determinante de las relaciones sociales. Entiende el trauma como proceso extendido en el tiempo que afecta a toda la sociedad, pero de forma diferente a los diferentes grupos y clases sociales, por lo que advierte, formas específicas de daño vinculadas a la pertenencia social. De la teoría del trauma aportada por Martín-Baró prepondera la relación dinámica trauma-sujeto.



Se trata no de individuos asociales, que viven el drama de la violencia en una suerte de soledad autista de su campo intrapsíquico, sino de grupos o colectivos humanos en los que es posible reconocer puentes interconectores entre sus propias vivencias. Cada sujeto elabora -de modo peculiar, pero siempre socialmente- la experiencia traumática al interior de sus contextos resocializadores (familia, comunidad, organizaciones sociales, partidos políticos, etc.), ya sea consciente o inconscientemente, produciendo asignaciones de causalidades, cosmovisiones, pautas sociales de conducta, estilos de respuestas adaptativos, explicaciones político-ideológicas, etc. que definen, finalmente, ciertas formas de conducta social. Esta conducta revierte hacia el contexto y hacia los propios eventos traumáticos, ya sea potenciando la situación preexistente o generando un campo de potencialidades para el cambio de la misma. (2002, p.17)

El estudio que llevan a cabo Cornejo et al. (2007, p. 67), aplica esta noción de Martín-Baró al trabajo con presos políticos. Resalta tres aspectos definitorios: el carácter dialéctico del trauma psicosocial; la necesidad de identificar las causas sociales y en tercer lugar, la presencia de eventos traumáticos que afectan las relaciones sociales a lo largo del tiempo. A partir de ellos, concluyen que no es posible dejar de considerar que aunque los efectos físicos y psicológicos se manifiestan en sujetos, es la sociedad la que fue impactada, por lo que el trauma está inserto en la trama social.

Por otra parte, resulta complementaria a la noción propuesta por Martín-Baró, la noción *trauma colectivo* desarrollada por Pérez-Sales, P. Quien considera que si la sociedad global fue afectada por el impacto de los traumatismos, las reacciones colectivas influirán en la evolución individual del afrontamiento del trauma. Cuando el hecho devastador impacta sobre una colectividad, existirán efectos sobre la representación compartida de la realidad. Propone una aproximación a la definición de trauma colectivo, como

- Proceso de desestructuración social de los sistemas básicos de valores y creencias compartidos originado por una o más de las violencias derivadas de (a) las condiciones sociales, económicas o materiales compartidos por una mayoría significativa de sus miembros, (b) las condiciones políticas y sociales, (c) las situaciones de amenaza o miedo por la seguridad individual o de grupo;
- proceso de interacción y de reinterpretación constantes con la narrativa social compartida que emerge de los procesos históricos (memoria histórica socialmente construida), de la situación presente (hechos de violencia extrema) y de la perspectiva compartida de futuro como individuos y como grupo. (2006, p. 85):

Interesa remarcar la importancia de las narrativas sociales o discursos compartidos que se construyen alrededor de la violencia política, las que serán materia de trabajo en un enfoque psicosocial. Serán polémicas, estarán siempre en movimiento, pero siempre asignarán significados a lo acaecido. El autor se refiere a la situación post-trauma, a las modalidades en que las comunidades y/o sociedades resuelven y afrontan estos conflictos; y visualiza que lo que ocurra en el espacio social condicionará las posibilidades de procesamiento real del

traumatismo. El impacto del trauma produjo modificaciones en las representaciones sociales de la realidad, se hará necesario cuestionar, analizar las causas de los fenómenos, desmontar las ideas erróneas, resaltar los aprendizajes negativos (daño y victimización) y positivos (resistencia y supervivencia) que se extraigan de esas experiencias, a fin de producir nuevas narrativas y otorgar nuevos significados.

#### **IV.1.d. Noción Reparación Integral a víctimas de delitos de lesa humanidad**

Al accionar en el campo de los DD.HH. se hace necesario incorporar un enfoque interdisciplinario, ha de ser inexcusable el diálogo y el aprendizaje mutuo entre las disciplinas. En el trabajo con víctimas, resulta indispensable contar con conocimientos acerca de los avances del Derecho Internacional Humanitario; saber de las protecciones y garantías nacionales y/o internacionales, de los recursos disponibles, interiorizarse en el trabajo de los organismos especializados y sus servicios, en tanto esta clínica se orientará en igual dirección. Los problemas complejos requieren de abordajes complejos; participar en una de las partes de la complejidad, compromete a los actores a visualizar los demás factores intervinientes.

La noción Reparación integra el *corpus* teórico del Derecho Internacional, ha sido profundizada en el marco del Sistema Internacional de Derechos Humanos (ONU) y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (OEA). Se refiere a las obligaciones que los Estados tienen para con las víctimas generadas por su propio accionar violatorio.

El Estatuto de Roma, de la Corte Penal Internacional<sup>41</sup>, en su Artículo 75 desarrolla los alcances de la Reparación, fundada en tres principios: restitución, indemnización y rehabilitación. La reparación en salud se orienta en el principio de rehabilitación.

La resolución 60/147 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (16.12.05) define los derechos de los ciudadanos que han sufrido violaciones a los DDHH y establece las obligaciones de los Estados para una real Reparación Integral. En el capítulo VI. Tratamiento de las víctimas, expresa:

Las víctimas deben ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos, y han de adoptarse las medidas apropiadas para garantizar su seguridad, su bienestar físico y psicológico y su intimidad, así como los de sus familias. El Estado debe velar por que, en la medida de lo posible, su derecho interno disponga que las víctimas de violencia o traumas gocen de una consideración y atención especiales para que los procedimientos jurídicos y administrativos destinados a hacer justicia y conceder una reparación, no den lugar a un nuevo trauma. (Art. 10)

---

<sup>41</sup> Que entrara en vigor el 1ero de Julio de 2002.

La *Reparación Integral* implica un conjunto de medidas articuladas entre sí, dirigidas a cubrir diversas dimensiones: ética, jurídica, social, histórica, política, cultural, material, salud. Desde esta perspectiva, la reparación es un arduo proceso multidimensional, que incluye medidas tendientes a conocer la verdad sobre los hechos, identificar y juzgar a los responsables, reconocer y dignificar a las víctimas, promover acciones que impulsen la memoria colectiva y la memoria histórica, todo lo cual, procurará producir impactos y modificaciones en las sociedades, para la inclusión de los valores que propone *el corpus* de Derechos Humanos. Se busca compensar a los sujetos violentados, se contempla que se recupere el acceso a bienes, servicios y oportunidades.

¿Qué puede reparar la psicoterapia sino está acompañada de procesos de reparación social? Se podría afirmar que en tal caso no hay rehabilitación posible. De ello fueron conscientes algunos colegas desde los inicios de esta labor:

Sin esta reparación, a nuestro juicio, las experiencias traumáticas de origen político, que se han manifestado en un daño psíquico individual o familiar, sólo pueden llegar a ser elaboradas parcialmente. La reparación individual como producto de la intervención terapéutica, queda necesaria e inevitablemente inconclusa. (...) Utilizamos el concepto de reparación, más allá de su sentido jurídico, el que alude fundamentalmente a medidas compensatorias. La extensión del concepto tiene que ver con la presencia de un daño que ha causado sufrimiento y requiere de respuestas conjuntas, activas y específicas, para poner fin al padecimiento. Esto no implica suponer que lo destruido, puede ser restaurado o recuperado como si el tiempo no hubiese pasado, o como si lo ocurrido no dejara huellas. La reparación social es, por tanto, simultáneamente una tarea y una utopía subjetiva y política. (Lira et al., 1989, p. 113)

Desde Uruguay hubo quienes arribaron a conclusiones similares:

Todo esto se apoyaba en la convicción de que debería ser el Estado quien finalmente se hiciera cargo de la Reparación, sin que esto implicara la exclusión del aporte de las organizaciones solidarias, autogeneradas al interior de los propios afectados. Esto se podría resumir en una frase: "La Reparación en Salud Mental, necesariamente debe realizarse en un contexto de Reparación Integral". Desde esta perspectiva de Salud y Reparación Integral, consideramos que la asistencia prestada desde las organizaciones de la Salud Mental, constituyó un aporte valioso, respondió a una demanda, y contribuyó a la vez a concientizar acerca de que no podemos atender esta problemática exclusivamente en términos de procesos de Salud - Enfermedad de los "afectados directos" por la represión política, sino que, por el contrario, deberíamos visualizar cómo las consecuencias de la represión política habían afectado al conjunto del cuerpo social. (Schroeder, D. y Fernández, E., 1989, p. 88)

Deutsch, A. (2007) sostiene que la reparación de los daños que provoca la tortura, está delineada por la intervención de la ley y el acceso a la verdad. Si el Estado no cumple con su rol, perpetúa las condiciones para que el dolor permanezca en las víctimas, sus familias y el tejido social. Insiste en la función reparadora de la memoria social. Recomienda la implementación de grupos terapéuticos, los que tendrán mayor efecto en sociedades que

asuman el daño. *“Cuando la sociedad entera opera como grupo de apoyo, el efecto terapéutico resulta más poderoso aún. (p. 122)”* Las víctimas necesitan sentir que su sacrificio no fue inútil, ser reconocidas y eso sólo se conquista con la intervención de la Justicia. Esta permite volver a instalar los valores de una sociedad al establecer con claridad quienes son los criminales y efectivizar la asunción de su responsabilidad. (2007, p.130)

Varios autores sostienen que la impunidad produce un efecto re-traumatizador (Kordon, D. y Edelman, L., 1995; Madariga, C., 2002). Que las sociedades nieguen las atrocidades cometidas profundiza las perturbaciones que generó la violencia política, aísla a las víctimas, cuando no las estigmatiza. La Ley debe regular los intercambios sociales y ser garante de una convivencia pacífica, cuando no se aplica, se habilita la transgresión, la que podrá invadir tanto los espacios públicos como los privados. Por otra parte, se entiende que los procesos terapéuticos deben ir en la línea de promover que los sujetos recuperen su ciudadanía, una forma de alcanzarlo es a través de la participación en Juicios o, en el trabajo en torno a la Memoria Colectiva.

Dentro de los ejes de nuestro trabajo fuimos viendo que nuestra función terapéutica también pasaba por fomentar la construcción de ciudadanía, promover el desarrollo de sujetos activos defensores de sus derechos. Constatamos los efectos reparadores cuando, quien fue agredido por el Estado se transforma en denunciante y/o en portavoz de la memoria colectiva. (Büsch, S. y Robaina, M.C. 2007)

Scapusio, M. (2011b), compartía la siguiente información:

(...) en el año 2008 Sersoc realizó una encuesta de satisfacción de los usuarios. En general, estos valoraban positivamente el rol de la institución, la calidad de la asistencia y la dedicación de los profesionales. Por eso, llamó nuestra atención que a una pregunta que decía “¿en qué medida el trabajo en Sersoc le ayudó a elaborar el daño causado por el terrorismo de Estado?” una buena parte de los usuarios respondieron que “poco” o “nada”, aclarando en el apartado para opiniones y observaciones que el daño sólo se superaría con el fin de la impunidad y el libre accionar de la Justicia.

A modo de síntesis, es posible concluir que para que haya reparación tendrán que profundizarse los procesos sociales y políticos orientados a este fin. Cornejo et al. (2007, p. 77) postulan que la validación social del daño es el proceso inverso a la privatización del daño; ha de ser un objetivo asentar un marco histórico consensuado respecto a lo sucedido.

## **IV.2. Nociones técnicas**

### **IV.2.a. ¿Qué se entiende por psicoterapia?**

En el origen de la psicoterapia psicoanalítica, Freud, S. (1905.a, p.1014) acude a la etimología de la palabra psique=alma, para definirla como el “tratamiento del alma” o tratamiento desde el alma, referido a los trastornos tanto anímicos como corporales, en el que

se utiliza como instrumento las palabras. Subraya que la efectividad del tratamiento necesitará de los siguientes componentes: el propio anhelo de curación del paciente, y la confianza de haber emprendido los pasos necesarios en cuanto al arte médico elegido y al respeto que le inspira la persona del médico. Componentes primordiales en todo tipo de terapia, donde: se juega algo del deseo del paciente, combinado con la confianza depositada en el clínico, así como, la confianza del propio clínico en su hacer.

Al establecer las diferencias entre la sugestión y la psicoterapia, Freud, S. (1905.b) acude a una metáfora utilizada por Da Vinci.

La pintura, dice Leonardo, opera *per via di porre*, esto es, va poniendo colores donde antes no los había, sobre el blanco lienzo. En cambio la escultura procede *per via di levare*, quitando de la piedra la masa que encubre la superficie de la estatua en ella contenida. (p. 1009)

Por medio de esta imagen, sostiene la siguiente idea de que la terapia analítica no quiere introducir algo, sino por el contrario, se propone extraer algo. Se ocupa de la génesis de los síntomas, de su conexión con ideas patógenas. La terapia se dirige a la naturaleza inconsciente de determinados procesos anímicos que originan los síntomas. En la búsqueda de la traducción inconsciente de estos fenómenos, el terapeuta se encontrará con la resistencia del enfermo, debido al displacer que le provoca el contacto con tales representaciones. Se propone que el paciente acepte algo que viene rechazando (reprimiendo), aquello que lo llevó a enfermar.

Según Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1981, p.324) la psicoterapia es el tratamiento de los desordenes psíquicos o corporales en el que se utilizan medios psicológicos: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc. Psicoterapia analítica es la que se basa en los principios del psicoanálisis (teóricos y técnicos). En la que desempeñan una función fundamental la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia.

Respecto a la eficacia de las psicoterapias, hay investigaciones que buscan corroborar qué orientaciones terapéuticas resultan más eficaces que otras. Botella et al. (s.f.) refieren a la pesquisa realizada por Luborsky, Singer y Luborsky (1975); la que resume la imposibilidad de establecer un vencedor, recurriendo al veredicto del pájaro Dodo en *Alicia en el País de las Maravillas*: "todos han ganado y todos merecen premio". Botella asevera que lo que hace efectivas las psicoterapias, no se basa tanto en lo que las diferencia, sino, en aquellos factores que éstas tienen en común. Corbella & Botella (2004) concluyen que una buena alianza terapéutica es la variable que más influye en las predicciones de éxito del tratamiento en todas las modalidades. Es de interés resaltar este punto porque un factor decisivo en el trabajo con personas que fueron brutalmente agredidas, será construir un espacio de real encuentro que

otorgue seguridad y confianza. Que la alianza terapéutica sea lo suficientemente fuerte para que las personas verbalicen vivencias, que no han podido relatar.

Los estudios de Corbella & Botella (2004, p.32) ponen de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional; establecen ciertas variables del terapeuta que inciden en el resultado de las psicoterapias:

(...) (a) el bienestar emocional; (b) poseer un sistema de valores y de constructos similar al de sus pacientes; (Beutler et al., 1986; Landfield, 1971) –según Torrey (1972), el hecho de que terapeuta y paciente compartan sus creencias acerca de las causas y el tratamiento de los trastornos psicológicos es un pre-requisito para que una terapia resulte exitosa; (c) tener capacidad de influencia social y aplicar las técnicas que usa con competencia (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986); (d) capacidad, evaluada por el paciente, de ayudar a éste a entender sus problemas (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975); (e) capacidad, evaluada por el paciente, de animar a éste a practicar gradualmente el enfrentamiento con las situaciones problemáticas (Sloane et al., 1975); (f) capacidad de comprensión, evaluada por el paciente (Sloane et al., 1975); (g) capacidad, evaluada por el paciente, de fomentar su autocomprensión (Sloane et al., 1975).

La siguiente definición de psicoterapia, por descriptiva, resulta amplia y aplicable a diversas modalidades terapéuticas:

Describe la naturaleza (un intercambio de comunicación), los componentes (el/los terapeuta/s y un/os paciente/s), los objetivos (mejorar la salud mental/aliviar un problema de salud mental) y los requerimientos (el paciente se otorga algún papel en el origen, el mantenimiento o la posibilidad de resolución del problema). (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001, p. 56)

Estos autores discuten acerca de si lo que hace el terapeuta, es mostrarle al paciente una verdad desconocida por éste. Proponen que toda psicoterapia permite a las personas abrirse a nuevos significados sobre los sucesos. Es decir, que lo que el terapeuta busca no es conocer algo que está dado, sino construir conjuntamente con el paciente una nueva versión de la historia que ha dado sentido al síntoma por el que el paciente consulta. Por lo que afirman, que la operación básica en psicoterapia es “cocrear” entre paciente y terapeuta un abanico de significados nuevos (p. 62).

#### **IV.2.b. ¿Neutralidad o No-Neutralidad en el trabajo con ex presas/os políticas/os?**

En la literatura psicoanalítica, con frecuencia se afirma que una regla insoslayable que deberá aplicar el analista durante el proceso de cura, será la *neutralidad*. Según Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1981, p.256):

El analista debe ser *neutral* en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; *neutral* con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se

expresa por la fórmula “no entrar en el juego del paciente”; por último, *neutral* en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder *a priori* una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones.

La noción de neutralidad resulta polémica entre los psicoanalistas, se parece más a un ideal a alcanzar que a algo mensurable. El analista se muestra siempre aún sin percatarse de ello. Como lo explica Vallespir, N. (s.f.):

Creo que la neutralidad vacila siempre. Una interpretación, una interjección, una pregunta o cualquier otra intervención del analista implica una vacilación de la neutralidad en acto, y esta actuación, llamémosla así sin temor, sin ceder a una valoración peyorativa del término, a veces hace acto psicoanalítico. Todo cuanto digamos o hagamos en el transcurso de la sesión no es inocente, no es gratuito, va a producir efectos en el analizante, inmerso en la caldeada atmósfera transferencial.

Kordon, D. y Edelman, L., cuestionan la neutralidad cuando es necesario incluir en el trabajo con personas afectadas por el terrorismo de Estado, el análisis de lo social y lo político.

Consideramos que la neutralidad no existe nunca como tal, que es imposible que el posicionamiento personal del terapeuta no se cuele en las interpretaciones, o no aparezca hasta en su manera de vestirse o en la decoración del consultorio. Por otro lado, la postura de la neutralidad puede de hecho contribuir a lo que podríamos llamar neutralización o desconocimiento de la incidencia del discurso social en lo psíquico, convirtiéndonos de esta manera, en reproductores del silenciamiento social. (Kordon y Edelman, 1995, pp. 181, 182)

Las autoras se manifiestan a favor de la regla psicoanalítica de abstinencia, entendiendo por tal, *la actitud terapéutica que no intenta manipular al paciente, ni satisfacer demandas de éste que se aparten de la necesaria contención y de la actitud interpretativa.* (p.183) A la vez recalcan que aunque integren una organización de derechos humanos, ello no significa impulsar a los pacientes a sumarse a este movimiento, ni a que compartan sus decisiones.

Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001, pp. 173, 174), realizan la siguiente síntesis. Uno de los objetivos del análisis es que la persona pueda revivir a través de la transferencia sus principales conflictos psíquicos; para ello habrá de proyectar en la persona del terapeuta aspectos propios. Se procura que la imagen que el paciente tenga del terapeuta esté configurada por sus propias fantasías y en menor medida condicionada por elementos de la personalidad del terapeuta. Idea que en su máxima expresión, ha comparado al terapeuta con una pantalla en blanco que recibe las proyecciones del mundo interno del paciente. Como si el terapeuta pudiera actuar sin memoria ni deseo. Los autores rebaten este planteo, y proponen hablar de neutralidad para referirse a las opciones personales del paciente y la intención de no poner en juego en la medida de lo posible, los intereses y valores del terapeuta.

Como señaláramos más arriba, colegas chilenos acuñaron la expresión “no neutralidad

ética". Uno no es neutral en lo ideológico respecto a que estas personas fueron víctimas de un poder dictatorial que buscó destruirlos. Lira et al (1989, p. 18) propusieron ofrecer a las personas afectadas por la represión política, una atención psicoterapéutica desde una "no neutralidad activa", en la que a su vez pudieran conceptualizar el trabajo que practicaban. Más recientemente, Lira, E. (2010, p.19) enlaza dos criterios, habla de un vínculo comprometido en el que se despliega una actitud éticamente no neutral. El terapeuta no es neutral frente al padecimiento del paciente, porque entiende su problemática como resultado de la agresión recibida por parte del Estado, debido a sus ideas o actuaciones políticas.

Similares planteos realizaron colegas argentinos del C.E.L.S. (1989, p. 56)

Tenemos una posición tomada. La experiencia nos señala que no hay neutralidad posible. Nuestro quehacer no está dissociado de la realidad histórico política concreta. No lo estuvo antes, bajo el imperio del terrorismo de Estado, que apuntó a la destrucción de los valores y los lazos solidarios. Ni lo está ahora, período en el que luchamos por recuperarnos de sus efectos, sustentándonos en la solidaridad como alianza fraterna, como reconocimiento de que todos fuimos atravesados por el mismo horror, y como operador eficiente contra la enajenación del sujeto humano. (...) Decíamos antes: no hay neutralidad posible. Nosotros, los terapeutas "ya no somos los mismos". Nos atravesó la historia compartida. (p. 61)

Kordon, D. (1995, p. 99) sostiene que los profesionales están interpelados en su tarea; se encuentran frente a una tensión constante entre la demanda social dominante o hegemónica y la posibilidad de, utilizar sus recursos para construir otras propuestas que intenten una modificación activa de la realidad. Existe un margen que es elección ética del profesional. Kordon et al. afirman:

Las personas que han sido torturadas necesitan un punto de certeza imprescindible para que se instale la alianza terapéutica. Este punto de certeza es la confianza. La persona necesita saber que puede compartir, con quien será su terapeuta, una opinión, un juicio de valor, sobre aquella experiencia traumática que le ha tocado vivir. Necesita saber que puede confiar sus secretos más íntimos a alguien que le garantice comprender lo que ha vivido como un producto social. (1995, p. 148)

Asimismo, desde SERSOC, se otorgó valor a una actitud no neutral:

Posteriormente, fuimos descubriendo que la no neutralidad, era un factor decisivo que fortalecía la alianza terapéutica y la empatía necesaria, para poder hablar de un sufrimiento humano que había sido ocultado a nivel social. Las marcas a nivel individual y familiar, provenían de un traumatismo histórico-social, del cual los terapeutas no estábamos ajenos, por ser miembros de una sociedad que en su conjunto había sido dañada. (Büsch, S. y Robaina, M.C. 2006)

Todo lo expuesto permite concluir un alto grado de consenso en la literatura consultada, sobre la actitud no neutral que presentará el terapeuta frente a las víctimas de tortura.



#### **IV.2.c. Transferencia y Contra-transferencia en el trabajo con ex presas/os políticas/os**

Las palabras portadoras de horror resuenan en el espacio de la pieza y en el cuerpo del analista. La paciente se va nuevamente. El exceso está ahora en mí, analista, y durante el tiempo de su ausencia, evoco a menudo una imagen: me siento como un depósito de cadáveres, una morgue. Yo sentía que debía guardar todo lo que me había dicho, el tiempo que le fuera necesario, para acercar nuevamente lo innombrable. Guardar y congelar era mi función. Una especie de memorial del horror. No olvidar, pero continuar viviendo. (Ulriksen. de Viñar, M., 1993, p.68)

Si se piensa en una clínica “escucha del horror”, bien cabe preguntarse qué discurre por entre el espacio de lo transferencial. ¿Qué se juega en el vínculo paciente-terapeuta referido a las vivencias de la tortura? Saber de aquello que nadie quiere saber, escuchar relatos pormenorizados de vejámenes, no puede ser una tarea inocua para quien oficia de escucha y ofrece un ámbito de contención.

Según Laplanche, J., y Pontalis, J-B. (1981, p.439) la transferencia:

(...) designa el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

Fernández Liria y Rodríguez Vera (2001, p.150), definen la transferencia como: “*proceso por el que el paciente experimenta su relación con el terapeuta en los términos de su pauta problema y actúa con respecto a él según estos términos.*”

Anteriormente, se hizo alusión a las vivencias arcaicas que se despliegan en la tortura, al límite de la eventualidad del desmoronamiento del Yo. ¿Qué papel juega el terapeuta hacia la posibilidad de re-significar aquello arcaico? ¿El terapeuta podrá ofrecer la necesaria “continentación” que facilite al sujeto esa reconstrucción?

Se tomará la noción contratransferencia en sentido amplio. Según reza en el diccionario de Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1981, pp.84, 85) “*Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste.*” Señalan que en el medio psicoanalítico hay discrepancias respecto a los alcances de esta noción. Hay quienes designan todo aquello que, por parte de la personalidad del analista, puede intervenir en la cura, otros lo limitan a los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca en el analista. Se tomará esta noción en el entendido de, interpretar la contratransferencia por las propias reacciones, que se asimilan con frecuencia con las emociones experimentadas.

Fernández Liria y Rodríguez Vera (2001, p. 153) la definen como “*el proceso por el cual el*

*terapeuta experimenta su relación con el paciente en términos de sus propias pautas idiosincráticas y se siente impulsado a responder en términos de las mismas y no en consideración de su papel como psicoterapeuta.”* El terapeuta tendrá que estar atento a reconocer esas reacciones, evitar actuarlas, antes deberán ser pensadas. Los fenómenos contratransferenciales serán de crucial importancia para detectar los modos de vincularse del paciente, y los efectos interpersonales que allí se juegan.

Todos los equipos de salud mental que han ofrecido asistencia a víctimas del terrorismo de Estado en el Cono Sur, han ahondado en la difícil tarea que significa “albergar lo insoportable”. Enuncian diversos modos para su procesamiento; entre los que jerarquizan el trabajo en equipo (Lira, 1989; Giorgi, 1995; Kordon et al., 1995; Büsch y Robaina, 2007). El pensar con otros, el estudio, la discusión, el análisis, el compartir sentimientos y vivencias con otros confiables, será primordial para un adecuado manejo de los impactos contratransferenciales. A la escucha de relatos de una crueldad inimaginable, encarnada en la figura del torturador; puede ocurrir que el terapeuta rechace ciertas reacciones del paciente.

Debe trabajarse sobre los distintos sentimientos que puedan generarse en el terapeuta en relación con conductas del paciente que no coincidan con su propia escala de valores (pueden describirse sentimientos de admiración, idealización, desilusión, reproche, repudio, etc.) (Kordon et al., 1995, p. 160)

Otras vías para soportar lo intolerable las aportará la intelectualización; el terapeuta se nutre de lecturas que le posibilite poner orden al caos. A la vez, será fructífero plasmar por escrito sus reflexiones. La escritura lleva a compartir, a que la palabra circule, a que se puedan encontrar formas de simbolizar lo que aparece como “agujero”. Quienes trabajan con estos de traumatismos, hablan de la necesidad de respetar los tiempos y las posibilidades del paciente. No será posible cumplir siempre con la regla de la asociación libre, habrá momentos que el paciente no podrá poner en palabras ciertas imágenes que acudirán a su mente; el terapeuta tendrá que saber esperar, cuando no, aceptar que hay restos que no podrán ser hablados.

Para ella, es todavía lo indecible, cercano al secreto, lo no-dicho. ¿Es necesario, entonces, pedir al paciente que diga todo? El analista sería, en ese caso, como un verdugo que exige la confesión de algo que ya sabe; confesión que sólo tiene el objetivo de destruir al sujeto. Si el analista no es un verdugo, puede convertirse entonces en un *voyeur* ávido de una escena obscena, vergonzosa, fascinado por el horror. Fascinación que permite volverse sordo al paciente, a su dolor. (Ulriksen. de Viñar, M., 1993, p.69)

Duetsch, A. (2007, pp. 126,127) sustenta la idea de que lo traumático puede ser “contagioso”; que escuchar las atrocidades cometidas por un ser humano a otro, puede resultar insoportable. *“Quienes trabajan con víctimas pueden experimentar –obviamente en un grado*

*menor y diferente- terror, rabia, desesperación, tal como fueron sentidos y como le son transmitidos*". A este fenómeno se lo denominó *contratransferencia traumática o traumatización vicaria* (McCann y Perlman, 1990, pp. 13-150. Citado en Deutsch 2007). La autora sostiene que escuchar historias de abusos puede perturbar el sueño o generar depresión. Considera que estas manifestaciones deben ser entendidas y atendidas para no perjudicar el vínculo con los pacientes. En este sentido, la lástima puede reubicar al otro en el lugar de víctima; los sentimientos de culpa podrían llevar al profesional a asumir responsabilidades que no le corresponden, sobreproteger a la persona o intentar gratificarla.

## CAPÍTULO V. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se utilizó metodología cualitativa con un diseño exploratorio descriptivo. El marco analítico epistemológico ha sido el método interaccionista “Grounded Theory” (G.T.), el cual mediante determinados procedimientos de interpretación y decodificación elabora inductivamente la teorización de un fenómeno.

La GT (teoría fundamentada) se refiere a la elaboración de una teoría derivada inductivamente del estudio del fenómeno del que da cuenta. Esta teoría se desarrolla y legitima durante y por la recogida de datos, así como en su análisis. (...) Esta teoría se aproxima en la práctica al análisis del contenido categorial de entrevistas, de materiales de observación o documentales, utilizando diversas teorías analíticas e interpretativas, fundamentadas en la codificación, entendida como una técnica de conceptualización de los datos (Strauss A, Corbin J, 1990, citado en Iñiguez, L., 1999, p. 500)

Método que al decir de Iñiguez, L., (1999) permite introducirse en el campo con diversas estrategias analíticas y de interpretación, con el propósito de conceptualizar los datos; se pone el énfasis en los significados aprehensibles a partir de producciones lingüísticas, verbales y documentales.

El objeto de estudio son los procesos psicoterapéuticos que se han realizado entre 2007 y 2012 con E-PP en Uruguay; de acuerdo a la narrativa de los terapeutas tratantes, o que han reflexionado en torno a esta temática. Para conocer los procesos terapéuticos se acudió a los clínicos: aquellos psicólogos y psiquiatras que han acumulado la mayor experiencia en el país, para este tipo de clínica. Destacándose tanto por su producción escrita, como por el número de pacientes atendidos para el período señalado. Se privilegió la mirada de los clínicos, porque a través de ella, es posible conocer cómo se desarrollan los procesos psicoterapéuticos, sus características y peculiaridades. Los criterios de selección de los terapeutas fueron: haber trabajado con un número mínimo de tres pacientes E-PP, durante un período mínimo de un año con cada paciente.

La técnica utilizada para arribar a los objetivos propuestos fue la entrevista en profundidad aplicada a informantes calificados. Las entrevistas buscaron facilitar la tarea de que los entrevistados se abocaran al análisis de su práctica. Iñiguez, L. (1999, p. 501) considera la entrevista como un contexto formal de interacción entre el/la analista y las personas investigadas; utilizada para recoger información sobre los pensamientos y la experiencia de los grupos que se analizan. Por otra parte, señala que en la actualidad se considera la implicación de quien realiza la entrevista y que, con mayor frecuencia, se estimula que el/a entrevistador/a se comporte como un participante más de la entrevista.

La entrevista posibilitó que los clínicos reflexionaran acerca de su praxis, al tiempo que transmitieran aspectos fácticos. Por medio de la entrevista se pudo trabajar los mismos temas con todos los integrantes de la muestra, a la vez que, profundizar sobre algún aporte particular con cada entrevistado. Los informantes calificados tuvieron la doble función de transmitir su experiencia clínica, y aportar elementos u orientaciones que enriquecieran la reflexión sobre los aspectos a privilegiar. Es decir que las entrevistas posibilitaron la tarea de “pensar con el otro”.

En este caso, proponemos repensar la relación o relaciones que se genera(n) a partir de una entrevista en términos de intersubjetividad-saber de experiencia, y no en los términos más tradicionales de objetividad-saber científico o académico. (Madriz, G., 2008, p.149)

Se realizaron doce entrevistas en profundidad semi-estructuradas basadas en preguntas abiertas para todos los entrevistados; efectuadas entre setiembre de 2012 y febrero de 2013.

La elección de los clínicos se segmentó de la siguiente manera:

- De CO.SA.ME.DD.HH: 6 entrevistas (cuatro psicólogas/o y dos psiquiatras). Se entrevistó a todos quienes cumplieran con los criterios de selección.
- Quienes hoy trabajan con E-PP en la clínica privada pero anteriormente lo hicieron desde SERSOC, se los eligió por haber teorizado sobre la experiencia: 3 entrevistas (dos psiquiatras psicoterapeutas y un psicólogo).
- Quienes gozan de amplio reconocimiento por su producción escrita en la materia, y que a su vez han trabajado con E-PP: 3 entrevistas (tres psiquiatras psicoanalistas).

Las entrevistas se clasificaron a través del software Atlas Ti V6. Se realizó análisis de contenidos temáticos para el estudio del contenido de la información recogida.

Por otra parte, ha resultado útil el acceso a algunos textos, escritos de diferente índole, realizados por los propios E-PP. Material que ha permitido establecer inferencias a partir de las propias experiencias y vivencias relatadas.

Se tomarán los siguientes **criterios para el análisis** del material recogido en las entrevistas:

Se trabajó la información recogida con la técnica análisis de contenidos temáticos. Se utilizó el método inductivo, es decir, se analizó de lo particular a lo general. Se enfatizaron aquellos contenidos recurrentes en el *corpus* de las entrevistas, tanto las ideas compartidas

como aquellas que suscitan miradas divergentes; dado el caso, se tomó alguna idea particular, cuando por determinada razón se la consideró sustancial, aunque no apareciera repetida.

El contenido se agrupó en códigos temáticos, los que *a posteriori* se fueron desgranados en subtemas o categorías. La información recogida en cada categoría fue procesada por medio de estrategias descriptivas y analíticas. Con un abordaje hermenéutico, se tradujeron los significados de la información de las entrevistas, procurando explicaciones para los diversos códigos conforme a sus partes o cualidades, organizando relaciones y detallando ciertos componentes. En base a los resultados obtenidos, se realizaron síntesis para focalizar lo esencial del objeto de estudio investigado. Para una acertada interpretación ha sido ineludible enmarcar los relatos en sus contextos; como señala Vieytes: *“La hermenéutica es, metodológicamente, un mecanismo de comprensión de la intencionalidad del otro, intencionalidad que sólo puede comprenderse en su contexto.* (2009, p. 54)”

El marco analítico epistemológico se ubica en la línea iniciada por Glaser y Strauss en 1967, el método interaccionista “Grounded Theory” (G.T.) o Teoría Fundada; el cual mediante determinados procedimientos de interpretación y decodificación elabora inductivamente una teorización de un fenómeno. La que es definida por Vieytes (2009, p. 58) como: *“(…) método que permite construir teorías, hipótesis, proposiciones y conceptos, partiendo directamente de los datos, y no de marcos teóricos existentes, investigaciones anteriores o supuestos a priori.”*

El proceso se desarrolla a partir del uso de dos estrategias: el método comparativo y el muestreo teórico. Se trabaja con conceptos, se identifican sus propiedades y se exploran las posibles interrelaciones. A partir del material recogido se buscan posibles ordenamientos y reelaboraciones, en un diálogo permanente entre observación e interpretación de los datos, la teoría se irá elaborando sobre la base de una lógica inductiva.

Para la transcripción de las entrevistas se utilizó el programa Soundsciber. Se clasificaron las unidades de análisis (fragmentos de entrevistas) a través del software ATLAS.ti V6, para definir los criterios de selección de los códigos, se tomó como indicadores las preguntas de la investigación y los temas recurrentes.

En términos de Hernández (1994), las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos. En ocasiones, a la unidad de análisis propiamente tal se le denomina, “unidad de registro”, es decir, la unidad de contenido significativo dentro del documento que servirá para extraer resultados (Briones, 1988b). (Cáceres, 2003, pp. 60, 61)

Se agruparon las unidades vinculando aquellas que guardan relación entre sí. Posteriormente, se realizaron interconexiones entre las unidades de análisis, a partir de las cuales se obtuvieron diversas categorías.

La primera regla de análisis ha sido la de identificar elementos que se relacionan con los objetivos de esta investigación. En segundo término, priorizar las unidades temáticas que aportan aspectos propios del trabajo clínico con E-PP luego de tres o más décadas de sufrir tortura y prisión política. En tercer lugar, privilegiar lo característico de este grupo (cuando lo hay) en comparación con lo propuesto por la literatura sobre efectos de la tortura y psicoterapias con las víctimas. Las diferencias podrán radicar en: el enfoque, aspectos teórico-técnicos o en el énfasis debido al transcurso del tiempo.

Luego de que los datos fueron segmentados y agrupados conforme a las reglas de análisis, fueron identificados grandes códigos. Cada código abstrae las características principales del contenido agrupado y las sintetiza bajo un solo concepto. Dentro de cada código se describen las categorías, algunas más descriptivas y otras más explicativas.

Se comparan conjuntos de datos pertenecientes a cada código, como fruto de esa comparación, en algunos casos se efectúa una descripción de la información obtenida, en otros se analizan los significados de acuerdo a constructos teóricos y en otros se ordena la información recabada.

Los grandes códigos a desarrollar en los siguientes capítulos son:

- SOBRE LOS CLÍNICOS ENTREVISTADOS
- ¿POR QUÉ MOTIVOS CONSULTAN LAS/OS EX – PRISIONERAS/OS POLÍTICOS?
- LAS/OS EX PRISIONERAS/OS POLÍTICOS SON HABLADOS A TRAVÉS DE LOS CLÍNICOS
- EFECTOS QUE PERSISTEN
- LA CLÍNICA: ASPECTOS TEÓRICO-TÉCNICOS
- LA REPARACIÓN: IMPACTOS Y PROCESAMIENTO
- ORIENTACIONES DIRIGIDAS A QUIENES SE INICIEN EN ESTA CLÍNICA

## PARTE II



# CAPITULO I. SOBRE LOS CLÍNICOS ENTREVISTADOS

## I.1. Algunos rasgos

Se habla de clínicos para referirse al conjunto de entrevistados (psicólogos y psiquiatras), también los nombraremos como profesionales o informantes. Se esboza su perfil: datos numéricos, nivel de experticia, marcos teórico-técnicos con los que trabajan y algunas observaciones. Posteriormente, se busca responder la pregunta ¿por qué trabajan con este tipo de pacientes? y por último, se ofrece un listado de autores referentes que guían esta clínica.

### I.1.a. Algunos datos de los entrevistados

Las personas entrevistadas son siete mujeres y cinco hombres; sus edades oscilan entre los 40 y los 80 años; siete son psiquiatras y cinco son psicólogos.

Tres son psiquiatras psicoanalistas, comenzaron a trabajar con E-PP durante la dictadura; han trabajado con estos consultantes durante décadas en el ejercicio liberal de la profesión. Uno continúa hasta la actualidad desarrollando esta tarea, otro es supervisor; otro no ha trabajado con E-PP en el último período. Los tres han teorizado sobre la tortura y sus efectos.

Dos psiquiatras-psicoterapeutas y un psicólogo, trabajaron durante dos décadas en SERSOC, continúan esta labor desde el ejercicio liberal de la profesión. Los tres como psicoterapeutas individuales, y el psicólogo además como terapeuta grupal.

De los profesionales de CO.SA.ME.DD.HH. cuatro son psicólogos y dos psiquiatras. Los psicólogos trabajan en psicoterapia individual, dos poseen experiencia como psicoterapeutas grupales, todos trabajaron anteriormente en SERSOC.; tres, desde hace más de dos décadas y uno desde hace una década. Los psiquiatras en la actualidad realizan solamente controles psiquiátricos, uno trabajó en SERSOC como psicoterapeuta por más de dos décadas. Los psiquiatras tratantes de CO.SA.ME.DD.HH. refieren a que atienden a algo más de 100 personas al año en la consulta psiquiátrica, de los cuales, más de la tercera parte son E-PP. Los psiquiatras que trabajaron en SERSOC durante más de dos décadas, han atendido a cientos de pacientes afectados por el terrorismo de Estado; si bien la mayoría no fue E-PP, se trata de un número significativamente elevado. Se debe consignar que hay un número de pacientes crónicos que se repiten año tras año<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> En SERSOC el número rondó en torno a las 50 personas.

Los psicoterapeutas tanto de SERSOC como de CO.SA.ME.DD.HH. han atendido a decenas de E-PP a lo largo de los años. Quienes trabajaron al mismo tiempo como psicoterapeutas grupales, han visto un número de pacientes más elevado. Los psicoterapeutas de ambas organizaciones han trabajado con frecuencia semanal; aunque en la segunda también se atiende en forma quincenal. En ambas instituciones los psicoterapeutas han trabajado de una a dos veces por semana, con un tope de entre 5 a 10 horas semanales. En CO.SA.ME.DD.HH. trabajan 6 horas semanales. Promedialmente, atienden entre 8 a 10 pacientes al año, aunque no todos son E-PP. Los terapeutas que trabajan con grupos atienden por grupo a entre 5 a 8 personas.

### **I.1.b. Marcos teórico-técnicos que utilizan los entrevistados**

Todos los clínicos, excepto uno, expresan que utilizan un marco teórico-técnico predominantemente psicoanalítico. Los profesionales al trabajar tanto en SERSOC como en CO.SA.ME.DD.HH., no han utilizado diván, la disposición espacial del encuadre ha sido cara a cara. Los técnicos de CO.SA.ME.DD.HH., durante un período mayor a dos años trabajaron en un Hospital en consultorios médicos. Los psicoanalistas se manejan con un encuadre psicoanalítico. Los psicólogos y psiquiatras de las instituciones, con experiencia en psicoterapia individual refieren en su mayoría, a un encuadre psicoanalítico flexible. En psicoterapia grupal se trabaja con Técnica Operativa de Grupos, Psicodrama y otras técnicas grupales.

Los entrevistados, mencionan nociones teórico-técnicas del psicoanálisis, a saber: escucha analítica, neutralidad, abstinencia, interpretación, señalamiento, mecanismos de defensa, “continentación”, análisis de la transferencia y la contra-transferencia, teoría del trauma, neurosis traumática, vivenciar traumático del adulto, metapsicología, aparato psíquico, beneficios secundarios de la enfermedad, identificaciones, identidad, elaboración, sublimación. Se observan diferencias en las valoraciones que otorgan a la regla de la neutralidad del analista, y en muy menor medida al Trastorno de Estrés Post Traumático.

Los médicos refiere al uso de otras estrategias clínicas: diagnóstico psiquiátrico, tratamiento farmacológico, estudios clínicos, internación, derivaciones a otros especialistas médicos. Uno utiliza un enfoque que denomina como psiquiatría dinámica:

*Camila<sup>43</sup>: “Elementos analíticos, es una escucha más analítica sin perder tu enfoque como psiquiatra, y tratando de entender si precisa algo más de apoyo, de “continentación”, o de*

---

43 Los nombres de los entrevistados han sido modificados.

*interpretación, de acuerdo al momento y lo farmacológico en caso que necesite. Eso les da como mucha tranquilidad, seguridad.”*

Otro utiliza un abordaje comprensivo:

*Micaela: “(...) tratar junto con el paciente de enmarcar ese síntoma tanto en la personalidad, como en la historia de vida, como en la historia de su conflictiva, como en su momento actual.” (...)” Se trata de meterse un poco más en el sentido, como ayudar al paciente a entender si tiene un sentido lo que le está pasando, dentro de su historia, dentro de varios marcos: de su medio, de su familia. A veces conflictivas específicas del aquí y ahora, laborales o de pareja o familiares.”*

### **I.1.c. Algunas consideraciones**

La mayoría de los clínicos advierten que los tratamientos no están centrados en los efectos del terrorismo de Estado, sino que atienden las necesidades del paciente en su integralidad; el paciente elegirá los contenidos a trabajar y pondrá énfasis en distintos momentos de su vida. La mayoría de los entrevistados expresan que los tratamientos que realizan con los E-PP, son similares a los realizados con otros pacientes, se atiende todo aquello que genera malestar. Por otro lado, reparan en que los efectos del terrorismo de Estado en las personas, se hallan en relación dialéctica respecto al procesamiento que la sociedad haga de los traumatismos históricos, y que algunos de esos aspectos son trabajados en su perspectiva individualidad y/o familiar. Se trabaja la particular historia de vida, se tiene en cuenta sus diferentes etapas y genealogías; se prioriza el presente, sin menoscabo de recordar o analizar el pasado (no sólo el traumático) y proyectarse al porvenir.

*Florencia: “Si fuera un servicio en el que hay que trabajar todos los días, no, no, imposible. Esto es para una vez por semana, a lo máximo dos y sin demasiada carga horaria. Jamás dedicarte solamente a esto (...) Esto te puede hacer daño”.*

Una característica de los clínicos uruguayos es que todos han dedicado al trabajo con esta población de afectados por el terrorismo de Estado, una baja carga horaria semanal, razón por la cual tuvieron siempre otras fuentes de sustento; se han desempeñado como terapeutas con otros pacientes o en otras áreas de su profesión. Ningún clínico en Uruguay ejerció esta labor como su principal empleo. Esto es valorado por los técnicos como una fortaleza, en tanto posibilitó mantenerse en ese rol por un lapso de tiempo prolongado.

Por otra parte, los profesionales han ido adquiriendo una mirada en Derechos Humanos, para la que necesitaron interiorizarse de distintas nociones, a saber: crimen de lesa humanidad, genocidio, desaparición forzada, tortura, reparación integral. Así como también, buscaron conocer las experiencias realizadas en otros países, respecto al procesamiento social dado a

este tipo de catástrofes. Lo cual se llevó a cabo participando en redes de organizaciones latinoamericanas y acudiendo a bibliografía.

## **I.2. ¿Por qué trabajan con personas afectadas por el terrorismo de Estado?**

No hay saberes que pueda aplicar, sino compromiso personal en el uso e integración de los conocimientos, las identificaciones, los aprendizajes, los sentimientos y los afectos, en su propia historia personal, ubicada en las grandes historias épocas por las que han transcurrido los avatares de sus circunstancias y sus estilos de conexiones con ellas. En los que están presentes los recorridos realizados en su formación como analista y los contextos institucionales y sociopolíticos que haya habitado y esté habitando, con sus propios recortes, preferencias y escotomas. (Galli, V. 2008)

El 50% de los entrevistados se ubica en igual franja etaria que la mayoría de los E-PP, lo que permite inducir que vivieron su juventud o ingresaron a la adultez, en período de guerra fría y empuje de los movimientos sesentistas; compartieron el mismo período histórico, caracterizado por revoluciones, período particularmente convulsionado.

Todos los entrevistados se identifican con una ideología de izquierda; algunos de los mayores de 60 años compartieron ámbitos de militancia en las décadas de los 60 y 70 con los E-PP; otros, fueron militantes a la salida de la dictadura. La mayoría no se define hoy como militante político partidario. Tres fueron perseguidos políticos durante la dictadura. Todos expresan sensibilidad para con las víctimas de estas violaciones a los DD.HH. Algunos señalan que se convirtieron en militantes de DD.HH. a partir del trabajo con las personas afectadas por el terror de Estado, al conocer las vivencias de los pacientes sintieron necesidad de comprometerse socialmente con sus causas.

Ante la pregunta sobre aquello que los motiva a trabajar en esta clínica, responden:

*Josefina: “Acá cuando uno se mete en esto es porque tiene una empatía muy grande con la gente y quiere de alguna manera, usar el conocimiento que uno tiene psicoanalítico, psicoterapéutico, para ponerlo a disposición de alguien que lo necesite y haya estado en esta situación extrema. Hay algo en común.”*

*Fernando: “Si, porque lo primero que uno se tiene que preguntar es ¿Cómo llegó uno ahí? ¿Por qué nosotros estamos trabajando en estos temas? Hay algo que tiene que ver con la historia personal, con la toma de partido que uno pueda haber hecho en otras etapas de la vida por determinadas formas de organización social.”*

*Florencia: “El sentir que dentro de todo hice las mismas cosas y tuve el privilegio de zafar.” (...) “Pertener a una misma generación, haber vivido las mismas cosas, haber creído en las mismas cosas, seguir en el fondo reivindicando las mismas cosas. Aunque hoy mi militancia concreta, yo abandoné todo tipo de militancia y mi militancia lo que tomo como militancia, es esto.”*

*Rafael: "Ahí se pone en juego mucha cosa que tiene que ver con la historia del analista, y tiene que ver con su análisis personal y tiene que ver, nuevamente, con el tipo de compromiso que uno asume."*

*Mateo: "(...) es el espacio en el que puedo juntar más la parte profesional con las convicciones ideológicas. Ese es uno de los puntos, de las motivaciones más fuertes y más grandes que siento. En otro espacio no encuentro esa cercanía digamos."*

*Leticia: "Lo que te une a esto es la historia, uno estuvo en la misma época y compartías la misma situación política." (...)" A mí me gusta trabajar con este tipo de pacientes, porque tengo cosas en común que es la parte ideológica." (...)" Además valoran nuestro trabajo, uno se siente que está haciendo algo productivo."*

*Micaela: "No, yo cuando me propusieron lo acepté de buena gana, sabía que me iba a ser difícil, porque también mi familia ha sido marcada por la dictadura, por torturas y exilios y todo eso." (...)" Pero también a su vez quería estar conectada con esto. Saber y entender. Hay una sensibilidad también, como un sentido también de la responsabilidad. Si nosotros no nos metemos con estos temas, intentamos ayudar a entender y ayudar a hacer algo."*

*Virginia: "Es algo que lo he pensado personalmente, creo que lo único que encuentro en sus raíces, algo que nunca se pudo aclarar desde el punto de vista de la Justicia. Yo crecí en mi familia, con que mi abuelo había sido asesinado y nunca se pudo saber quién lo mató." (...)" Hay algo en la raíz, como la búsqueda de la Justicia, de reparar un delito que se cometió."*

*Mercedes: "Por lo menos con los pacientes con los que a mí me ha tocado trabajar, (...) en general me he sentido gratificada con el trabajo, a pesar de lo doloroso que es. Porque los cambios que han podido hacer en general han sido muy significativos."*

Se observa acuerdo en la estimación de que quien trabaja en esta área posee una peculiar sensibilidad hacia esta población y una elevada motivación; de lo que se desprende que ninguno comenzó esta labor en forma azarosa sino por elección. Casi todos en algún momento, se preguntan por qué permanecen en este trabajo. Subrayan la necesidad de conocer las propias razones, tanto las conscientes como las inconscientes.

Entre las principales motivaciones, según el orden priorizado: afinidad ideológica (ser de izquierda), identificación generacional, militancia en DD.HH, unir lo profesional con lo ideológico, sentirse valorados por los pacientes, ver logros terapéuticos, haber tenido familiares perseguidos en la dictadura, responsabilidad social, motivaciones vinculadas a la historia personal. Algunos profesionales de CO.SA.ME.DD.HH. expresan que ven su trabajo como un tipo de militancia o aporte a la sociedad, porque es una tarea que conlleva un fuerte compromiso emocional y sin embargo, se percibe una baja remuneración.

En ocasiones, pacientes y clínicos se encuentren en movilizaciones en torno a la búsqueda de verdad, justicia y reparación. Los expresos realizan actividades a las que invitan a los profesionales a participar: actos conmemorativos, homenajes, presentación de libros,

espectáculos artísticos, marchas, celebraciones. Así como también, éstos asisten a actividades académicas en las que se tratan temáticas que los involucran. Se crea así un terreno de acciones compartido, lo que lo diferencia del trabajo con otro tipo de pacientes.<sup>44</sup>

*Fernando: “Es bien distinto a que te inviten a una organización de afectados como CRYSQL y que te tomes una copa con ellos cuando hay un festejo, o que sostengas un cartel en la marcha junto con ellos cada 20 de mayo. Eso potencia, no interfiere porque ahí mostrás la dimensión política que está presente, quieras o no.”*

Consultados algunos psicoterapeutas, sobre si esta situación puede producir puntos ciegos, respondieron que, aunque así fuera -como ocurre en todo proceso terapéutico-, ponderan la necesidad de que el paciente confíe y establezca una fuerte alianza terapéutica. Sostienen que es preferible que el terapeuta esté comprometido y de cabida a los aspectos políticos, antes que hable desde la ajénidad. Se señala que resulta más reparador dar escucha a lo que la sociedad no ha dado, en lugar de sumergirse en las profundidades de los aspectos más inconscientes.

Para evitar la sobre-implicación y cumplir con el rol de terapeuta resulta inexcusable, no perder la capacidad de pensar; capacidad que se refuerza en el “*a posteriori*” de la sesión, en el encuentro reflexivo con colegas, en la lectura, en la escritura y conceptualización de la práctica. Más allá de la empiria se requieren ámbitos específicos para desplegar el pensamiento. Al mismo tiempo, se debe continuar la tarea siempre inconclusa de analizar los mecanismos del autoritarismo que han dejado sus rastros en la sociedad. Como expresa Galli (2008):

A los psicoanalistas nos ayuda a entender que al realizar nuestra tarea clínica - ocupándonos de lo íntimo de cada persona o grupos de personas en lo que hace a los efectos del Genocidio- también estamos coadyuvando a elaborar e investigar los modos en los que esa particular tecnología de poder continúa actuando desde las memorias inconscientes y los imaginarios sociales, en nosotros mismos, en las organizaciones institucionales y en la totalidad del tejido social. (Galli, V., 2008)

Algunos psicoterapeutas aluden a haber observado cambios en sí mismos:

*Fernando: “Creo que por lo menos para mí, yo creo que no soy el mismo desde que trabajo estos temas y que mis concepciones en relación a lo que podría ser mi trabajo como psicólogo han variado muchísimo desde que me comprometí en el trabajo con estos temas. Creo que he aprendido mucho. Creo que la gente que consulta también ha tenido las posibilidades de aprender mucho. Sólo que aprender no es simplemente una tarea gozosa y disfrutable, aprender es muy doloroso también; porque uno tiene que abandonar formas de pensamiento que de repente lo acompañaron mucho tiempo, tiene que hacer rupturas, tiene que redefinirse, entonces aprender es algo que lleva trabajo.”*

---

<sup>44</sup> Este punto será desarrollado más adelante.

En pocas palabras, se plantea que la empatía del terapeuta hacia los pacientes - entendida como sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra-, su compromiso con el pleno respeto a los Derechos Humanos, así como la afinidad ideológica entre ambos, son elementos que favorecen la alianza terapéutica. Al mismo tiempo, se observa que cada terapeuta deberá tomar sus motivaciones como material de análisis.

### **I.3. Autores que guían la práctica de los entrevistados**

Se consultó a los entrevistados sobre los autores o textos que guían su práctica; en raras oportunidades aludieron a textos. Agrupamos los tipos de literatura según las siguientes categorías: a) concentracionaria<sup>45</sup>; b) psicología, psicoanálisis y filosofía; c) psiquiatría; d) terrorismo de Estado en el Cono Sur. Esta última, la subdividimos en: 1) trabajo psicosocial en América Latina, 2) trabajo psicosocial en Uruguay, 3) terrorismo de Estado en Uruguay y 4) operación Cóndor.

#### **I.3.a. De la literatura concentracionaria**

- Primo Levi (3)<sup>46</sup>
- Giorgio Agamben (3) “Lo que queda de Auschwitz”.
- Robert Antelme (2)
- Jean Amery (2)
- Paul Steinberger (1)
- Dionys Mascolo (1) “En torno a un esfuerzo de memoria”.
- Hannah Arendt (1)
- Daniel Goldhagen (1) “Los verdugos voluntarios de Hitler”
- Michael Pollak (1) “Memoria, Olvido, Silencio”
- Bruno Bettelheim (1)
- Philippe Claudel (1) “El Informe Brodeck”
- Imre Kertész (1)

---

45 Hace alusión a los textos que hablan a punto de partida de lo ocurrido en los campos de concentración nazi de la segunda guerra mundial.

46 Al lado de cada autor se menciona el número de entrevistados que lo incluye.

### **I.3.b. De Psicología, Psicoanálisis y Filosofía**

- René Kaës (6)
- Sigmund Freud (5)
- Donald Winnicott (3)
- Melanie Klein (3)
- Michel Foucault (3)
- Félix Guattari (2)
- Pichon Rivière (2)
- Janine Altounian (1) “Los caminos de Armenia”. “Un genocidio en los desiertos del inconsciente”
- Hélène Piralian (1)
- Jacques Lacan (1)
- Joyce McDougall (1)
- Wilfred Bion (1)
- Piera Aulagnier (1)
- Frances Tustin (1)
- Christopher Bollas (1)
- J. Laplanche, J.-B. Pontalis (1)
- Masud Khan (1)
- André Green (1) “Narcisismo de Vida, Narcisismo de Muerte”
- Marie-Claire Caloz -Tschopp (1)
- Pierre Bourdieu (1)
- Maurice Blanchot (1)
- Sándor Ferenczi (1)
- Baruch Spinoza (1)
- Walter Benjamin (1)
- Gilles Deleuze (1)



- Alain Badiou (1)
- Jean-Paul Sartre (1)
- Slavoj Žižek (1)

### **I.3.c. De Psiquiatría**

- DSM 4 (2)
- Henri Ey (1)
- Otto Kernberg (1)
- Daniel Murguía (1)
- Humberto Casarotti (1)
- Jorge Galeano (1)

### **I.3.d. Sobre terrorismo de Estado en el Cono Sur**

#### **I.3.d.1. Sobre efectos del terrorismo de Estado en América Latina**

- Diana Kordon (6)
- Lucila Edelman (6)
- Carlos Madariaga (4)
- Janine Puget (4)
- Libros del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP) (3)
- Textos del Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS ) (2)
- Textos del Grupo Tortura Nunca Más Río de Janeiro (GTNM/RJ) (2)
- Darío Lagos (2)
- Elizabeth Lira (2)
- Pau Pérez Sales (2)
- Carlos Beristain (1)
- Isidoro Berenstein (1)
- Daniel Kersner (1)
- Vera Vital (1)

- Ignacio Martín-Baró (1)
- Fabiana Rousseaux (1)
- Fernando Ulloa (1)
- Marcos Bernard (1)
- Gregorio Baremlitt (1)

### **I.3.d.2. Sobre efectos del terrorismo de Estado en Uruguay**

- Marcelo Viñar (8) “Exilio y Tortura”, “Fracturas de Memoria. Crónicas de una memoria por venir”
- Maren Ulriksen (6) “Exilio y Tortura”, “Fracturas de Memoria. Crónicas de una memoria por venir”
- Daniel Gil (5) “El terror y la Tortura”
- Libros del Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC) (3) “Represión y Olvido” I y II; “Paisajes del dolor senderos de Esperanza”, “Daño Transgeneracional”
- Edmundo Gómez Mango (2) “La desolación. De la barbarie en la civilización contemporánea”
- Aldo Martín (2)
- Rosario Arregui (2)
- Miguel Scapusio (2)
- Víctor Giorgi (2)
- María Celia Robaina (2)
- Lala Mangado (1)
- Stella Büsch (1)
- Graciela Bertrán (1)
- Luis Soma (1)
- Teresa González (1)

### **I.3.d.3. La voz de los afectados en Uruguay**

- Carlos Liscano (4) “El Furgón de los Locos”, “El lenguaje de la soledad”
- Mauricio Rosencof (2) “Las cartas que no llegaron”
- Autores varios. (2) “Memorias para Armar” I, II y III
- Edda Fabri (1) “Oblivion”
- Daniel Iribarne (1) “Los infiernos de la libertad”
- Madres y Familiares de detenidos desaparecidos (1) “A todos ellos”
- Taller Género y Memoria de ex presas políticas (1) “De la desmemoria al des-olvido”

### **I.3.d.4. Investigaciones del período histórico en Uruguay**

- SERPAJ: (1) “Uruguay: Nunca Más. Informe sobre la violación a los Derechos Humanos (1972 – 1985)”
- Investigación histórica sobre la dictadura y el terrorismo de estado en el Uruguay (1973-1985). Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica-CSIC; Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (1)

### **I.3.d.5. Sobre la Operación Cóndor**

- J. Patrice Mc Sherry (1) “Los Estados Depredadores: La Operación Cóndor y la guerra encubierta en América Latina”

Llama la atención el bajo nivel de coincidencias en la bibliografía jerarquizada. De esta información se desprende, que los profesionales en Uruguay se han manejado con una biblioteca amplia, tanto en lo que hace a su formación como psicoterapeutas, como en lo que refiere al trabajo con víctimas del terrorismo de Estado. Quienes más han indagado en la bibliografía concentracionaria son los psicoanalistas. Podemos concluir que quienes trabajaron durante décadas en SERSOC y quienes continúan en CO.SA.ME.DD.HH., no han manejado igual corpus teórico-técnico. Es posible estimar que cada profesional buscó su propia formación y no hubo una única formación especializada, homogénea para el trabajo en esta área.

## **CAPÍTULO II. ¿POR QUÉ MOTIVOS CONSULTAN LAS/OS EX – PRISIONERAS/OS POLÍTICOS?**

Se partirá de los motivos de consulta observados por los clínicos y luego se analizarán las principales conflictivas que se desprenden de ellos. Estas últimas se dividen en las siguientes categorías: conflictos vinculares en familias; conflictos psicológicos o psiquiátricos (crisis vital, emergencia de lo traumático, víctimas crónicas); procesamiento político de los traumatismos socio-históricos.

### **II.1. Motivos de consulta según la percepción de los clínicos**

Todo servicio de salud mental, dará cuenta de los rasgos característicos de una población, siempre y cuando se haga la salvedad de que no podrá establecer generalizaciones dirigidas hacia todo el universo de la misma. Será posible arribar a conclusiones, acerca del grupo de sujetos que consulta, el que mayormente, lo hace debido a situaciones de malestar o sufrimiento. Por tanto, no es posible establecer estimaciones que engloben a otros integrantes de la población que no hayan consultado o que lo hicieren en otros ámbitos clínicos.

Respecto a los motivos de consulta del último período (2007 – 2012), los entrevistados sostienen, que al igual que toda persona que requiere de apoyo psicológico o psiquiátrico, los E-PP han pedido ayuda frente a situaciones dolorosas actuales. Sin embargo, los terapeutas de CO.SA.ME.DD.HH y quienes trabajaron en SERSOC, sostienen que a partir del año 2005 (caracterizado por el inicio de los gobiernos de izquierda y de las políticas reparatorias), por primera vez -a diferencia del anterior período- los pacientes se han acercado impulsados por el deseo de procesar vivencias de la tortura y la prisión. Surge como novedad el hecho de que algunos E-PP revelen necesitar un espacio para hablar de esas vivencias en forma explícita desde el motivo de consulta.

Los clínicos que trabajan en CO.SA.ME.DD.HH, sostienen que en el actual contexto socio-histórico, esta población se halla más movilizada y habla con más detalles de los traumatismos padecidos durante el tiempo de detención. El 58,33% de los entrevistados afirman que existen vinculaciones entre los motivos de consulta actuales y algunos aspectos referidos a las experiencias pasadas, o a las dificultades actuales para el procesamiento social de aquella catástrofe social. Sin embargo, entre ellos se observan variaciones respecto al énfasis otorgado a esta situación, desde quienes afirman que los pacientes sólo hablan de los impactos actuales

de aquellas vivencias, a quienes consideran que no es la temática central en el transcurso de las psicoterapias.

*Florencia: "Igual se refieren a esa época, ¿Las diferencias entre el hoy y el ayer? No vienen a hablar de otras cosas, como a veces nos pasaba en SERSOC, que venían a hablar de una problemática que no tenía nada que ver."*

*Mateo: "(...) me encontré con cuadros de depresión, profunda depresión. Personas que ante distintas situaciones que el contexto, de alguna manera impone; como fue los recortes que se hicieron en cuanto a la Ley de Reparación. Gente que quedó excluida de la pensión reparatoria, todo eso, como re-significó las heridas ocasionadas treinta años antes."*

Sin embargo, el 25% de los entrevistados plantea que los motivos que gatillan la consulta son variados y similares a cualquier otra población.

*Josefina: "Yo te diría que no particularmente por lo que pasó en la prisión, sino por las cuestiones actuales, que no están directamente vinculadas, que aparecen en el proceso de poderse dar un tiempo para hablar para contar."*

*Virginia: "Yo sigo pensando que los pacientes que vienen a CO.SA.ME.DD.HH. y antes a SERSOC, vienen por motivos comunes y corrientes."*

Los principales motivos de consulta observados para el período, según la percepción de los entrevistados son: **conflictos en vínculos significativos** (58,33%), -se aclara que antes se observaban más en los vínculos de pareja y hoy se refieren a los vínculos con los hijos-, y **depresión** (50% veces) -éste aparece con mayor prevalencia en mujeres-. En un segundo nivel refieren a: **ansiedad** (33,33%); **trastornos del sueño** (25%); **alcoholismo** (25%) -con mayor prevalencia en hombres-; **ideas de muerte** (25%) -más en hombres-; **angustia o tristeza** (25%). Otros motivos de consulta mencionados son: **por pérdida de seres queridos; problemas laborales; crisis de pánico; fobias; sintomatología psicótica transitoria** -mayor prevalencia en hombres- y **flashbacks**.

Al observar estos datos, en primera instancia, no se encuentran mayores diferencias con los motivos de consulta que podrían encontrarse en otro servicio de salud mental. Las diferencias estriban en sus contenidos, frecuentemente asociados al pasado traumático.

*Agustín: "La problemática sigue siendo, 30 años más tarde, la inserción afectiva familiar." (...)* "En hombres básicamente es alcoholismo y en mujeres depresión."

*Florencia: "De este último período, son la reactivación de las consecuencias traumáticas, del 2005 hacia acá (...), los recuerdos emergen, sufren de reminiscencias en el sentido que son vividas tan actuales como si lo estuvieran viviendo hoy."*

*Micaela: "Sobre todo hay insomnio, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, y alguno tiene alguna sintomatología psicótica transitoria en general, no como psicosis crónica, no tengo ningún paciente psicótico crónico ex-presos políticos."*

Resulta un dato significativo, que al hablar de consultas psiquiátricas se excluyen los cuadros psicóticos crónicos entre los E-PP. Al analizar la información aportada, se puede pensar que el fuerte silencio social obligó a reprimir las emociones ligadas a las vivencias del pasado. Desde lo macro social se propuso el olvido, salvo contadas excepciones, no hubo interlocutores que quisieran escuchar y conocer lo ocurrido. Lo que se modificó a partir del año 2005. El desvelamiento o la denuncia ante la opinión pública, expuso la crudeza de los crímenes (hallazgo de restos óseos, aparición de menores apropiados, procesamiento de responsables, denuncias judiciales) con mayor énfasis durante el primer gobierno de izquierda (2005 a 2009), los que habilitaron la circulación de palabras en otros ámbitos sociales de: enseñanza, laborales, barriales, familiares. Las nuevas generaciones comenzaron a preguntar o el pasado se transformó en tema de interés social para los medios de comunicación.

Lo que se podría demostrar es que las víctimas necesitan del reconocimiento social de la barbarie, que se construyan discursos que reconozcan la ignominia. Los movimientos externos posibilitarían movimientos internos, la emergencia de recuerdos, sentimientos, vivencias y necesidad de darles cause.

Resulta interesante comparar los datos aportados por los clínicos, con los que arroja la investigación realizada por la Facultad de Psicología, mencionada en el capítulo “antecedentes”. Aunque haciendo dos salvedades: a) aquella revela los motivos de consulta no sólo de los E-PP, sino de todos los usuarios de CO.SA.ME.DD.HH. b) Se consignaron hasta tres motivos de consulta por persona. Sin embargo, son relevantes las coincidencias entre las percepciones de los profesionales y los motivos de consulta registrados en las historias clínicas. Conflictos en vínculos significativos y depresión son los dos principales motivos de consulta; los que les siguen, aunque aparecen en diferente orden, se les otorga similar grado de importancia. En el estudio de historias clínicas, se puede visualizar que un 15,34% consulta porque necesita hablar de las vivencias del período carcelario, algo que es enunciado por los clínicos. Otro motivo -que los profesionales no ubican dentro del listado motivos de consulta, pero sí mencionan en las entrevistas-, es que los E-PP solicitan ayuda para poder manejarse mejor frente a patologías de familiares (cuadros psiquiátricos y adicciones, fundamentalmente en hijos), que en la investigación de la Facultad aparece representado en un 13,64% de los consultantes. La misma investigación agrega otro motivo, consultan cuando se encuentran transitando enfermedades físicas o psicosomáticas, expresado en un 12% de los usuarios.

## II.2. Principales conflictivas

¿Cuáles son las causas productoras de todos los síntomas o señales? A partir de los motivos de consulta manifiestos se formularán posibles explicaciones. Se clasificaron las conflictivas según prevalencia y ámbitos de manifestación en: conflictos vinculares en familia; conflictos psicológicos o psiquiátricos; conflictos ante dificultades en el procesamiento político de los traumatismos socio-históricos.

### II.2.a. Conflictivas vinculares en familia

Los conflictos vinculares son los principales factores que gatillan la consulta. Según los entrevistados el mayor daño se aloja en la ruptura de la integración familiar; hacen alusión a la transmisión trans-generacional de lo traumático, la que podría llegar hasta la tercera generación. Por transmisión trans-generacional se entiende:

(...) la transmisión de contenidos psíquicos de una generación a otra, por la cual se transmiten características de la cultura y conflictos inconscientes que son parte de lo que conforma la personalidad de los individuos». Y apunta, en una referencia a Freud, que: «nada de lo que haya sido retenido podrá permanecer completamente inaccesible a la generación que sigue o a la ulterior. Habrá huellas, al menos en síntomas, que continuarán ligando a las generaciones entre sí en un sufrimiento del cual les seguirá siendo desconocida la apuesta que sostiene» (Kaës, 1996:21). (Citada en Scapusio et al. 2009, p. 346)

Dos décadas atrás Puget, J. (1991.p.34) infería igual conclusión:

(...) es posible afirmar que el espacio más dañado ha sido la estructura familiar y de pareja, y en segundo lugar el espacio somático. Tal vez ello derive del hecho de que, de golpe, la vida en sociedad y la problemática a ella inherente tuvo que ser evitada y esto repercutió directamente sobre la estructura familiar.

*Sebastián: “En cuanto a la vida íntima en las relaciones cercanas, en las relaciones conyugales donde entra en juego la fraternidad, la amistad, el erotismo, la experiencia catastrófica siempre es un terremoto respecto a eso”.*

Como se afirmó en el marco histórico, la dictadura no sólo buscó desarticular las organizaciones políticas y sociales, buscó imponer un modelo económico. Para ello era necesario dejar una enseñanza ejemplarizante en la sociedad, el horror debía calar hondo, producir una cultura de sometimiento y evitar intenciones de rebeldía.

*Mateo: “En cuanto a los daños es la desintegración familiar el más sobresaliente, las consecuencias más profundas. Personas que no han podido sostener familias, algunos con hijos con gravísimos problemas, sea de adicción, sea de violencia intrafamiliar también, pero sobre todo eso, el desmantelamiento de la familia.”*

*Leticia: “Lo que tienen en común es que al día de hoy siguen con problemas en la vinculación familiar. No tienen pareja o tienen parejas inconsistentes, no tienen trabajo o*

*pierden el trabajo. (...) Pero sobre todo la desintegración familiar.” (...) “Eso se veía en el 85 y lo sigo viendo ahora.”*

*Mercedes: “También en algunas situaciones con dificultades y conflictos en los vínculos de pareja, con hijas o hijos, con hermanos, fracturas de vínculos teñidos de enojos, traiciones, que conllevan a rupturas vinculares sintiéndose muchas veces en soledad y sin entender por qué pasó lo que pasó.”*

La prisión prolongada, la persecución que llevó a muchos a vivir en la clandestinidad o a marchar al exilio, impuso un fuerte desarraigo entre las víctimas y sus respectivos núcleos familiares (primarios y/o secundarios). Las familias quedaron divididas, con integrantes en diversos países hasta hoy. Hubo conflictos, divisiones, peleas, discrepancias ideológicas, mala resolución de conflictos, culpas, disputas por bienes materiales. Como si algo de la violencia sufrida pudiera haber quedado encorsetado entre los miembros del grupo familiar. Según los clínicos, es significativo el número de divorcios entre los consultantes.

*Virginia: “Antes venían por problemas con la pareja y ahora vienen por problemas con los hijos. Ahí por ejemplo el problema que veo (...) como una secuela, es que no han podido transmitir naturalmente, de forma vivencial, la experiencia que han vivido a sus hijos.”*

¿Por qué hoy emerge mayor preocupación por los vínculos con los hijos? En la actualidad los hijos son adultos (entre 30 y 50 años); con mayor frecuencia, hablan de vínculos conflictivos con los hijos mayores, o sea, con los que nacieron con anterioridad o durante la prisión.

*Josefina: “Yo vi varias mujeres que fueron separadas de sus hijos precocemente (...) quedó esa marca, que es una marca que tuerce la construcción yo diría “sana” del psiquismo del niño, y que marca a la madre en una cosa de culpa, entre culpa y rencor también. (...) Hubo muchas separaciones de hijos y padres.”*

La situación de encarcelamiento los privó de ejercer los roles parental en las primeras etapas del desarrollo de los hijos. En esta dirección requiere una mención especial, la situación de aquellos bebés que permanecieron en prisión con sus madres durante dos años, en quienes podría observarse las señales que dejó el tiempo de cautiverio. Se percibe que cuando los E-PP realizan un balance de sus vidas, sopesan la distancia que se produjo en el vínculo con sus hijos; quienes por otra parte, frecuentemente los acusan de haberlos abandonado. Algunos hijos no les perdonan haber nacido o vivido la niñez en condiciones de tanta violencia.

La prisión estableció rupturas en los vínculos entre padres e hijos -especialmente con los más pequeños-, aunque éstos recibieron los cuidados necesarios -por parte de familiares y personas cercanas-, nunca lograron recuperar el tiempo perdido. Como si hubiese quedado un “agujero” en la trama vincular, que hoy se resignifica al pasar ellos, los hijos, por la experiencia de ser padres. Aunque no hubo intención de abandono, hoy los E-PP miran aquella realidad con otros ojos. En ese momento formaron parte de organizaciones que se proponía mejorar la



sociedad, lo que los hacía justificar el hecho de tener que alejarse provisoriamente de los niños. Hoy, con el diario del lunes, sabiendo que la sociedad actual dista de haber alcanzado aquel ideal, sintiéndose derrotados en su proyecto, se preguntan si hicieron lo correcto y no pocas veces se arrepienten por ello. Por otra parte, es posible que muchos de esos padres, al ser liberados de la prisión, hayan tenido serias dificultades para cuidar y sostener material y afectivamente a estos hijos debido a los daños materiales y emocionales. Quizás hoy se jerarquice más lo afectivo por sobre la militancia, anteriormente no se permitían expresar ciertos sentimientos en tanto debían ser resistentes, duros, luchadores. Hoy, les preocupan más los vínculos personales; anteriormente no valoraban las situaciones propias.

*Agustín: “Estas otras personas que llegan a la consulta me han hablado de su prisión, del dolor de la prisión, de ver a sus familiares irse, de lo afectivo. De las pérdidas afectivas en prisión”. “(...) lo afectivo que se perdían con la prisión y se dejó de mencionar, los dolores sufridos. Lo más sufrido no es el plantón de 48 horas, lo más sufrido es el momento en que volvían a la celda en que abrían la carta o que no llegaba la carta. O que se moría la tía abuela. Eso lo he visto como norma.” (...) “Cuando hay referencias a los años de plomo las referencias son al dolor de lo afectivo, y lo otro es denuncia social.”*

Hay quien plantea que actualmente no hablan tanto de la tortura en la psicoterapia, porque de eso se habla en los juicios, en cambio en el espacio psicoterapéutico optan por hablar de las pérdidas afectivas del tiempo de la prisión, temáticas que no mencionaban antes.

*Mercedes: “También por mecanismos inconscientes, de identificación proyectiva, hubo identificación con los victimarios, dándose un pasaje donde se ejerce violencia a compañeros, familiares.”*

Aunque ocurrió en menor medida, se refiere al impacto de la violencia absorbida y a como la misma en determinadas ocasiones pudo haber promovido procesos de implosión, donde esa carga de violencia se volcó hacia las personas más cercanas. Se plantea la hipótesis de que es justamente en los vínculos más cercanos donde podrá emerger en bruto las marcas, como: la desconfianza, el temor a que el otro se acerque tanto que dañe, la impulsividad, la violencia introyectada. Es decir, los E-PP fueron depositarios de una violencia tan brutal que podrían transformarse en portadores de la misma, y sería en los vínculos cercanos donde aún se vislumbra aquello que no pudo ser simbolizado ni metabolizado.

En otro orden, tres entrevistados expresan que los E-PP manifiestan preocupación ante la posibilidad de haber sido promotores de daños trans-generacionales. Se interrogan sobre los efectos que la experiencia carcelaria puede haber dejado en sus hijos y por añadidura en sus nietos. Se habla de secretos familiares y de silencios.

*Josefina: “¿Qué se puede haber transmitido de todo aquello? ¿Qué puede haber quedado?” (...) “Como cosas que no se pueden develar. Cuánta cosa que queda oculta, reprimida, olvidada, yo diría que las personas necesitan también, poner fuera de la conciencia eso, dejarlo a un lado.”*

Pero las figuras del mal (la tortura, desaparición, guerra, genocidio) no generan experiencia ni enseñanza, sino vacío representacional. La experiencia catastrófica es un agujero en la continuidad representacional inherente a la vida psíquica. El horror y el dolor extremo no generan experiencia sino espanto, no genera representaciones y relato sino vacío representacional y por consiguiente lo ocurrido es difícilmente transmisible y compartible. (Viñar, M., 2011, p.58)

Se habla de lo silenciado al interior de las familias. Los E-PP han hablado poco de las experiencias dolorosas; con frecuencia relatan anécdotas positivas del tiempo de prisión. Parecería que las vivencias más terribles no se comparten, como forma de proteger al otro del sufrimiento, pero también como forma de evitar traer a la conciencia aquellos recuerdos. Por otra parte, los hijos al transitar hoy ellos mismos los roles paternos, seguramente pueden comprender más cabalmente los requerimientos de un niño; lo que podría permitirles visualizar con mayor claridad las carencias padecidas. Quizás recién ahora se animan a expresar las quejas por no haber sido cuidados lo suficiente cuando fueron pequeños.

## **II.2.b. Conflictos psicológicos o psiquiátricos**

### **II.2.b.1. Crisis vital**

Entre los conflictos psicológicos, el que aparece más repetido es el que se refiere a la crisis que se vincula con la etapa de vida en la que se encuentran. El 50% de los entrevistados asocian la demanda de consulta a la crisis que surge en el entorno de los procesos jubilatorios. En su amplia mayoría, los E-PP sobrepasan los 60 años de edad. Etapa de la vida que se caracteriza por promover balances, cierres, duelos, así como, por re-formular proyectos de vida. La militancia otorgó sentido y continuidad a la vida; la prisión se explica como una prueba de su compromiso militante. Quizás, la prisión fue de las situaciones más dolorosas que les tocó vivir, algunos se preguntan si valió la pena tanto sufrimiento; otros, si se alcanzaron los cambios que se proponían a nivel social, referidos a la construcción de un mundo más justo.

Varios entrevistados observan sentimientos de desilusión; señalan que los pacientes emiten fuertes críticas al gobierno, debido en parte, a que esperaban que éstos hicieran cambios más profundos en el seno de la sociedad, y en parte, a que llevaran a cabo una política reparatoria que estuviese a la altura de los acuerdos alcanzados a nivel de ONU y OEA.

*Josefina: “Como de esperar algo más, al fin. ¿Aquello tuvo sentido, valió la pena? ¿Se están haciendo las cosas bien?”*

*Camila: “Desilusión al no encontrar respuestas. “No fue esto por lo que yo peleé. No fue esto por lo que yo tanto trabajé. No fue esta la razón por la que estuve dispuesto a estar tantos años presos o alejado de mi familia, o fuera del país”.*

*Virginia: “Yo creo que la evaluación es que no están arrepentidos de haber estado presos, pero sí hay diferencias.” (...) “Por ejemplo uno de ellos por no coincidir con cómo se están llevando las cosas ahora. La evaluación que hacen de su vida, si valió la pena haber estado presos tanto tiempo.”*

*Mercedes: “(...) los afectados directos tienen 60 o 70 años, se encuentran en una etapa de sus vidas en la que empiezan a mirar para atrás, hacerse preguntas, replantearse y evaluar sus vidas, detenerse y mirarse más a sí mismos y eso también me parece que influye.” (...) “También muchas personas traen la decepción y desilusión en cuanto a lo que ellos esperaban en DD.HH. a partir de un gobierno de izquierda y lo que encuentran en la realidad como respuestas de sus propios compañeros.”*

*Florencia: “Con 60 años tienen la prejubilación, se han venido a radicar con la prejubilación que es muy chica y la PER acá, en la búsqueda de su raíz. No se sienten extranjeros, pero están recordando cosas que por años no habían tocado. Un paciente que se fue con 24 años vuelve ahora con 64”.*

Se observa un fenómeno nuevo, algunos uruguayos que permanecieron viviendo en el exilio, en el último período retornan al Uruguay a partir de los procesos jubilatorios, el mundo que encuentran dista de aquel por tanto tiempo añorado, a la vez que comienzan a aflorar recuerdos al encontrarse con lo dejado.

El 25% de los entrevistados refieren a ideas de muerte o preocupación por la muerte, en sus pacientes. Lo vinculamos a la etapa de la vida por la que están atravesando, en la que se desarrolla mayor conciencia acerca de la finitud de la existencia, en la que podrían activarse temores por la propia muerte; los cuales quizá puedan re-activar vivencias de muerte experimentadas bajo tortura. Los clínicos señalan que de acuerdo a la casuística, los E-PP mueren antes de la edad promedio, situación que llevaría al aumento de estos temores.

### **II.2.b.2. La emergencia de lo traumático**

Cuatro clínicos relacionan los actuales malestares a lo que podríamos llamar la emergencia de lo traumático; entre ellos se incluye: desconfianzas, repeticiones y flashbacks.

*Camila: “Fobias, hay fobias específicas en algunos casos, fobias a animales o fobias al agua.”*

*Florencia: “Él tenía 17 años en el 76 y la reactivación de recuerdos que tenía totalmente sepultados, que le aparecieron como un flash, la característica es que aparecen como un flash en la memoria, el hecho tal cual. Unidos a veces a hechos traumáticos de la infancia, porque también en estos pacientes tiene que ver la historia de lo íntimo.”*

*Virginia: “(...) consultó porque tenía problemas con el trabajo (...) el problema de ella era la búsqueda de la Justicia, porque se sentía injustamente tratada en el trabajo, problemas con la Jefa y con otras compañeras.”*

*Sebastián: “Lo que Freud ha llamado neurosis traumática es vivir un hecho del pasado como si estuviera ocurriendo ahora, es la incapacidad de transformar la experiencia dolorosa en recuerdo, y de presentificarla como alucinación. Es una desorganización de la temporalidad psíquica.”*

*Mercedes: “Hay otros que quizás tengan que ver con el paso del tiempo, con esa distancia necesaria, con que empiezan a aparecer síntomas y ya no es posible silenciar, ocultar o seguir viviendo con ellos, los recuerdos pujan, el cuerpo habla.”*

*Micaela: “Como si estuvieran intoxicados con las vivencias esas, aún hasta el momento actual, y como que se ve claramente que no le han podido dar un lugar a eso en su psiquismo, entonces esas vivencias irrumpen en su vida diaria. Sobre todo en momentos de conflictivas por otros motivos eso aparece con fuerza, como que las vivencias traumáticas y las angustias derivadas de esas vivencias irrumpen en los momentos de crisis. Más allá de que la crisis sea provocada por otra cosa, por otra conflictiva, de pareja, laboral, económica.”*

La angustia no ligada aflora, la vuelta al pasado se expresa en el hoy a través de: flaschback de recuerdos terroríficos, acting out, desplazamientos de aspectos persecutorios en personas del presente, sintomatologías en el cuerpo; este último se expresa, según los clínicos, con alta frecuencia en enfermedades psicósomáticas, autoinmunes o vasculares.

La elaboración del trauma se propondrá como un fin perseguido por el proceso terapéutico, recordar para no repetir. Se buscará alcanzar su re-significación, volver a sentir las emociones que giraron en torno al trauma, ligar afectos a sus respectivas representaciones, poner palabras a las vivencias, simbolizar lo que no pudo acceder a la palabra, y otorgarle nuevos significados.

Respecto a qué hacer en la psicoterapia con las vivencias derivadas de lo traumático Arango y Sanin, (2002, p.93, citado en Restrepo y Muñiz, 2005, p. 98), postulan que frente a los síntomas generados por el trauma, es menester, un trabajo clínico de palabra que permita historizar eso que ha devenido traumático, para que el sujeto pueda separarse de la fascinación por el trauma y salir de la repetición, y por lo tanto renunciar al goce que allí encuentra.

Aún así, como se afirmó en el marco teórico, esta clínica enfrenta al terapeuta a fuertes límites, el daño al haber sido tan masivo pudo afectar diversas dimensiones: intrapsíquicas, familiares, laborales, corporales, sociales, políticas, económicas.

### **II.2.b.3 Víctimas Crónicas**

Algunos de los entrevistados manifiestan haber encontrado un porcentaje menor pero constante, de personas instaladas en la posición de víctimas; algunos hacen referencia a los

beneficios secundarios que ello les otorgaría. Se habla de pacientes extremadamente demandantes, que consultan, reciben tratamientos, pero nunca logran colmar sus expectativas y posteriormente presentan numerosas re-consultas. Se ubican en el lugar de sufrientes y dañados, no pudiendo asir su vida entre sus propias manos, depositando en otros las responsabilidades por lo que les aqueja.

*Sebastián: “Bueno, si alguien viene con una neurosis traumática 30 años después, yo tengo mucha sospecha de que haya quedado anclado o incrustado en la posición de víctima. Incrustado en lo que Freud llama beneficios secundarios de la enfermedad. El mundo y la vida me han hecho un mal y deben repararlo, colocar afuera la capacidad reparatoria.”*

*Fernando: “(...) hay otro sector de población que se ha como cronificado en su demanda de atención terapéutica...(...) y que se sienten muy indefensos, frente a un mundo que ellos sienten que les dio la espalda (...)” “(...) un porcentaje de gente que sí ha quedado cronificada, en su lugar de víctima, que demandó atención el primer día y la sigue demandando hasta hoy, casi sin interrupción.”*

*Micaela: “Sí, veo más daños en los que eran más jóvenes. Y ni que hablar en los que tenían poco sostén familiar también. Porque, dentro de las personas que estuvieron presas había personas más frágiles y menos frágiles, en su personalidad y en su constitución familiar. El soporte ahí familiar. Cuanto más frágil era la persona más daño le hizo o más daño le pudo hacer la violencia de la dictadura y de la tortura.” (...) “Esa persona tal vez hubiera podido echar mano de otras herramientas, que es algo indiscutible, como factores protectores en alguien, que son las redes culturales, las redes sociales, la red familiar; la actividad laboral, todas esas cosas son factores protectores en una persona. Pero si estuvieron 12 años (presos) a partir de una edad, a los 18 años, no la pudieron tener.”*

*Camila: “Si, si. O no pueden salir de ahí, no logras que salgan de ahí, ahí es donde aparece la exigencia, como que nada es suficiente.”*

Se refieren a personas que luego de la prisión no pudieron rehacer su vida, frente a quienes los tratamientos fallan o no alcanzan a colmar sus demandas. La mayoría de ellos consultan por cuadros psicopatológicos. Personas que no logran el insight necesario, así como tampoco pueden operar cambios por *motus proprio*. El estudio realizado por Hails, K., en Chile, da cuenta de una situación similar, la autora refiere a un porcentaje de usuarios que no logra estar satisfechos con el servicio que les ofrece PRAIS, cuya demanda no es posible colmar nunca. Quizás en algunos, estos trastornos se habían manifestado con anterioridad a la experiencia de la prisión, pero en otros, es dable pensar que se puedan haber cronificado a raíz de ella. Es necesario subrayar, que quienes ingresarían en esta categoría son una minoría. Las personas no contaron con iguales recursos psíquicos ni del entorno a la hora de afrontar los traumatismos, ni durante la prisión ni *a posteriori*. Hoy se observa una amplia gama de situaciones entre quienes presentan daños crónicos y quienes no manifiestan daño aparente.

*Micaela: “También te sorprendes de la salud mental de la gente. Hay gente que nunca consultó a un psiquiatra, que la lleva lo más bien, que ha podido hacer una vida posterior y que con mucha dignidad también, no por haber minimizado lo que les sucedió, sino porque tenían una salud mental y un sostén familiar, que no son los que vemos nosotros. Que no consultaron directamente. La salud mental de algunas personas, son como de bala.”*

Anteriormente se hizo referencia a los resultados primarios de la investigación Proyecto V.I.V.O. - Uruguay, a través de la cual se registró que en los E-PP que respondieron al cuestionario, no se habían observado daños. Ante lo cual Pérez-Sales, P., arriesga la siguiente hipótesis, que se deba a que la muestra no es aleatoria o, a que efectivamente tienen un afrontamiento muy resiliente. A propósito de los daños, surge la interrogante ¿En qué situaciones las experiencias de tortura y prisión han ocasionado mayores daños?

A partir del discurso de los clínicos es posible extraer, a modo de hipótesis -lo que debería ser profundizado en otra investigación-, que las principales causas podrían deberse a: 1) Haber sido apresados en la adolescencia, antes de haber alcanzado las destrezas necesarias para manejarse con autonomía. 2) Los que con anterioridad a la prisión o durante la misma presentaron antecedentes psiquiátricos. 3) Quienes no contaron con apoyos afectivos y familiares durante la prisión y/o *a posteriori*. 4) Quienes no contaron con suficiente formación política, razón que les impidió comprender las lógicas de lo que iba aconteciendo. 5) Quienes aún registran sentimientos de culpa, por hechos reales o fantaseados, respecto a la idea de no haberse comportado a la altura de lo que esperaban de sí mismos.

### **II.2.c. Conflictos ante dificultades en el procesamiento sociopolítico de los traumatismos**

El 50% de los entrevistados observa que los hechos desarrollados en el plano macrosocial, vinculados al procesamiento sociopolítico de los traumatismos, podrían “empujar” a las personas a la consulta. Se trata de motivos de consulta en los que la persona vincula lo que ocurre en el plano social, con la movilización interna que ello le produce o con la sintomatología física que ello le acarrea.

SERSOC ya había dado cuenta del aumento de la consulta en momentos picos, en aquellos en los que se hace patente el horror, o en los momentos de retroceso en la búsqueda de verdad, justicia y reparación:

En Sersoc, hemos visto incrementada la consulta o la re-consulta ante cada evento socio político vinculado con el tema de la represión política (pérdida del voto verde, represión en el Filtro, aparición de menores desaparecidos, creación de la Comisión para la Paz, etc.). (Sersoc, 2005, p.8)

Salvando las distancias, este fenómeno podría asemejarse a lo que Wilde, A., (2007, 5) ha dado en llamar “irrupciones de la memoria”:

(...) son hechos públicos que asaltan la conciencia nacional de Chile, espontánea y a veces súbitamente, y evocan asociaciones con símbolos, figuras, causas, estilos de vida, que, en una medida fuera de lo común, se relacionan con un pasado político que todavía está presente en la experiencia vivida de una parte importante de la población.

Los clínicos establecen los siguientes nexos:

*Agustín: “... la aparición del primer desaparecido (referido a los restos) llevó a un aumento de consultas que después se estabilizó a lo que eran los valores normales de los últimos años de SERSOC.”*

*Florencia: “(...) ahora cuentan los detalles de la tortura y las secuelas que han dejado en su cuerpo. Digamos que hay recuerdos que son positivos y los llevan a la Justicia, pero de todas maneras están muy movilizados, muy angustiados hasta llegar al grado de descompensación.”*

*Leticia: “(...) todo el tema de la tortura, lo que les hicieron, lo que pasaron, lo pueden traer recién ahora, de forma impresionante.” (...) “Recién lo traen ahora, movidos fundamentalmente por el tema de las denuncias. En realidad es un tema de lo que no se habla, ni con la familia.”*

*Mateo: “(...) yo lo que veo es que ante cada circunstancia, como por ejemplo fue la exclusión de la Ley que dio la Pensión Reparatoria, o la derrota en el último Referéndum para derogar la Ley de Caducidad. Son situaciones que es como que se reviven, se re-traumatiza otra vez a las personas.”*

*Micaela: “Sí, a mi me da la sensación de que la apertura de todos estos juicios ha generado movilización y síntomas, por eso la gente consulta.”*

Los clínicos observan más movilizados a los pacientes cuando ocurren sucesos sociopolíticos que dificultan el procesamiento de ese pasado; lo que confirma la idea de que los traumatismos psicosociales para que puedan ser procesados psíquicamente necesitan ser abordado conjuntamente en forma social, porque se hallan interconectados. Resultan significativas las apreciaciones acerca de que en el último período los E-PP hablan más de la tortura, de lo que lo hicieron durante las dos décadas anteriores. El procesamiento macro social de la catástrofe agiliza procesos personales; se puede mostrar lo que fue silenciado cuando la sociedad lo reconoce y le da un lugar legitimado. Se podría pensar que las personas para continuar con sus proyectos de vida debieron disociar o negar lo vivido en aquel período, y concomitantemente, controlar las emociones asociadas a ellos; pero cuando el horror reaparece en forma intempestiva en el espacio público a través de los medios de comunicación, aquellos equilibrios alcanzados se tambalean y resurgen las emociones.

## CAPÍTULO III. LAS/OS EX PRESAS/OS POLÍTICAS/OS SON HABLADOS A TRAVÉS DE LOS CLÍNICOS

A partir de los discursos de los clínicos se extraen ciertas características que ellos observan en los E-PP: militancia, austeridad, lenguaje y códigos, lo político en sesión.

### III.1. Ciertas características de las/os ex – prisioneras/os políticas/os

#### III.1.a. Militancia

Todos los clínicos subrayan el carácter de militantes de los E-PP; la prisión ocurrió porque participaban de organizaciones políticas, sindicales, revolucionarias. Fueron (o siguen siendo) “militantes” o luchadores sociales y políticos, la política organizó y otorgó sentido a sus vidas. Al hablar de militancia se alude al modelo de participación propio de las organizaciones sociales y políticas que caracterizó a los siglos XIX y XX, por medio de los cuales se conquistaron derechos y se modificaron situaciones de injusticia. La militancia brindó fuertes identificaciones con grupos o movimientos de pertenencia, una ideología común, altos valores morales, metas colectivas jerarquizadas por sobre las individuales. En el trabajo con E-PP resulta ineludible conocer el mundo que han habitado, sus estilos de vida, sus valores, sus objetivos e ideales.

*Rafael: “Era una población muy especial. En unas declaraciones de Hugo Sacchi, en 1986, decía que habían podido aguantar por la ideología. Se trata de otra cosa, que no se puede reducir a la ideología: no era la ideología marxista, leninista o la que fuera, sino de determinados valores éticos.” (...) “Evidentemente era una población muy “selecta”, sino, uno no se explica que hayan logrado mantener ese nivel de integridad ética el tiempo que estuvieron presos.”*

*Leticia: “La gran mayoría está decepcionados de la política, no participan de los grupos políticos, pocos van a CRYSQL.” (...) “En general están por fuera, igual votan a la izquierda, pero no tienen la militancia de antes.” (...) “El pensamiento lo ves como fijado en el tiempo, una estructura de la militancia del año 70.”*

*Agustín: “Eran de un esquematismo y de una rigidez en sus planteos que no aceptaban términos medios. En eso no hay cambio de las (personas) vistas en el 86 u 87 a las vistas en el 2012.” (...) “Está el mito del pequeño burgués y la militancia contra eso.”*

*Josefina: “(...) logran en su mayoría tomar una distancia, para poder como intentar, porque de alguna manera fueron muy lúcidos durante la tortura, estaban muy alertas en lo que estaba pasando, no entraron en una situación de derrumbe”.*

*Fernando: “Creo que los tics de la militancia eran como que uno tenía que estar a veces, sí, vinculado al sacrificio. Foucault habla mucho de eso; el enemigo que todos tenemos adentro, el biopoder. Uno piensa que para ser militante uno tiene que ser gris, sacrificado, esforzado, serio.”*



*Florencia: “Siguen manteniendo (...) la imagen del militante Samurai, invulnerable, no tanto pasa en las mujeres, pero sí mucho más en los hombres. El militante no puede mostrar debilidades. Tiene características del machismo del militante uruguayo formado a los pies del partido y del fusil”. (...) “Pero de todas maneras tiene esas características de los presos, que sólo importa lo que les está pasando a los otros. Mucha dificultad de pensar en lo que le pasa a él. “Sufro por los otros”.”*

No escapa a la observación que la palabra militante contiene la misma raíz etimológica de la palabra militar, *militaris*, “perteneciente a los soldados”. La formación militante es heredera de lógicas militares, se relaciona con luchas, con ganar o perder, el mundo se divide en buenos y malos. Donde se exalta el nosotros por sobre el yo, el sacrificio individual en pos del bienestar colectivo, al extremo de que se puede llegar a dar la vida por una causa considerada justa. (Robaina, M.C., 1999)

Los entrevistados hablan de exigencia y rigidez, componentes que en términos intrapsíquicos se vinculan a la noción de ideal del yo postulada por el psicoanálisis, como un fuerte modelo al que el sujeto intenta asemejarse; una población con importantes mandatos superyoicos. Se define el superyó como:

Una de las instancias de la personalidad, descrita por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la auto-observación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. (Laplanche, J. y Pontalis, J-B, 1981p. 419)

La investigación Proyecto V.I.V.O - Uruguay (2012), al consultar a un grupo de víctimas del terrorismo de Estado, si se veían a sí mismos como víctimas o como sobrevivientes, obtuvo un porcentaje mayor entre quienes eligieron el vocablo sobrevivientes. Hubo quienes expresaron que la palabra víctima no refleja el carácter de luchadores que ellos tuvieron. Si se toma la noción identidad como “aquello que me constituye”, se observa que en términos identitarios pesa más la marca generacional de militantes o luchadores, que el acontecimiento del tiempo de prisión. Aunque en el último período se fue acuñando la expresión víctimas en torno a los reclamos, para referirse a que fueron víctimas de crímenes catalogados como de lesa humanidad según Naciones Unidas, y que por ello tienen derecho a ser compensados con medidas reparatorias. En general, prefieren ser designados sobrevivientes.

### **III.1.b. Austeridad**

Se consigna la austeridad como una característica propia de esta población. Describen a personas que no valoran el dinero como meta en sus vidas, que viven con lo básico, como si se sintieran en falta si consumen o buscan situaciones disfrutables. En casos más extremos los ha

llevado a vivir en situaciones de pobreza. Los entrevistados se inclinan a pensar que en este punto se entrecruzan aspectos ideológicos, superyoicos y efectos de la prisión.

*Virginia: “(...) creo que hubo mucho tiempo que se acostumbraron a vivir muy, muy pobremente. (...) parece que hubo como un acostumbramiento, durante muchos años, en una etapa de la vida... la juventud, donde estás en plena vida, donde podés disfrutar realmente y que ellos tuvieron que estar encerrados, privados de la libertad, creo que eso para mí los marcó.” (...) “Por ejemplo al poder disfrutar más de la vida, lo que hacemos todos, pensar en las vacaciones por ejemplo. Espacio para pensar en las vacaciones no existe. Una de las cosas es eso la falta de lugar para lo recreativo.”*

*Mercedes: “Personas que se bañan con agua fría, que cocinan con un primus, y que estas cosas han tenido que ser trabajadas para modificarlas. Que no se permiten vivir con un cierto confort, que es considerado como que no lo merecen o que es considerado superfluo, como que viven de una forma muy austera, excesivamente austera; en el espacio físico, de no tener un placard, poner la ropa en cajones, no arreglar la casa, que les cuesta mucho ordenar, adornar o embellecer el lugar donde viven.”*

*Mateo: “Gente que estaba estudiando y abandonó su carrera y después no la pudo retomar y con el consecuente daño económico por lo tanto. Pacientes con dificultades económicas serias.”*

*Micaela: “(...) el haber detenido todos los otros procesos que venían como en formación de la personalidad. Todo lo que tiene que ver con el estudio, con hacer una carrera, o una vida en familia, o la vida laboral. Todo lo que se detuvo (...) eso tampoco colaboró para que después la persona tuviera herramientas para poder con sus problemas y para poder manejarse en la vida.”*

Es dable pensar que el desapego hacia lo material, podría acrecentarse: a) en los casos más graves por anhedonia o incapacidad para experimentar placer, como rasgo distintivo de un cuadro de depresión; b) por la propia ideología, que desvaloriza el consumismo por representar el paroxismo del sistema capitalista; c) por la deprivación material de la que fueron objeto durante los años de prisión prolongada, con mayor impacto en los más jóvenes. Según los clínicos no se observa este fenómeno con tanta fuerza entre quienes debieron exiliarse. Así como también, por las dificultades que se han observado en el terreno laboral. Área que según las investigaciones expuestas en el capítulo “antecedentes”, se observa afectada para este tipo de traumatismos.

### **III.1.c. Lenguaje y códigos**

Los E-PP son portadores de discursos que no siempre resultan comprensibles para otros sectores de la sociedad. Hay palabras y códigos que los caracterizan, tanto cuando hacen alusión a la experiencia carcelaria como cuando se refieren a la militancia y a sus luchas.

Hablan de diferentes grupos políticos; señalan que la represión no fue igual durante las distintas etapas de la dictadura. Resulta primordial hacerse una composición de lugar, contar con información sobre el período de la dictadura en el que fueron perseguidos.

La siguiente viñeta aportada por Arregui, R. (1991) ilustra diferencias:

Posiblemente el comprobar ese cambio de estrategia represiva fue una de las cosas que más me desacomodó. Cuando me llevan la primer idea era bancar los interrogatorios, suponiéndolos similares a los del 72 (intensos, pero acotados en el tiempo y con un final claro). Ahora los interrogatorios (o estar a disposición para ellos) implicaron varios meses. Sin embargo, yo tenía una expectativa de un final más o menos próximo de una etapa dura, lo que actuó como contratara positiva: si alguien me hubiera dicho desde el inicio que iba a estar cerca de 8 meses vendado y atado, y con interrogatorios que nunca terminaban, (aunque no eran continuos) tal vez se me hubiera hecho difícil bancarlo.

*Mercedes: “Cuando a uno le hablan de barraca o cuando a uno le hablan del “tacho”, el submarino, la colgada, el caballete, y los distintos lugares donde estuvieron, Punta de Rieles, Libertad, que cuando los trasladaban estaban vendados, me parece como que el conocer y abrir un espacio como para hablar de eso habilita a traer las vivencias (...).”*

El vocabulario tiene sus peculiaridades, al referirse a la cárcel le llaman “cana”; cuando hablan de la tortura dicen “la máquina” o “la biaba”, cuando nombran el submarino lo llaman “tacho”, refieren a otros métodos de tortura como “la picana”, “la colgada”, “el caballete”, “la parrilla”. Para decir que alguien delató a otro compañero en la tortura utilizan el verbo “cantar”. Cuando se refieren a las principales cárceles será menester conocer su funcionamiento. A modo de ejemplo, en la cárcel de “Libertad” existieron diferencias de acuerdo al lugar en el que fueran ubicados, quienes eran considerados “peligrosos” eran llevados al 2do piso y los considerados más “livianos” fueron alojados en barracas. La celda de castigo era llamada “la isla”. Salvo los que estuvieron en barracas, los demás permanecieron en celdas de a dos prisioneros. Esto es una diferencia significativa en comparación con la prisión de las mujeres, quienes en Punta de Rieles estuvieron en celdas grupales. Se habla de presos “retenidos”, para referirse a aquellos que habiendo firmado la libertad, igualmente permanecían en prisión. Denominan ortiva o batidor al compañero que colaboró con los militares. Mencionan centros clandestinos de detención. Mencionan a los principales torturadores: Jorge Silveira (Pajarito), José Nino Gavazzo, Manuel Cordero, Hugo Campos Hermida<sup>47</sup>, etc. En ocasiones hacen referencia a los mártires estudiantiles o sindicales (asesinados políticos o detenidos

---

<sup>47</sup> Para ampliar información acudir a Investigación Histórica sobre la dictadura y el terrorismo de Estado en Uruguay (1973 – 1985), Tomo I.

desaparecidos)<sup>48</sup>. Aparecen vocablos utilizados en la militancia, como “hombre nuevo”: ideal de ser humano por el que lucharon, ser humano puro. Dicen “compañeros de la vieja guardia” para referirse a militantes veteranos con mucha experiencia, o “cuadro” para referirse a militantes con alta formación política, hablan de “foquismo” como estrategia revolucionaria, “focos que se propagarían como incendios”, tomando ideas del Ché Guevara.

Algún clínico señala que es recomendable que el terapeuta comprenda este lenguaje, conozca los hechos y no dude acerca de su veracidad. Que posea un saber sobre los horrores a los que fueron sometidos, aunque, tendrá que dejar bien en claro que no conoce qué le ocurrió a esa persona en particular y que necesita escuchar su relato. En momentos en que las personas narran sus vivencias de la tortura, el terapeuta debe comprender cabalmente el vocabulario; la pregunta por el significado de las palabras interrumpe el discurso, a riesgo de perder el clímax necesario para que pueda desplegar lo acontecido. Que el terapeuta conozca el significado de las palabras, no significa que sea el terapeuta quien utilice ese vocabulario.

#### **III.1.d. Lo político en sesión**

Caracteriza a esta población el alto interés puesto en los sucesos políticos; en particular, en las vicisitudes que giran en torno a los procesos de búsqueda de verdad, justicia y reparación; se observa que con frecuencia realizan comentarios sobre las noticias.

*Leticia: “Estos pacientes te hablan de política. Lo trabajás con distancia, no te involucras. (...) Acá lo que yo veo es que sienten que el Estado está en deuda con ellos, y el Estado acá también somos nosotros, entonces te exigen. Los que vienen acá, son mucho más exigentes”.*

*Virginia: “(...) están muy informados siempre. Te traen artículos, uno de ellos me trajo una entrevista que le hicieron a Gavazzo y después me trajo un libro”. (...) Lo que pasa también que ellos saben con quién pueden hablarlo. A veces siento que después de tanto tiempo de trabajo las sesiones se transforman más en encuentros, en intercambios de opiniones acerca de determinados temas.” “(...) antes te limitabas más acerca de dar una opinión, ahora sí das una opinión.”*

*Camila: “Se habla mucho de las noticias. Hay como una necesidad de intercambio al respecto. Ahí aparece la crítica, permitirnos la crítica y el intercambio. Otra cosa que a mí me sigue pasando, desde hace un montón de años, siento que no puedo dejar un día de estar informada.” (...) “Si te comentan una noticia que vos no escuchaste, decís no puede ser. Te traen algo y vos decís no puede ser, cómo yo le voy a decir no sé.” (...) “Te exigen saber, con eso hay que tener mucho cuidado sí.”*

*Florencia: Te dicen ¿escuchó el informativo? ¿Vio lo que dijo Mujica<sup>49</sup>?*

---

<sup>48</sup> Ver Proyecto Memoria de la Resistencia: <http://www.memoria.org.uy/imagenes/>

<sup>49</sup> Referido a José Mujica, Presidente de la República Oriental del Uruguay en el período 2010 – 2015.

E: *¿Eso te pasa con otros pacientes?*

Florencia: *No, que me va a pasar con otros pacientes!*

Mateo: *“Sí la dimensión política aparece, a diferencia de otros trabajos clínicos. Hablan de política, comentan cuando hay hechos importantes se comentan si, son traídos.” (...) “Me parece que ellos sienten como una base de entendimiento de esa temática, que por ahí termina siendo necesario para poder desplegarla.”*

Fernando: *“Sí, yo creo que un fenómeno muy grande es el desencanto con las organizaciones políticas.” (...) “En segundo lugar, trabajar el momento traumático del terrorismo de Estado, y ver cómo ese momento después se historiza, se cronifica, con todas las políticas subsiguientes, la impunidad, el olvido. Incluyendo las políticas de los gobiernos actuales, de los gobiernos de izquierda. Me parece un trabajo que es bien como dicen nuestros amigos del Grupo Tortura Nunca Más, un trabajo clínico político.”*

Agustín: *“Ellos de alguna forma siguen siendo sesentistas y saben que tienen un interlocutor que los sigue y que por la forma en que habla presumen que está de acuerdo con ellos. Ya te digo, yo muchas veces no estoy de acuerdo, porque algunas de la críticas que hacían contra Vázquez<sup>50</sup> o contra Pepe.”*

Algunos piensan que hay que escuchar sin emitir opinión alguna, otros creen que luego de un tiempo suficiente, pueden permitirse intercambiar opiniones con los pacientes. Situación que en primera instancia se considera un error, algo que los alejaría del rol profesional. Sin embargo, se constata que esta situación se repite entre los técnicos que han trabajado en instituciones, lo que lleva a pensar que se trata de una peculiaridad que necesita ser analizada. Los clínicos, señalan que esta situación no les ocurre con otros consultantes. En primera instancia se podría pensar que ello se explica porque consultan en un servicio que ofrece reparación por parte del Estado. Sin embargo, esa no sería la única razón, se ha encontrado igual observación no sólo en los terapeutas de CO.SA.ME.DD.HH., sino también, en quienes antes atendieron en SERSOC, y a su vez en ambos grupos cuando reciben pacientes E-PP en su consulta particular.

Se arriesgan dos hipótesis, las que a su vez, podrían hallarse entrelazadas:

a) Esta situación podría explicarse debido al carácter psicosocial de los traumatismos. Los procesos macro sociales referidos a ese período de la historia, en reiteradas oportunidades han catapultado hacia la consulta psiquiátrica y/o psicológica. Se trataría de aspectos actuales del trauma, aquellos recuerdos por demás vívidos que se despiertan cuando los procesos de reparación y el procesamiento social se ven obstaculizados. Por otra parte, se han observado

---

50 Se refiere a Tabaré Vázquez, Presidente de la República Oriental del Uruguay en el período 2005 - 2010

sentimientos de alivio y liberación cuando se perciben avances en ese sentido. Si el terapeuta está informado, es posible que pueda comprender mejor los impactos subjetivos que suscitan esas noticias. Que produzcan tan elevado nivel de movilización, demostraría la interdependencia entre el procesamiento social y procesamiento individual en los traumatismos psicosociales.

b) Otra línea de análisis se refiere a que los E-PP en su militancia hicieron una apuesta política hacia la construcción de un país en el que hubiera mayor justicia social; la militancia de los años 60 y 70 no alcanzó ese objetivo. Sin embargo, en su mayoría no abandonaron ese proyecto. En Uruguay por segunda vez consecutiva gobierna la izquierda, muchos gobernantes son E-PP, incluido el propio Presidente de la República José Mujica; las expectativas respecto a los cambios que se alcanzarían son excesivamente elevadas, lo que produce frustración y desencanto, algunos pacientes se preguntan si valió la pena la militancia y los años de prisión.

El discurso macro-social ordena y legitima los reclamos, otorga habilitación para comunicar experiencias personales que fueron silenciadas durante décadas. Si se construye una verdad oficial que reconoce y repudia los crímenes, se produce un discurso performativo, que al enunciar modifica las formas de pensar, ver y sentir ese pasado común. Que el tema se vuelva de interés de la opinión pública, permite el despliegue de procesos en los que se desentierran recuerdos y se construyen un abanico de modalidades sublimatorias.

Paredes, G. (2010), señala que en Uruguay aún no se ha alcanzado un discurso que cuestione la dictadura y la integre en la historia nacional: *“Es un tema que aún no está zanjado políticamente, y las distintas versiones, como antes hacíamos referencia, en tanto la historia está cargada de subjetividad ideológica y emoción, permite generar diferentes teorías, que conviven en una sociedad”* (p.101).

Respecto al territorio político compartido por pacientes y clínicos, es oportuno reflexionar si ello facilita la labor terapéutica, o por el contrario, puede producir obstáculos. Puget, J. (2006), al referirse al tiempo de la dictadura se interroga sobre lo que denomina “Mundos Superpuestos”<sup>51</sup>, es decir cuando terapeutas y pacientes viven al mismo tiempo igual universo de preocupaciones e inquietudes provenientes del contexto de la vida cotidiana:

Es dable suponer que faltará al analista la distancia-tiempo psíquica necesaria para el reconocimiento de aquello semejante y diferente que lo vincula con sus pacientes. La presencia en el material de datos provenientes de una realidad traumática común compartida, es fuente de distorsiones y transformaciones en la escucha del analista y en

---

51 Noción que fuera desarrollada por Puget y Wender en 1982 en la publicación: Analista y paciente Mundos superpuestos. *Psicoanálisis Vol. IV, Nº 3*

su función analítica, promueve en el analista una tendencia especial a participar, a “compartir”. (...) A veces, por la abundancia de información o noticias, otras por la flagrante omisión de aquello que es de dominio público, se produce una inundación en el encuadre.” (2006, p. 28)

No es posible establecer un paralelismo entre lo que señala Puget, J. y lo que le narran los terapeutas en la actualidad, porque este no es un contexto traumático. Sin embargo, en el último período han habido situaciones contextuales por demás movilizantes en las cuales el espacio social puede invadir la clínica y la conmoción afectar a ambos partícipes; situaciones en las que no es factible producir pensamientos, en las que lo social-político puede hacer nudo. Para desanudarlas será primordial el análisis efectuado en el *a posteriori* de la sesión, así como también la reflexión conjunta con colegas.

A pesar de estas complejidades, los profesionales que han trabajado en instituciones valoran la importancia de habilitar un espacio para que las personas expresen sus sentimientos respecto el procesamiento sociopolítico de los traumatismos, lo consideran una parte del trabajo con este tipo de pacientes, algunos refieren a que se trata de una clínica política.

## CAPÍTULO IV. EFECTOS QUE PERSISTEN

Se analizarán los principales efectos que los clínicos perciben en la actualidad en los E-PP: efectos de un sistema torturante: desconfianza, “coraza resistente”, autoinculpación; efectos de la prisión: pasividad y aislamiento; el cuerpo se expresa.

### IV.1. Los clínicos dan cuenta de los efectos

La marca honda de la situación extrema no siempre es secuela, es decir minusvalía y deterioro, ni retorno a las condiciones originarias previas a la experiencia extrema. Puede no ser sólo inscripción de terror y dolor psíquico, de agujero sin representación, impensable y no figurable, sino seguir un destino sublimatorio y conquistar itinerarios de creatividad. (Viñar, M., 2005, p.9)

Al consultar sobre la existencia de efectos, marcas o daños vinculados a la prisión y la tortura observados en los E-PP, se encontró que no todos los entrevistados utilizan el mismo vocabulario. El 75% refiere a haber observado daños, el 50% habla de la existencia de marcas. También recurren a otras expresiones gramaticales, como ser: secuelas, síntomas, efectos, consecuencias, afecciones, huellas, heridas. De aquí en adelante se hablará de efectos; se elige este vocablo por su amplitud, entendiéndolo por efecto lo que se deriva de una causa.

El 75% de los entrevistados manifiesta rechazo por el uso de la terminología médica: secuela, síntoma y patología, por medicalizar eventos de índole socio-políticos. Se entienden los efectos, no como enfermedades, sino como modos de respuesta ante eventos traumáticos psicosociales. Se aclara que al hablar de efectos no siempre refieren a malestares, también pueden exponer los recursos que los sujetos desarrollan para hacer de la situación límite una instancia de crecimiento -temática que no será profundizada aquí-.

*Mateo: “Yo pienso sobre todo, que cuando no hay un conocimiento específico sobre la temática, se corre el riesgo de encajar en las categorías gnoseológicas que todos conocemos, perdiendo de vista la dimensión social y política del tema.”*

Todos los clínicos coinciden en que estas vivencias devastadoras del pasado, podrían reactualizarse frente a situaciones dolorosas del presente.

*Rafael: “Más que memoria yo te diría huella, porque la memoria tiene que ver con el recuerdo, con lo que yo puedo recordar y por lo tanto puedo reelaborar y simbolizar. Esto es la huella, la marca.”*

*Mateo: “Una herida que permanece viva todo el tiempo, que no son hechos que puedan quedar en el pasado y formar parte de la historia del individuo, pero como parte del pasado. Estas situaciones del contexto político a veces re-actualizan.”*



*Micaela: “Como que se re-actualizan y uno ahí ve la fuerza que tienen.” “(...) por períodos eso vuelve, donde incluso la vivencia que linda con la psicosis, de repente en la noche, insomnios, la interpretación de ruidos en seguida es conectado con vivencias de cuando estaban en la cárcel, y escuchaban un ruido y si se acercaba alguien para despertarte y torturarte. Eso está ahí a flor de piel.”*

*Mercedes: “Sueños recurrentes, insomnios, en los vínculos todo el tema de la desconfianza, sensaciones como de sobresalto, la irrupción de pensamientos en el estado de vigilia, irrumpen muchas veces escenas vinculadas a la cárcel y a la tortura.”*

Los informantes expresan que en general las personas narran que no sucumbieron frente a la tortura, la mayoría relata haber resistido lo más que pudo. Hay acuerdo en la idea de que la tortura física y/o psicológica, así como la prisión política, son experiencias límites que no dejan a nadie exento de efectos, lo que no siempre implicará daños patológicos.

*Sebastián: “Yo creo que la experiencia extrema y catastrófica de la prisión política, no deja indemne a nadie.” (...) Toda experiencia extrema y la tortura es una de ellas, sin lugar a dudas, deja marcas y modifican toda la constelación identificatoria, y modifican toda la historia de vida y todo el destino del sujeto que ha pasado por el horror.”*

*Fernando: “Es decir que la tortura, el mal trato, el encierro, la humillación, fueron elementos sin duda que marcaron muy fuerte a quienes lo padecieron.”*

Toparse con humanos capaces de alcanzar la cúspide de la crueldad, de dar rienda suelta a los impulsos más bajos, más ruines, de poner en acto lo que es necesario reprimir para vivir en sociedad, de usar su inteligencia para aniquilar a otros, al extremo de gozar con ello, es una experiencia que se encuentra en el punto culmine de la devastación (Mangado, L., y Robaina, M.C., 2012). Es haber sido ubicado por un tercero en la posición de total despojo y haber bordeado la orilla que separa la vida de la muerte. Son experiencias catastróficas que afectan a la persona en todas sus dimensiones: afectivas, vinculares, intelectuales, sensoriales, corporales, sociales.

Se observarán los efectos que más resaltan los clínicos de acuerdo a su prevalencia.

## **IV.2. Efectos de un sistema torturante**

Se llamará sistema torturante a aquel que integra los dispositivos empleados con el propósito de torturar, tanto en lo que se refiere a la tortura física como a la psicológica.

### **IV.2.a. Desconfianza**

La mayoría de los entrevistados expresan que los principales efectos observados en las/os E-PP, se refieren a dificultades expresadas en el mundo de relaciones. El 75% señala que el principal impedimento es la desconfianza. Se refieren, en general, a los vínculos

afectivos más significativos (pareja, hijos, otros familiares). Observan importantes niveles de ansiedad paranoide en el vínculo transferencial. Por otra parte, refieren a situaciones de desconfianza que pueden dificultar una adecuada inserción laboral; así como también, registran desconfianza hacia grupos políticos e instituciones (en particular Estatales o gubernamentales). Hay quien recuerda a pacientes que presentaron episodios delirantes con contenidos persecutorios, vinculados con vivencias de la tortura y la prisión.

*Sebastián: “Y bueno, cómo trabajar esa desconfianza en el semejante y la marca perpetua, que lo lleva a contaminar la relación con un hijo, con una esposa, con el marido. El traslado del sistema. La marca que deja de que el otro humano es capaz de esta inmundicia, entonces ¿si algunos humanos son capaces de esta inmundicia, no seremos todos capaces de ser eso que yo abomino? Eso puede contaminar los vínculos, sobre todo por mecanismos, se ve mucho como secuela, la desconfianza en el prójimo, el mundo de la sospecha de quién es el otro y lleva a una fragmentación social de largo aliento”.*

*Camila: “Aparece lo persecutorio, ya sea en algunos casos, como trastorno realmente delirante y en otras situaciones desde lo auto-referencial. Que a veces ellos mismos dicen: “Vengo porque siento que me estoy rayando”. Me estoy rayando, me estoy persiguiendo y no tiene que ver con algo delirante; eso está auto-referido.”*

*Florencia. “...un paciente que sigue teniendo la desconfianza a otros grupos políticos. Eso es como congelado en el tiempo, no tiene que ver con la actualidad.”*

*Micaela: “Como que los mecanismos de alerta de alguien que estuvo expuesto a torturas y a persecuciones están ahí, a parte fueron muchos años. Los mecanismos de alerta y de protección, fueron fortalecidos, trabajados, contruidos y asentados en las personas.”*

La dificultad para construir lazos de confianza podrá afectar todo los vínculos del sujeto; en algunos podrá menguar su mundo de relaciones a niveles extremos, en los que se produciría un círculo que lo podría llevar a quedar aislado, repitiendo de este modo la experiencia de la prisión. La tortura y la presencia de psiquiatras y psicólogos en los centros de reclusión, acrecentó la desconfianza hacia los terapeutas, éstos sintieron a nivel contra-transferencial que debían tener especial cuidado al preguntar, cómo hacerlo y en qué momento, aceptando ciertos silencios y esperando los tiempos del paciente. En todo proceso psicoterapéutico se visualizan ansiedades paranoides, en particular al inicio de los tratamientos; en estos pacientes se observará un plus. Ampliaremos este punto a referirnos al análisis de los aspectos transferenciales.

#### **IV.2.b. “Coraza resistente”**

El vocablo resistir presenta más de una acepción, se utilizará en el sentido de “oponer dificultades o fuerza a algo”. Es decir, luchar contra algo, externo o interno y no permitir que eso ejerza dominio sobre el sujeto. Los entrevistados recalcan este atributo, los E/PP se resistieron

no sólo durante a la tortura, sino durante todo el tiempo que duró el encierro. Los represores constantemente hostigaban al prisionero, lo ponían a prueba, buscaban “quebrarlo”. Resistir fue la forma de sostener la integridad y no doblegarse. En un escenario de dominación, frente a un poder omnipresente, encontrar intersticios de autonomía ofreció apoyos para no claudicar.

*Sebastián: “La frase más aterradorante para el detenido es cuando el torturador o el milico de turno te dice: Tenemos todo el tiempo del mundo. Mirá que acá ya sabemos que con paciencia conseguimos lo que queremos, algunos aguantan una semana, otros aguantan un mes, otros aguantan un año, pero todos terminan no aguantando.” (...) es cuando a uno lo llevan a vivir ese estado en que cada minuto de la prisión es de una agonía perpetua donde sólo se puede pisar un peldaño más hacia el infierno y hacia la desconexión con todo lo que uno ha querido.”*

En Uruguay, algunos E-PP narran que sabían que la tortura era una posibilidad entre lo que les podía suceder; cuando militaban pensaban que podrían acontecer tres finales: vencer, morir o padecer prisión y tortura.

*Mercedes “...vinculado con las vivencias está también presente el temor a la locura, muchas veces en relación a las situaciones límites vividas, dicen haber sentido enloquecer, haber delirado. Que claro, en ese momento fue un mecanismo de defensa, pero muchas veces tienen ese recuerdo que les aterra.”*

El tiempo de la tortura es un tiempo no cronológico, caótico; tiempo eterno en el que la persona se pregunta cuánto más será capaz de resistir. Las personas son diferentes, traen circunstancias de vida diversas, disponen de recursos tanto físicos como psíquicos desparejos. Nadie sabe a ciencia cierta hasta cuándo podrá soportar, lo que se transforma en una idea desesperante. Algunos se defienden con reacciones físicas, otros escapan de la realidad a través del delirio, los más se sostienen en afectos, en grupos de pertenencia o en sus convicciones. Todo se pone a prueba, la resistencia del cuerpo, la fortaleza psíquica, la autoestima, la coherencia consigo mismo, la lealtad al grupo, el afecto por los compañeros, la moral, los ideales. Es una macabra pulseada en la que el sujeto descubre sus recursos y se enfrenta a sus aspectos más frágiles.

*Camila: “Parecía que había que soportarlo todo. Hoy por hoy te siguen relatando ¡Cómo yo no pude soportar determinadas cosas! O el que no se bancó determinada tortura. Siguen sin perdonárselo. Porque había que, no sé dónde estaba escrito, que había que soportarlo.”*

Se fue levantando una gran coraza para controlar las emociones y no permitir que la angustia se apoderara de los estados de ánimo. La resistencia también podía provenir del mandato colectivo; el que no aguantaba podía recibir la mirada “enjuiciadora” por parte de sus compañeros. Por lo tanto, se imponía una doble necesidad de resistir: frente a los militares y frente a los iguales. El mandato militante no daba cabida a las debilidades humanas; aunque seguramente en este punto hubo matices. Aunque la voluntad sea la de resistir, no es posible

mantenerla a raya constantemente ante un sistema que pone a prueba al sujeto sin tregua, para hacerlo caer en la traición.

*Sebastián: “Entonces cuando tu claudicación es o venderte al enemigo con la creencia de que vas a sobrevivir, o aguantarte a costo de que sabes que lo que va a pasar es todo menos bueno.” (...) “Morir es tal vez la solución más esperada por un torturado. En general el miedo mayor es a la agonía infinita, que es distinto.”*

Uno de los clínicos da cuenta de la presencia de esta coraza en el encuentro terapéutico:

*Agustín: “En los pacientes de SERSOC y acá, no tenía eso de que se iban movilizados y que después tenían pesadillas con lo trabajado.” (...) “Estos pacientes pueden compartimentar el dolor que les provoca el trabajo terapéutico”.*

*E: Decías que no quedan movilizados?*

*Agustín: “No quedan movilizados por el trabajo terapéutico. Por lo menos si lo quedan no lo denuncian. Claro, no puedo afirmarlo.”*

*E: Eso tendrá que ver con que quedaron más dolidos por cosas más fuertes?*

*Agustín: “Es una de las explicaciones. Otra es que uno está actuando de tapón, de instancia amortiguadora, que están tan... que pueden tener la piel dura o se están resistiendo a que eso les penetre efectivamente”.*

*E: Lloran en sesión?*

*Agustín: “Es muy difícil que lloren en sesión. Sí el silencio, y eso fue desde el principio, se encierran nuevamente, mujeres y hombres.”*

El profesional habla de esa dureza y como corolario de la dificultad de expresar sentimientos angustiosos. Aspecto que el terapeuta tendrá que tener presente -saber que la persona se defenderá ante la posibilidad de sufrir-, a la hora de encontrar las palabras oportunas para comunicar sus análisis o interpretaciones.

Al decir del paciente: “Es ver más allá de la venda para sentirse partícipe de algo más grande”. (...) “Los represores lo saben y en toda la primera etapa de los interrogatorios hay una urgencia por la información, pero a la vez (y ahí vi que aprendieron) saben que hay mucho por delante y que no todo el mundo se quiebra rápido. Y en todo momento, desde el principio, tratan de mostrarte que lo colectivo es un “paco” (mentira), que estás solo y jodido.” (...) “Éramos la generación que tenía que morir para que naciera el hombre nuevo. No lo íbamos a ver, pero nosotros éramos el camino para que otros lo vieran y entonces valía la pena” (Arregui, R., 1991)

En el relato de los clínicos, se plantea que en términos mayoritarios los E-PP dan testimonio de no haberse sometido totalmente a los deseos de los represores, tanto a modo individual como colectivo buscaron formas de burlar a los victimarios. Aspectos estos, que podrían explicar porqué la mayoría de los E-PP no se “quebró”, y mantuvo su integridad al saberse internamente libre. El mandato colectivo era el de dar la vida por los ideales; el compromiso militante acrecentaba mandatos superyoicos y producía elevados niveles de auto-exigencia, construyéndose un ideal del yo de tipo heroico y grandioso.

Ahora bien ¿qué ocurre hoy con aquella coraza forjada durante el tiempo del encierro? La coraza que fue útil para mantenerse a salvo durante la prisión, forjada durante un tiempo demasiado largo y bajo un fuego demasiado fuerte, podrá ser conservada por el resto de la vida; podrá interferir en los vínculos afectivos más significativos; así como se evita el dolor podrá evitar la expresión de sentimientos tiernos y amorosos. Coraza que resguarda y a la vez podrá producir el efecto no deseado de alejar a las personas. Los clínicos observan rigidez, señalan que en ocasiones, habrá que tener especial cuidado en desmontar mecanismos de defensa que resultan necesarios. Otras veces, esta rigidez puede producir anestesia o distancia afectiva. Quien vivió situaciones que colapsaron sus recursos psíquicos al extremo, teme exponerse, porque teme desarmarse.

En la investigación realizada por SERPAJ (1989) se afirma que el 40% de la población sometida al régimen de prisión prolongada, manifiesta haber presentado trastornos físicos. Sin embargo, cuando se los consultó sobre la necesidad de atención psicológica:

Llama la atención que en el 60% de los entrevistados a los cuales se interrogó sobre efectos o trastornos psicológicos secuelares a la experiencia vivida, el 84% expresa su no necesidad de terapia. Sin embargo, la gran mayoría de todos los entrevistados reconocieron, sólo en lo que a la prisión prolongada respecta, la importancia vivencial que atribuyen al aislamiento y hostigamiento, la carencia afectiva, el encierro, la arbitrariedad y a su dolor ante la humillación y/o degradación del otro, su semejante (...) (p.401)

Se podría vincular esta “coraza resistente”, con la dificultad para demandar ayuda psicológica o psiquiátrica. Según SERSOC, la mayoría de los ex prisioneros no consultó a los profesionales de la salud mental en el período posterior a su liberación y hasta entrada la década del 2000. Lo que queda de manifiesto en frases del tipo: “lo de la “cana” yo ya lo superé”; “los milicos quisieron volvernos locos y no lo lograron, no nos rayamos”. Los E-PP alegaban no haber sido afectados, esto les proveyó sentimientos de orgullo. Como si pedir ayuda significara reconocer que la resistencia fue limitada, o que la tortura alcanzó la meta de erosionar sus fortalezas. A lo que hay que agregar para el caso de los hombres, el machismo imperante, que ha llevado a que en la población general consulten menos que las mujeres.

En síntesis, los prisioneros políticos en Uruguay desarrollaron fuertes estrategias de supervivencia, aunque con el riesgo de volverse extremadamente resistentes, rígidos o acorazados. Aspectos vinculares salvadores para no sucumbir ante un poder demoledor, pero que posteriormente, pudiera ocasionar desencuentros en los vínculos afectivos o limitar la expresividad de emociones y afectos.

#### IV.2.c. Autoinculpación

Más arriba se hizo alusión a diversos aspectos superyoicos observados en los E-PP, otro rasgo que se ubica en igual línea es la autoinculpación. El 66.66 % de los entrevistados aluden a sentimientos de culpa como un efectos que aparece frecuentemente.

En la literatura referida al trabajo psicológico con víctimas de tortura hay quienes hablan de “culpa del sobreviviente”. Culpa que siempre estará vinculada a algo más y no sólo al hecho de seguir viviendo; generalmente las personas no se culpan por estar vivas salvo en determinados cuadros psicopatológicos. La culpa por haber sobrevivido podría estar vinculada a la pérdida de un ser querido en circunstancias terribles, cuando la persona se dice a sí misma: “Hubiera preferido que me mataran antes que vivir con este dolor”. Otras veces es culpa por haber sobrevivido a costa de haber traicionado a alguien, a algo o a sí mismos, como si vivir sufriendo fuera el precio que hay que pagar.

Algún profesional establece una clara vinculación entre, la autoinculpación y lo acontecido en el vínculo con los torturadores, o lo relacionan con el hecho de haber experimentado sentimientos considerados miserables e inaceptables en sí mismos.

*Sebastián: “Pero es un tema que yo estoy seguro que lo trabaja cada uno, yo lo llamo el precio a pagar. ¿Cuál es el precio a pagar? O ¿cómo uno se sitúa?” (...) “Lo del precio a pagar, lo de si lo que yo hice le hizo daño a otros, si lo que yo dije, es decir, entre el que cantó francamente, que se sabe delator y el héroe, hay muchos grises en donde ínfimas claudicaciones pueden funcionar como marca de auto-reproche.” (...) “Es decir esa cosa de la perpetua amenaza de claudicación y de no poder sostener la coherencia consigo mismo, es una auto-flegelación. ¿Si hubieran dado un poco más me hubieran quebrado?, es ya una deuda con uno mismo.” (...) “Ahora el auto-reproche, eso de ser víctima, de que el enemigo pueda, de la infantilización del preso y el engrandecimiento ahí, por la posición de debilidad que tiene el prisionero, es muy costoso psíquicamente y dura más tiempo que el de prisión.” (...) entre las sesiones de tortura, uno no se acuerda mucho al día siguiente el cuento que le hizo al interrogador el día previo, porque es confusional y entre lo onírico y lo dicho hay zonas muy brumosas. “Yo dije hasta acá, ¿habré dicho más?”*

La gran trampa de la tortura es que establece un dilema de doble vínculo: “si hablo caen otros, mueren o los torturan y yo soy responsable pero sobrevivo, aunque “pierdo mi alma”. Si no hablo echo mi cuerpo a la muerte, pero mantengo mi integridad y mi dignidad”. La alternativa es falsa porque si habla puede morir y si no habla también; si habla carga con el desplome de sus valores. ¿Es posible no decir nada luego de largos tiempos de martirio? Los verdugos aparecen engrandecidos y el torturado ubicado en un lugar inerte, vulnerable y dependiente, ellos tienen su vida en sus manos. Quien fue torturado no quiere verse a sí mismo en la situación de máxima degradación, evitará por todos los medios evocar esa imagen, quitarla de su conciencia, porque no puede reconocerse a sí mismo en ella.

Otra fuente de autoinculpación, se debe al hecho de haber creído en la palabra de los perpetradores. Ya se ha hecho mención, a que entre sesión y sesión de tortura, era frecuente que un represor ocupara el rol de “bueno”, mostrándose gentil y haciéndole creer a la víctima su deseo de ayudarlo; haberle creído, puede ser motivo de autoflagelación.

*Josefina: “Por ejemplo, de las cosas más difíciles que pasan después de la tortura, es que hubo propuestas como de negocios. Vos me das la casa y yo te dejo salir, y el haber dicho que sí. Aunque no pasó nada, siguió preso por 5 o 6 años y la casa no se la quedaron. La oferta del milico era cambiarle la casa por su libertad y él dijo que sí, el haber dicho un sí a algo. Como haber confiado en el otro (...).” (...)* “Como si yo estuve bien o no, si me porté bien, si pude resistir o si hubo algún afloje de alguna cosa, de haberle dado algo al torturador, aunque no pasó nada más que eso.”

Se indagó sobre las situaciones de delación observadas por los clínicos:

*Fernando: “No lo tengo claro, pienso que sí, que hay gente que se puede recriminar determinado tipo de actitudes. Afortunadamente cada organización tenía sus planes de seguridad, entonces el haber hablado, “cantado” en la tortura, dentro de ciertos parámetros era una cosa. (...) De repente si vos resistías 48 horas era suficiente como para poner a salvo a otra cantidad de personas, y la información que fueras a dar podía ser poco relevante. Es distinto el caso del que se quebró en la tortura y se pasó a colaborar directamente con el enemigo.”*

*Camila: “En alguna situación me han dicho que hablaron, justamente gente que cae y vuelve a caer y no se perdona eso (...). A mí me ha pasado de escuchar, quienes se sienten muy mal por haber dicho determinadas cosas, y la culpa, se lo siguen cobrando. Avanzan un poquito y retroceden otro poquito. Viven en eso.”*

*Florencia: “Sí, pero muchos dicen bueno, sabíamos que algo tenías que decir para dejarlos contentos.”*

*Leticia: “En esa época los que hablaban eran dejados de lado, según el grupo.” (...)* “El caso que tengo de las pocas que dijeron, que se sentían culpables porque habló en la tortura y eso no se podía aceptar. Por ella misma, porque falló como militante. Con el grupo no tuvo problemas, pero era ella que hasta el día de hoy no acepta haber hablado.”

*Virginia: “(...) el problema de él dentro de su delirio siempre estaba el tema de que él había “cantado”.”*

*Mercedes: “Y los que hablaron, tanto si fueron ellos u otros, no fue por dañar a los demás, algunos sí fueron traidores, pero que muchos incluso cargan hasta el día de hoy con culpas, por haber cantado o por lo que ellos entienden que quizás dieron a entender, a veces hasta estando en un estado de confusión o inconsciencia. A veces aparece hasta la duda, ¿no habré sido yo el que dije?” (...)* “En algunos casos a perdonarse, porque también hay cosas que sucedieron porque sucedieron en un determinado contexto, esto es algo que yo intento trabajar mucho; o el que cantó o el que no cantó, o el que habló o el que no habló, que se es muy duro con determinadas situaciones, el poner en palabras que lo que ellos vivieron fueron situaciones límites, donde a veces no eran ellos, no habían posibilidades de decisión. Entonces también el contextualizar eso, en el contexto en el que fue, en que fueron situaciones límites, situaciones

*realmente de una violencia extrema ejercida sobre ellos, sobre sus compañeros, sobre su familia y que en esas situaciones uno hace lo que puede.”*

Según la mayoría de los profesionales, los prisioneros prefieren haber apelado a diversas estrategias a fin de evitar la delación. Quizás, en ocasiones, se pueden haber transformado en delatores involuntarios, al dar una información que creían inocua, pero que, condujo a la detención de otro. Según los clínicos, un bajo porcentaje de personas se culpan por lo que dijeron o hicieron en tortura o prisión. Tener conciencia de haber perjudicado a alguien es un sentimiento sumamente dañino para cualquier persona, que con frecuencia puede provocar conductas auto-agresivas. Sin embargo, la mayoría enuncia sentirse satisfecho consigo mismo por no haber “entregado” a otros. Dos entrevistado señalan que no siempre el auto-reproche pueda deberse al hecho de haber delatado, la sola duda sobre qué se dijo o no se dijo, puede mortificar durante años.

Una mención particular requieren los sentimientos de culpa que se vislumbran en personas víctimas de violencia sexual. No se detallarán los daños ocasionados, sólo aquellos aspectos que producen autoinculpación. Sobre las mujeres han recaído prejuicios machistas y patriarcales, siendo una de las razones por la que han callado.

Estos hechos vividos con tanta violencia atacan la autoestima, pueden generar sentimientos de “suciedad”, de estar contaminadas y de poder contaminar, pueden dificultar la capacidad para sentir placer sexual, llegando a la anorgasmia, y el cuerpo, puede transformarse en un “cuerpo-armadura” que se defiende, controla y limita la expresividad. (...) Aunque logren entender a través del pensamiento que no fueron responsables de lo que les ocurrió, por encontrarse sometidas a un poder absoluto -en situación de encierro, no había a quién pedir ayuda-, igual persisten sentimientos de autoinculpación por haber sido parte de una relación tan perversa. (...) El propósito de culpabilizar del torturador, en ocasiones, puede internalizarse y aparecer como remordimientos, interrogantes que retornan, que buscan respuestas, que siempre quedan abiertas: ¿porqué pasó?, ¿qué hice?, ¿qué debería haber hecho?, ¿porqué yo sobreviví y otros no? ¿cómo seguir viviendo después de esta experiencia de muerte? ¿cómo integrar estos recuerdo tan despreciables? (Mangado, L. y Robaina, M.C., 2012, p.32)

Los prisioneros fueron culpabilizados por sus verdugos, fueron responsabilizados de lo que les ocurría: “Si no te hubieras metido en nada no estarías acá”. Por medio de la humillación se los ubicó en el lugar de “lo despreciable”, lo no-humano. Es posible que en ciertas ocasiones se vislumbre cierta internalización de aspectos que depositó el agresor, en las que aquella voz aparezca como propia siendo el sujeto quien pasa a torturarse a sí mismo.



### IV.3. Efectos del encierro

#### IV.3.a. Pasividad y aislamiento

El sistema autoritario de la prisión no le permite al sujeto tomar decisión alguna; resulta enloquecedor, porque al tiempo que lo somete a la obediencia y la rutina, lo conduce a la arbitrariedad y la incertidumbre. Algunos de los entrevistados profieren haber observado aspectos de pasividad en los pacientes, quienes se refugian en rutinas aseguradoras, o manifiestan excesiva dependencia hacia sus seres queridos.

*Virginia: “(...) veo a algunos como muy dependientes, los que tienen pareja, de su vínculo de pareja. Al punto tal de no poder hablar de sí mismo, siempre hablan de nosotros, y todo se consulta con su pareja.”*

Comportamientos que permitirían establecer un paralelismo con lo acontecido en la prisión; que para muchos ocurrió en período de juventud; es decir, en el que las personas toman la propia vida en sus manos, sientan las bases de sus proyectos, construyen pilares para su independencia y autonomía.

Otra característica observada, es la tendencia al aislamiento. Mencionan algunas modalidades: aislarse respecto a la familia, aislarse en la seguridad del grupo de pares (ex presos), tener dificultades para integrarse en diferentes ámbitos de la sociedad, aislarse en el alcohol, al extremo de quienes se han aislado en el delirio.

*Florencia: “(...) un paciente que pasaba todo el día metido en su computadora, de la mañana a la noche, (...) y él sigue en su celdita de la computadora.”*

*Agustín: “Lo denuncias y no te lo desmienten. Como devolución terapéutica denuncias: usted sigue preso o usted sigue presa, ahora usted se aprisionó del alcohol, usted se aprisionó de la tristeza, encontró ese motivo para estar preso.” “(...) pero no te lo desmienten. Es decir, la defensa no llega tanto a desmentirlo, para mí hay un sentimiento de seguir preso, pero lo considero un sentimiento, porque así aparece, un sentimiento defensivo.”*

*Virginia: “A veces es un logro de la terapia; ha sido un motivo de conflicto que han tenido con sus parejas, el hecho de tener que ir a cumpleaños, era como un trabajo, como una obligación el tener que ir a cumpleaños, a casamientos, a fiestas, a festejos en general”.*

*Mercedes: “Aislados (...) a veces en esto de estar como presos también tiene que ver con lo intrapsíquico y vincular, vivir aislados, con muy pocos vínculos y/o vínculos conflictivos, rupturas, con dificultades para aceptar y adaptarse a cambios sociales. Como una situación de aislamiento y prisión que quedó en el tiempo.”*

Se podría ubicar en esta línea la tendencia al gueto observada por algunos, se agrupan con quienes compartieron la prisión, entre quienes se producen fuertes identificaciones. El par le permite ahorrarse gran parte de las explicaciones, en comparación a quienes no pasaron por la prisión, quienes sólo comprenden si se animan a preguntar y el E-PP se anima a comunicar.

*Rafael: "A nadie le gusta contar las cosas más abyectas que le tocaron vivir, la vejación, desde el destrato, el estar en el medio de la mierda, de las violaciones. Yo creo que en eso hay que ser muy respetuoso."*

*Agustín: "En la prisión los que están de un lado son compañeros, son amigos, sean chinos, troscos, bolches, tupas. Los que están del otro lado son enemigos. Se estableció casi en forma behaviorista, casi conductual, un modelo binario los buenos y los malos."*

La tendencia a vincularse sólo con los iguales podría relacionarse al hecho de haber permanecido por años dentro de un sistema maniqueista, un mundo dicotómico de compañeros y enemigos. Lo que puede dar lugar a una subjetividad polarizada en la que se hace difícil encontrar matices, modelo de percepción de la realidad que dentro de la cárcel resultó funcional y permitió protegerse, pero que posteriormente, pudo ocasionar conflictos en los vínculos en tanto las personas no son puramente buenas o puramente malas.

#### **IV.4. El cuerpo se expresa**

Es posible acceder amplia literatura que da cuenta de las huellas en el cuerpo que padecen quienes fueron víctimas de tortura, en este estudio no ahondaremos en ellas, sólo se expondrá un somero análisis.

Varios de los clínicos alertan sobre el hecho que en esta población observan porcentajes de morbi-mortalidad más elevados que en el promedio; información que no podemos corroborar por no disponer de investigaciones científicas que lo verifiquen, pero que se asimila a lo investigado en víctimas de la segunda guerra mundial. Un entrevistado menciona que la Asociación de ex detenidos CRYSQL, con una frecuencia semanal envía mensajes que dan aviso de la muerte de algún/a compañero/a y que llama la atención las respectivas edades, con frecuencia, inferiores a las del promedio de vida para la población del país.

Se hace alusión a que han observado, marcas de la prisión en la gestualidad, la mayor parte de las veces, cuando la persona se encuentra atravesando situaciones dolorosas:

*Agustín: "Toman la postura del preso (...). Les falta que estén armando la hojilla (del cigarro), hombros hundidos y suele estar relacionado a cuando ocurren situaciones afectivas negativas en su entorno."*

*Virginia: "(...) No puede mirarte a los ojos. No sé si no es un efecto también de una actitud de sumisión (...)."*

Distintos entrevistados refieren a algunas enfermedades físicas que observan en los pacientes: patologías osteoarticulares; osteomioartritis; dolores crónicos; afecciones neoplásicas; enfermedades auto-inmunes.

*Micaela: “Sí, el dolor físico crónico. Claro generador a su vez de limitaciones en la vida diaria que provoca frustración, síntomas depresivos, deterioro de la calidad de vida.”*

Un clínico se refiere al miedo al dolor físico; como si las experiencias dolorosas actuales pudieran provocar reminiscencias de dolores padecidos en la tortura. Aquellos procedimientos que implican manipulación del cuerpo por parte de terceros, en los que la persona se halla en una posición pasiva y a merced de un otro, pueden ser vividos imaginariamente, como una amenaza a la integridad.

*Camila: “El odontólogo es más difícil de consultar que otras ramas de la medicina. No sé si será esa cosa de quedar atrapado, de alguna forma en manos de alguien, porque el odontólogo una vez que empezó a trabajar contigo no te deja salir de la silla (...).”*

Efectos también observados en el grupo de mujeres que padeció violencia sexual. (Mangado, L. y Robaina, M.C., 2012, p.32).

Con frecuencia surgen dificultades para expresar dolores físicos y psíquicos por temor al uso que podrían hacer los otros al mostrarse vulnerables, quedar expuestas, como “desnudas”. Relatan la aparición de reminiscencias traumáticas que se reviven en momentos que tienen que confiar su cuerpo a manos de terceros: médicos, odontólogos, enfermeras.

En el cuerpo quedan huellas de la violencia, de la invasión del otro en los espacios más íntimos; del poder y el dominio del otro sobre sí mismo. Para quienes fueron objeto de abusos sexuales, es difícil dejar de evocar aquellas imágenes, porque el placer sexual tiene un componente de anticipación del placer posible, el que puede verse interferido por las vivencias de brutalidad a las que se estuvo sometido, por sensaciones o reacciones físicas experimentadas en situaciones en que era imposible defenderse.

## CAPÍTULO V. LA CLÍNICA: ASPECTOS TEÓRICO-TÉCNICOS

Se expondrán aspectos teórico-técnicos jerarquizados para el trabajo con E-PP. Se comenzará con los objetivos terapéuticos: construir un vínculo de confianza, elaborar lo traumático, des-victimizar e integrar ese período en la historia de vida. Luego, se analizará el uso de la regla de la neutralidad del terapeuta. Se recogerán los principales aspectos transferenciales y contra-transferenciales: ¿Qué transfieren los pacientes en los psicoterapeutas? ¿Qué sentimientos o deseos identifican los psicoterapeutas? ¿Cómo se trabajan estos aspectos? Se buscarán respuestas a la interrogante ¿Los terapeutas preguntan al paciente sobre su experiencia en la tortura? Se analizará porqué se afirma que es más importante la contención que la interpretación. Se observarán ciertos aspectos de la psicoterapia grupal.

### V.1. Objetivos terapéuticos

Al consultar a los profesionales sobre los objetivos terapéuticos de esta clínica, varios respondieron que son similares a los propuestos en todo proceso psicoterapéutico: atender la demanda, resolver conflictos intrapsíquicos, hacer consciente lo inconsciente, aliviar síntomas, construir proyectos de vida.

*Virginia: “Yo les planteo que ese espacio les sirve para mejorar su calidad de vida.”*

*Mercedes: “Los objetivos terapéuticos fundamentalmente se tratan en relación al motivo de consulta, se trata de disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas.”*

*Florencia: “Los objetivos para mí son los mismos que en cualquier terapia de corte psicoanalítico: ir a las causas de los sucesos traumáticos, hacer consciente lo inconsciente, y ahí al no poder cambiar la realidad poder cambiar la actitud frente a la realidad.”*

*Sebastián: “(...) el paso inicial es la demanda propia del sufriente. No es una acción preventiva, no es una vacuna, no es algo que uno vaya a hacer sino, empieza por alguien que pide ayuda, que necesita, que algo anda mal, que no duermo o no tengo buena vida laboral, o buena vida sexual.”*

*Rafael: “Te diría que desde el punto de vista de mi postura ética y profesional, nunca traté a un torturado. Quiero decir que trataba a una persona que le había pasado eso como algo muy importante en la vida, pero no era el objetivo tratar a la tortura y al torturado. (...) Pero el objetivo, desde mi punto de vista, -con lo que quiero decir que otros no sean válidos y esto lo quiero subrayar-, es tratar de trabajar con el paciente la historia de su subjetividad y no tener como objetivo reparar el daño de la tortura, eso como diría Lacan vendrá por añadidura.”*

Planteo similar sostiene Galli, V. (2008) cuando señala que esta labor no se diferencia en demasía de la labor del terapeuta en cualquier análisis:

Así, el quehacer del clínico psicoanalítico es un trabajo psíquico particular (...) al estilo de los trabajos del sueño, del chiste y del duelo. Encontrándose con los múltiples y heteróclitos “materiales” que se producen y se pueden percibir, el psicoanalista va modulando ansiedades e identificaciones, facilitando diálogos que buscan entender, interpretando, construyendo verosímiles, conteniendo desmesuras, buscando sentidos, historiando, laborando para levantar represiones, amenguar clivajes y acercarse a lo excesivo, buscando mostrar y entender repeticiones (...)

Al referirse a los efectos del terror de Estado, el autor unas líneas más abajo agrega:

Encontrarse en la campo clínico con las paralizaciones y sideraciones producidas por el terror -buscado como estrategia transformadora por el sistema genocida-sostenido en el silencio de palabras y pensamientos que segregaron las torturas (...), las desapariciones, los muertos sin tumba, los exilios, la apropiación de chicos, los apresamientos enajenantes entre lo que debía saberse que existía pero al mismo tiempo afirmarse que no era así, las pérdidas de valores e instituciones, o sus deformaciones perversas... inevitablemente implican conmociones y aperturas imprescindibles en el psicoanalista que se toma como instrumento, que habitó en el país “campo de concentración” de aquella época y habita en un tejido social e institucional donde perduran efectos . (Galli, V., 2008)

La mayoría de los entrevistados sostienen que los tratamientos no están centrados en los efectos del terrorismo de Estado, sino, que se atenderán las necesidades del paciente en su integralidad. Es el paciente quien elegirá los contenidos a trabajar, pudiendo poner énfasis en cualquier etapa de su vida. A pesar de eso, en diferentes momentos del discurso, los entrevistados enfatizan objetivos propios de la clínica con E-PP.

#### **V.1.a. Construir un vínculo de confianza**

*Mateo: “Veo, en todo vínculo humano la confianza es fundamental, ni que hablar, nadie puede vincularse con alguien en quien no confía, en esto, me parece que tiene un plus. Tal vez lograr eso termina siendo tan terapéutico como una buena interpretación o una intervención de otro tipo. Para personas que justamente lo que decíamos antes, el problema de las parejas, que tiene que ver con la confianza, con que el otro siempre es alguien que puede traicionar, que puede dañar. Lograr convertir el espacio terapéutico y por lo tanto el terapeuta, en alguien confiable me parece que es un mensaje muy contundente; con efectos terapéuticos claros.”*

La importancia de construir un vínculo de confianza es esencial en todo proceso terapéutico. Sin embargo, en esta población resulta crucial, por tratarse de personas que se han enfrentado a lo más abominable de lo humano. Para poder “abrirse” ante un otro, necesitan

comprobar que ese otro no los va a dañar, que tampoco se va a derrumbar y que tiene suficiente capacidad como para contenerlos.

*Virginia: “La diferencia está cuando comienzan a hablar de la tortura, como que te cuidan mucho. Sobre todo ponen especial atención en que eso te puede perjudicar a vos, así como lo hacían con sus hijos y con sus familiares, también lo hacen con el terapeuta. Al principio más, después que sienten que vos les das luz verde y que bueno, te conmueves pero no es algo que te indiscrimines, ¿no? Que podés recepcionar ese sufrimiento de la tortura, ahí bueno, creo que se abren más.”*

Un entrevistado afirma que estos pacientes “te ponen a prueba” porque necesitan corroborar que se encuentra ante una persona digna de su confianza. Es frecuente que expresen: “para poder hablar de lo vivido necesito saber quién es el terapeuta”. Actitud comprensible, si se tiene en cuenta que dentro de la sociedad conviven quienes apoyaron la dictadura, quienes no quieren escuchar hablar de ese pasado, los indiferentes y quienes lo desconocen.

Lo resaltado por los clínicos, se refiere a la imperiosa necesidad de construir un vínculo terapéutico que refuerce lo que humaniza. Así como el torturador se propuso de-subjetivar, el terapeuta tendrá la función de humanizar. Será necesario que el terapeuta sea capaz de “continentar”, transmitir seguridad y firmeza, dar señales contundentes de que no va a sucumbir ante la escucha del horror, que no se desbordará, ni evitará escuchar los relatos. En breves palabras, ha de construir una trama vincular fuerte.

#### **V.1.b. Elaborar lo traumático**

Arregui, R. (1993, p. 358) toma de la psicoanalista Francés Tustin la noción “barreras autistas”, para referirse al encapsulamiento autista que desarrolla el paciente, para encajonar e inmovilizar la parte dañada de su personalidad; y la aplica al encapsulamiento que observa en víctimas de tortura. Estas barreras toponean el miedo de “ser muerto”. La autora sostiene que metafóricamente hablando, el funcionamiento psíquico queda congelado e inmovilizado. Observa en muchos pacientes que lo habitual es la paralización y la resignación ante una situación que rechazan racionalmente, pero afectivamente evitan contactar. Su estrategia terapéutica se propone movilizar esas zonas encapsuladas o congeladas con las que el paciente no puede contactar; recorrer procesos de duelo, aflojar las tensiones asociadas al trauma. Explica que las vivencias traumáticas han perturbado la capacidad de comunicación de lo que se refiere a la parte dañada de su personalidad, y que en su interior reside un sentimiento de pérdida no llorada que no han podido significar.

Ulriksen, M., explica lo que ocurre con el horror internalizado:

El horror, incluido en el psiquismo como cuerpo extraño, se expresa en el gesto, en la mirada, a veces en el síntoma, sobre todo físico, y en otros rasgos anclados en el carácter, como la aprensión, el temor ante un gesto, una mirada. El clima afectivo que se transmite es de desconfianza, incluso hacia sus propios hijos. Son aquellas marcas no significables que se transmitirán a los niños. (2006, pp.124, 125)

*Mateo: “(...) para mí son como experiencias arrasadoras, arrasadoras de la subjetividad, arrasadoras de las emociones, de todo. Poder ayudar a la persona a salir de esa situación de avasallamiento”. (...) “Que es de alguna manera, me parece librarlos de la repetición. Sacar energía que está más ligada a la pulsión de muerte, a eso mortífero y poder ligarla a cosas vitales.”*

*Josefina: “...el trabajo es acompañar a la persona a situar dónde está la repetición, o sea el resurgimiento de lo traumático en la repetición.” (...) “En la queja y en el sufrimiento de aquello que pasó y con dificultades para buscar una salida, o para dejar entre suspenso, olvidar entre comillas porque no se olvida. Por lo menos sacarlo de su impacto en lo cotidiano actual. Porque estas cosas se arrastran y como que van creando problemas que van arrastrando a otros, como una especie de bola de nieve, donde al final la persona está atrapada en la repetición de algo que sucedió hace mucho tiempo.”*

Un objetivo terapéutico será elaborar lo traumático, tarea harto compleja que tendrá en cuenta los tiempos posibles en cada paciente. El terapeuta irá tras aquel clima propicio que posibilite “entretejer” el tejido dañado; en el que las palabras se puedan unir con los sentimientos y sensaciones provocados en el fragor del traumatismo. Al tiempo que se producirán “cierres” y “soldaduras”, la energía allí estancada volverá a circular y podrá dirigirse hacia apuestas más vitales.

Según los informantes, antes de la década del 2000 era muy difícil que los pacientes trajeran a la consulta las escenas traumáticas. Arregui, R. (1993) refiere a la existencia de fuertes mecanismos defensivos de re-negación y escisión de las experiencias traumáticas, aislamiento y anestesia afectiva. Sin embargo, los mismos acuerdan en que estas vivencias son traídas a la consulta con menos restricción defensiva a partir de que se visualizan señales de procesamiento social. En ello coinciden todos los profesionales que trabajaron en SERSOC.

Los clínicos se proponen atacar la actualidad de lo traumático, combatir aquel resto que reaparece bajo la forma de padecimiento. Lo que incrementa el daño es el anudamiento, el estancamiento de la energía vital en torno a lo traumático, sin hallar modos de emancipación. En la medida que se enfrentan los aspectos mortíferos, se recupera esa energía, a la vez que se potencia el despliegue de nuevos proyectos encausados hacia el presente y el futuro. Sin embargo, los estudiosos de la noción de trauma alertan sobre aspectos del mismo que no podrán ser simbolizados por medio de la palabra.

Kordon et al. (2002), se interrogan sobre lo inenarrable de lo traumático y formulan

diversas hipótesis para explicar el silencio posterior al trauma.

- a) En la tortura, por el intenso y prolongado dolor, se produce un shock neurogénico que conlleva estados de inconsciencia en diversos grados: desde la obnubilación (enturbamiento y estrechamiento de la conciencia) hasta el estupor (estado de inercia, vacío y suspensión de la actividad psíquica). Esta situación afecta la memoria de fijación durante el episodio traumático y la memoria evocativa subsecuente (...)
- b) El trauma corporal produce una regresión narcisista de tal carácter que no puede efectuarse representación psíquica alguna de los hechos. (...)
- c) Se produce una disociación esquizoide defensiva. La disociación es un mecanismo de defensa característico de los niveles mentales más primitivos (...)
- d) Los sentimientos de pudor, vergüenza o humillación, que dificultan la comunicación de lo ocurrido durante la tortura, están vinculados a ciertas vivencias íntimas en las que queda comprometida la relación entre el Yo y el Ideal del Yo. (...) (pp. 93, 94)

*Mercedes: "Empieza siendo inenarrable en un proceso, quizás después, por ejemplo, en esto del colectivo de mujeres que denuncian, muchas cosas pudieron ser narradas. Que de repente alguna de estas mujeres ha pasado por otros procesos individuales y quizás, por el momento histórico, por el encuadre de trabajo, no sé. Por algo pudieron hablar de eso en ese grupo y muchas por primera vez. Ahí pudo ser narrado"*

Cuando se habla de aspectos inenarrables se hace referencia a un núcleo duro del trauma, imposible de simbolizar. Surge la pregunta de si no se debiera dejar un camino abierto a la posibilidad de la nominación. Quizás en ciertos momentos de la vida sea posible hallar circunstancias más favorables, o el encuentro con factores azarosos pueda facilitar la tarea de narrar. Se plantea que quizá algo de esta magnitud ocurrió a las mujeres que fueron capaces de efectuar una denuncia judicial por violencia sexual.<sup>52</sup>

*Rafael: "Freud distinguía dos cosas, la vivencia de la experiencia. Un trauma es una vivencia, pero en la medida en que no lo ponemos en palabras no lo transformamos en una experiencia, experiencia es aquello que yo integro en mi vida y me sirve para no tropezar con la misma piedra, en la medida de lo posible."*

*Mercedes: "...la persona va pudiendo traer las vivencias y trabajar sobre ellas, no sólo traer las vivencias como relatos, sino pudiendo unir que algunas de las cosas que le están pasando ahora tienen que ver con lo que les pasó antes y pudiendo unir las representaciones con los afectos."*

Un entrevistado agrega que no sólo se hace necesario trabajar lo traumático con inscripción psíquica, sino también y paralelamente, lo traumático con inscripción social. Aquellos efectos que expresan los individuos a punto de partida del procesamiento social de los traumatismos socio-históricos, en sus posibilidades de elaboración y en sus obstáculos.

---

<sup>52</sup> Referido a 28 mujeres, ex prisioneras políticas, que se agruparon con el fin de presentar una denuncia judicial, por situaciones de violencia sexual sufridas durante el tiempo de secuestro y encarcelamiento. La denuncia se presentó a fines del año 2011.



### V.1.c. Des-victimizar

*Rafael: "Fijar al paciente en la posición de víctima pienso que es una mala práctica. La gran tarea es des-victimizarlo."*

*Josefina: "Uno de los desafíos es poder mantener la cabeza del terapeuta en una apertura de escucha, donde pueda ir discriminando el sufrimiento, la experiencia traumática, de sus transformaciones posteriores en una queja, que se queda entrampado, encadenado, repetitivamente en la queja."*

Entre los entrevistados hay acuerdo en postular que será una tarea del terapeuta la de acompañar a las personas a salir del lugar sufriente o de parálisis, para alcanzar un papel activo y dignificante. Incluso hay quienes señalan su malestar frente al uso de la palabra víctima, porque la persona fue víctima en un tiempo pretérito, y no permanece siendo víctima eternamente. Los procesos terapéuticos se proponen evitar la "compulsión a la repetición", así como el empantanamiento en la queja propia de la posición de víctima.

Puede observarse que la violencia produce el quebrantamiento del sistema defensivo, y la ruptura y la fragmentación de las funciones yoicas. Esta demolición (Viñar, 1978), aunque sea temporaria, produce efectos durables, como si el psiquismo estuviera ocupado, investido por un mismo sufrimiento, una herida de tal magnitud que sólo deja poco lugar y un vestigio de energía libidinal disponible para nuevas investiduras. De esta manera se ponen en funcionamiento actuaciones correspondientes a la pulsión de muerte y su función desobjetivizante (Green, 1986). Vuelta sobre sí mismo y ocupar su vida en curar su herida serían restos activos de la violencia sufrida. (Ulriksen, M., 2006, p.126)

*Sebastián: "Quien ha sufrido puede instalarse, lamerse las heridas y auto-consolarse desde su queja melancólica de víctima, o puede tener una auto-reparación a través del trabajo, de la creación de una familia, de todos los procedimientos sublimatorios."*

*Rafael: "Te podría transmitir cómo trabajé yo. Para mí se trataba de desentrañar, a partir de la relación con los pacientes, el mecanismo de la tortura en el campo de la subjetivación. En este sentido, el objetivo de la tortura no era obviamente, el de la confesión. Se procuraba desmontar los mecanismos identificatorios y destruir al yo, en el sentido freudiano y lacaniano."*

Si la tortura, además de tener por función extraer información para desarticular a los grupos perseguidos, fue una maquinaria dispuesta a fin de de-subjetivar, que buscó desarmar aquello que sostiene y apuntala el psiquismo, la psicoterapia deberá ser un ámbito de subjetivación. Es decir, el terapeuta acompañará al paciente en el proceso de autoafirmación, se buscará reforzar su ser persona, en desmedro de las vivencias cosificantes que le produjo el accionar del verdugo, con sus métodos de humillación, degradación y adoctrinamiento.

Se plantea la importancia de comprender los mecanismos de la tortura para lograr desmontarlos a nivel intra-psíquico; la importancia de fortalecer el yo y reforzar mecanismos

identificatorios. Por otra parte, se hace necesario identificar las marcas de la prisión y la tortura, ubicarlas en el plano de la conciencia para emprender el camino hacia su modificación.

#### **V.1.d. Integrar ese período a la historia de vida**

*Florencia: “Tener una vida que no sea un antes y un después. En cuanto a las barreras que hoy te decía, poder bajar las barreras y establecer una continuidad entre el antes y el después y no quedar presos en el pasado. Una vida que no sea la vida de un ex-presos. Tienen más vida vivida fuera del penal y eso poderlo reconocer.”*

Algunos entrevistados refieren a la importancia de integrar la historia de vida del sujeto, propender a entrelazar pasado, presente y futuro. Muchos ex prisioneros pudieron recomponer su vida disociando o negando las vivencias traumáticas; lo más sano sería tomar contacto con lo escindido, promover la circulación de la palabra, contactarse con esas vivencias y extraer de ellas aprendizajes.

*Mercedes: “Empiezan a reconstruir su historia, pueden ir avanzando y teniendo cambios en su vida cotidiana y en sus vínculos y uno se va alegrando con ellos, lo vas sintiendo como logros importantes de los procesos.”*

*Fernando: “Una es el trabajo concreto con quienes estuvieron detenidos, y un poco lo que tiene que ver con el trabajo sobre sus sentimientos, sobre sus visiones sobre la política, a lo largo de su historia militante hasta el hoy; con la dimensión de lo que pasa en las familias en particular con las generaciones más jóvenes; pero también con las situaciones de pérdidas, de dolor, de rupturas y también de logros que pudieron haber tenido ellos en su militancia, su vida o su salida de prisión en relación a su propia proyección como integrantes de una familia.”*

*Mateo: “¿Cuál sería un indicador de que una persona pudo procesar todos esos hechos? Para mí, en la posibilidad de restablecer un proyecto de vida, reformular su vida, a partir de esa herida, o teniendo en cuenta todo lo que pasó, pero pudiendo seguir adelante sin repetir esa historia permanentemente, en todos sus nuevos vínculos, en todas sus nuevas inserciones ya sea laborales o sociales.”*

Los entrevistados se proponen trabajar con la historia de vida, buscando alcanzar solución de continuidad, unir la vida anterior a la prisión, la que tuvo durante, la *a posteriori* de la cárcel, la actual y la que proyecta hacia el futuro. Combatir lo escindido, lo que pudo haber quedado atrapado (preso) del pasado. Señalan la importancia de trabajar las vivencias de la prisión, los sentimientos, los duelos, las rupturas, liberar la energía allí depositada. El modo de romper con el círculo de la repetición, será el empoderamiento, el alcance de metas, el énfasis en los procesos creativos, el desarrollo de experiencias gratificantes.

*Fernando: “Otra característica que me parece insoslayable, es la correspondencia que ellos encuentran con el mundo actual en relación a los ideales por los cuales militaron. (...) yo creo que un fenómeno muy grande es el desencanto con las organizaciones políticas.(...)También habría que ver un poco, en la historia de estos integrantes, que hoy andan*

*por lo menos por los 58 o 60 años en adelante, la historia familiar en relación a las generaciones anteriores también. Como punto de ruptura que fue el movimiento sesentista.”*

El profesional propone, que entre los objetivos terapéuticos, se tenga presente que se trabaja con sujetos que han dedicado gran parte de su vida a militar. Que además de procesar lo referido a la prisión, se dé cabida a los significados propios y generacionales de sus luchas. Seguramente para muchos, su historia de vida como sujeto político, ocupa un lugar jerarquizado, por lo que será necesario entonces, otorgarle tanto espacio, como el que se le otorga a las realizaciones afectivas, educativas y laborales.

Para que se pueda construir recuerdos es imprescindible que se haya olvidado. Para lo que es necesario que algo deje de pasar. Si se mantiene en un exceso traumático excesivo y permanentemente presente, aunque esté disociado o rechazado, no se lo puede recordar porque existe como presente en una percepción inabarcable; para construir memoria debe dejar de pasar, luego de hacerse más sostenible en el diálogo que construye relaciones y soportes. Con lo que, paradójicamente es primero percepción de algo actual que es al mismo tiempo memoria de un allá y entonces, que seguía existiendo. (Galli, V., 2008)

*Rafael: “Creo entonces que el trabajo que a treinta años se puede ir haciendo, (...) Reparar ese daño es de alguna manera, aunque esto parezca una paradoja, es ayudarlos a olvidar. Digo, porque si no, viven sujetos a ese trauma y son sujetos que su identidad a veces, queda sostenido en eso. “Soy una víctima de la dictadura”. Y creo que eso no es bueno ni para el sujeto ni para la sociedad.”*

El entrevistado considera saludable el olvido, entendiendo por tal que el suceso deje de ocupar “espacio” en la conciencia. Lo que resulta comprensible en términos psicológicos y que se busca alcanzar al atacar la actualidad de lo traumático. Es decir, se busca eliminar aquellos recuerdo intrusivos, los que siguen siendo vivencias y se resisten a ser transformados en experiencias. Sin embargo, los terapeutas que trabajan desde el programa de reparación estatal, en lugar de olvidar, utilizan los verbos integrar y elaborar. Quizá, porque temen que se confunda el olvido individual con el olvido social. Son valorados aquellos procesos capaces de coadyuvar en la construcción de memorias colectivas; se estima saludable recordar, en tanto los recuerdos posibiliten elaborar producciones que permitan comunicar y compartir. Desde una aproximación sistémica se podría plantear que: si la sociedad da voz a las víctimas y confirma su experiencia, las víctimas no necesitan convertirse en portavoces de su propio horror ante la sociedad.

Viñar, M. (1991) sostiene:

Me parece un lugar posible para el psicoanálisis -que será atacado por los revolucionarios y los científicos- el de intentar la aventura de simbolizar el patrimonio mortífero que heredamos de la década negra, y mediante su elaboración hacerlo transmisible. Combatir el olvido y la venganza, inscribiendo una memoria y sancionar el

crimen construyendo una historia. O, retomando términos freudianos, debemos intentar sustituir la rememoración a la reminiscencia. (En Puget & Kaës, 1991, p.56)

Pensamiento que se ubica en la línea de “recordar para no repetir”, en este caso, aplicado al terreno de lo social.

## **V.2. Neutralidad o no-neutralidad**

En la literatura consultada, se han encontrado suficientes argumentos acerca de la imposibilidad de la neutralidad para esta clínica. Sin embargo, no se halló igual consenso entre los entrevistados respecto al uso de esta regla psicoanalítica. Aunque la mayoría se inclinó hacia lo no-neutralidad, hubo quienes valoraron la necesidad de mantener esta regla.

*Rafael: “Dicho brutalmente, nuestra función no es recuperar militantes, no. Si el sujeto vuelve a la militancia es otra cosa que tiene que ver con su deseo y con su historia.” (...) “(...) ahí lo que se juega en uno es no tratar de inculcar nada al paciente, ese es el respeto por el paciente, de cuál es el deseo de él o cómo puede emerger el deseo de él. El deseo mío como analista es ese, no otro, no debe ser otro. Y lo otro es adoctrinamiento, es otra cosa, podrá ser religioso, político, y tendrá otros campos donde eso te digo que opera, pero no en el análisis.”*

Ante el riesgo de que los psicoterapeutas se comporten de modo proselitista, no se ha hallado esta tendencia entre los entrevistados. Quienes cuestionan la neutralidad, señalan que no se trata de que el terapeuta le inculque sus ideas al paciente, no proponen una alianza política. Lo que plantean es que desde el inicio del vínculo ambos -terapeuta y paciente- saben que se encuentran ubicados en la misma senda: en la que repudia las violaciones a los DD.HH. El terapeuta manifiesta su rechazo ético por la violencia política. Situación que no permite aplicar la misma vara que utiliza el psicoanálisis clásico, para trabajar los conflictos intrapsíquicos, porque aquí lo que se trabajan son traumatismos psicosociales.

De acuerdo a los entrevistados de SERSOC Y CO.SA.ME.DD.HH. no hay neutralidad, en tanto los pacientes se acercan a un servicio que tiene el objetivo de reparar los daños del terrorismo de Estado. Al integrar un servicio especializado, con frecuencia los profesionales son convocados a participar de eventos públicos, en los que se les solicita que ofrezcan su palabra experta, palabra que podrá nutrir de argumentos los reclamos que se realizan ante las autoridades gubernamentales.

*Mercedes: “Yo pienso que como psicoterapeutas nunca somos neutros, uno pone en juego su subjetividad, su historia, sus creencias, su cuerpo... y quizá en estos procesos aún más porque los contenidos que traen nos impregnan y golpean, sentimos dolor, angustia, bronca. A veces para los consultantes es importante saber que una milita por los DD.HH. y/o trabaja por los DD.HH, porque eso también aporta a que ellos puedan sentirse en un lugar y en un vínculo confiable y seguro.”*

*Fernando: “Creo que por ahí no sólo no obstaculiza el trabajo, sino que genera condiciones para que ese trabajo sea todavía más amplio, más profundo, más comprometido.”*

*Florencia: “ (...) la necesidad de confianza, (...) ellos saben que no somos neutrales en los temas de DD.HH., nos sienten parte, no un extraño, involucrado en el tema, no como un paciente de la clínica particular que no sabe, no sabe quién sos, qué pensás. Ellos eligen un lugar confiable, porque sigue existiendo la desconfianza.”*

Resulta de interés otra argumentación a favor de la neutralidad planteada por un entrevistado ¿Qué ocurre cuando el paciente necesita comunicar algo que no ha podido hablar porque teme ser juzgado? ¿Se hace más difícil contárselo a un terapeuta comprometido con los DD.HH.?

*Josefina: “Aunque yo he visto y veo gente, y apoyo a gente que ha sido víctima y la siento, y me da un horror interno y una violencia interna, contra los que torturaron y lo que hicieron. Pero lo importante, es que la persona pueda decir todo lo que tiene adentro y que yo no tenga un a priori, de está bien o está mal, de te apoyo y que horrible lo que te pasó. No es así la cosa.” (...) “Especificidad que no implica, yo te diría, cambiar las reglas de la neutralidad. Que eso es otra cosa. Porque qué pasa si alguien necesita hablar de que habló? O de que se entregó sexualmente a un policía o a un militar, a quién se lo dice? No es problema de confianza política, es un tema de confianza. La confianza política es otra cosa.”*

Situación que lleva a preguntarse si para el caso de los tratamientos que se han realizado en instituciones dedicadas a la atención de víctimas del terrorismo de Estado, podrá haber operado un freno silenciador de aspectos vergonzantes. A modo de hipótesis se puede pensar que, ante situaciones en las que el paciente siente gran pudor, le sea más dificultoso contárselas a un terapeuta que trabaja en DD.HH. Podría darse el caso que en ese terreno se establezcan puntos ciegos de difícil disolución. Para que la no-neutralidad no fomente la construcción de barreras que obturen el trabajo clínico, se hace imprescindible que existan espacios destinados a la reflexión.

*Fernando: “Yo en realidad ...pienso que uno tiene que hacer lo posible como para objetivar la situación, en ese sentido el trabajo de uno hay que pensarlo con otros, cosa de que uno pueda no quedar en esos circuitos cerrados, donde como estamos haciendo más o menos lo mismo, a nivel organizacional, a nivel político, a nivel social. O nos encontramos en espacios vinculados a DD.HH. Que eso no anule la capacidad de pensar lo que uno está haciendo.”*

Quienes se orientan hacia la no-neutralidad, consideran que esta es una herramienta que fortalece la alianza terapéutica. No se plantea que los terapeutas develen sus afiliaciones político-partidarias; ni que sean ellos quienes propongan hablar de temas políticos en la sesión. Al igual que en todo proceso terapéutico, el terapeuta evitará hablar de sí mismo y de sus ideas. Sin embargo, proponen que la existencia de un universo de intereses compartido ofrece un marco de seguridad a sujetos que fueron perseguidos.

Si se toma la definición psicoanalítica de neutralidad (transcripta en el marco teórico), desde su visión más ortodoxa no admite las peculiaridades que significó el trabajo con víctimas de persecución política, realizado desde las instituciones solidarias. No hubo neutralidad en cuanto a “valores morales o sociales”. Desde el inicio se manifestó solidaridad de los terapeutas hacia los E-PP, así como, se expresó rechazo hacia los ejecutores de la violencia. Se observa que no se aplicó el concepto neutralidad, en lo referido a “no conceder *a priori* una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones”; estos psicoterapeutas otorgaron importancia a los efectos que el terrorismo de Estado causó en los sujetos, e incluso se volvieron observadores de estas señales para su comprensión e integración. No se han encontrado cuestionamientos al cumplimiento de esta regla en el entendido de “no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera”. Quizá hoy sea oportuno preguntarse si tampoco este aspecto de la noción neutralidad, es siempre contemplado. Cuando se considera saludable que las personas realicen un aporte a la sociedad: una creación artística, dar testimonio, realizar denuncias, trabajar en pos de la memoria colectiva, entendiendo que estas actividades pueden liberarlos de las cargas que portan. ¿Estas situaciones no se podrían asimilar a dirigir la “cura” hacia ciertas direcciones?

### **V.3. Transferencia y Contra-transferencia**

#### **V.3.a. ¿Qué transfieren los pacientes en los psicoterapeutas?**

##### **V.3.a.1. Institución confiable**

La mayoría de entrevistados trabajó con los E-PP en SERSOC o CO.SA.ME.DD.HH., ellos coinciden que en primer lugar los pacientes depositan confianza en la institución, sea porque se acercan recomendados por un compañero que también estuvo preso, derivados por alguna organización de DD.HH., o por algún familiar que anteriormente fue atendido; generalmente hay alguien que le da buenas referencias. Valoran que la institución les ofrezca un servicio especializado, que los profesionales conozcan en profundidad su problemática y que no tengan que explicarles todo. Es la institución la inspiradora de confianza.

*Mateo: “(...) por lo menos en un primer momento, no diría la desconfianza, porque bueno ya hay una transferencia con la institución (...).”*

*Leticia: “En la transferencia lo que hay, es que en la medida que están viniendo con terapeutas o psiquiatras que ideológicamente están cercanos, obviamente la transferencia es buena. Están en un lugar que lo consideran seguro, o sea no desconfían.” (...) “Te dicen que han ido a un psiquiatra de la mutualista y no se animan a decir que les pasó. Por ejemplo una paciente llevaba una placa y tenía fisuras en la costillas y el médico le preguntó ¿a usted le pasó algo? Y a la mujer le costó decir que había estado presa.”*

A los ojos del paciente la confiabilidad la otorga la institución. Se parte del supuesto de que en la misma no trabaja cualquier profesional, sino alguien que por determinadas razones (ideológicas y profesionales) resulta confiable, la institución avala al psicoterapeuta. Se trata de una proyección necesaria que hará posible depositar confianza en el proceso terapéutico.

### **V.3.a.2. Psicoterapeuta confiable**

*Rafael: “Cuando nos viene a ver un paciente, es muy raro que venga por casualidad, no es como elegir un psiquiatra en el mutualismo, vienen porque saben algo de uno o porque alguien le dijo algo. La transferencia es una cosa cierta, se produce ya antes de que el paciente empiece el tratamiento.”*

*Fernando: “Yo creo que la pertenencia, no la político partidaria, pero sí la posibilidad de que ellos vislumbren de que vos tenés una actitud relativamente comprometida en relación a la violación de los Derechos Humanos es un hecho que no se puede desconocer. Este sector de la población no consulta a cualquier psiquiatra o a cualquier psicólogo, sino que busca información acerca de quién es, cómo es, etc.” (...) “Hoy día como que se ha relativizado bastante y me parece que está bueno que sea así porque también se genera un encuentro de intereses, de modalidades, de formas de ser que enriquece.”*

*Florencia: “En la transferencia de ellos lo que sentís es que eres un ser confiable, con quien se puede hablar, y que hablan cosas acá que no hablan en otro lado, ni con sus propios compañeros.”*

*Mateo: “De hecho, muchas de las personas o terapeutas que han atendido en forma particular pacientes afectados por la dictadura, son personas ideológicamente también afines. Y las personas que consultan lo hacen sabiendo de esa afinidad ideológica. No, no queda por fuera de la consulta ese aspecto, la ideología del terapeuta, el paciente sabe.”*

Quienes no integraron organizaciones especializadas, han alcanzado reconocimiento público por sus trabajos científicos o académicos, lo que los ha investido de confiabilidad.

Sostenemos a modo de hipótesis, que esto podría deberse al inadecuado procesamiento social de los traumatismos socio-históricos a nivel del país. En tanto no existe un discurso consensuado de rechazo al crimen de la tortura, al convivir en la misma sociedad personas que asignan sentidos diversos a los hechos ocurridos, no es posible comenzar a narrar si no se sabe quién es el interlocutor.

*Florencia: “Ellos eligen un lugar confiable, porque sigue existiendo la desconfianza. Yo recuerdo un paciente (...) le pregunté ¿usted tiene delitos de sangre? Me dijo “No, pero si tuviera no se lo diría”. Eso en la clínica particular lo tenés que seguir trabajando y en estos pacientes lo tenés que dejar.”*

Por otra parte, hay secretos que aún creen necesario preservar, fundamentalmente referidos a los grupos políticos de pertenencia o a su participación dentro de los mismos. Hay aspectos de su ser colectivo, que si son hablados en los ámbitos terapéuticos, se viven como si

se atacaran lealtades o se violaran promesas, lo que sigue influyendo hasta la actualidad.

### V.3.a.3. Psicoterapeuta soporte

Los psicoterapeutas señalan que en ocasiones han sido soporte de aspectos terroríficos, que el paciente expulsa en la ilusión de quitárselos de encima. Pacientes que al poco tiempo de su llegada, hacen catarsis, exhiben cruentos relatos, y luego, no retornan al tratamiento, o lo hacen pasado un tiempo prudencial. Algunos sólo buscan el alivio que otorga la catarsis. El terapeuta deberá ser cuidadoso, esperar el momento oportuno para que el paciente vuelva a tomar contacto con lo depositado, cuando ello sea posible.

El 25% de los entrevistados refieren a que en alguna ocasión recibieron agresiones, aunque aclaran que la mayor parte de las veces, en forma indirecta.

*Josefina: “Como depositario, pero como depositario que puede excluir aquello, dejarlo afuera. (...) Uno tiene que ser como analista mucho más cauto y más respetuoso de los tiempos del paciente.” (...) “Pelota al piso, acá hay que ponerse, arremangarse los pantalones. Meterse en el barro. Estar dispuesto a que uno sufre, uno es lugar de proyección. A mí me han destrutado muchos ex-presos, porque quieren una solución rápida, ahora ya. Como una cosa de “A vos no te ha pasado nada, me pasa a mí”.”*

*Agustín: “A conclusiones implícitas, nunca explícitas, de “vos sos un pequeño burgués”. Las mujeres me tutean, yo no las tuteo pero ellas me tutean. (...) Miré tengo que faltar dos semanas porque tengo un Congreso. Claro, un Congreso en un Hotel 5 estrellas, con buena comida! Hay agresividad. (...). Casi buscando, esto que es la contra-transferencia negativa mía, que le diga: “Y bueno podría no atenderte.”*

Es probable que la hostilidad hacia el terapeuta sea una forma de medirlo, de atacar el vínculo, de ponerlo a prueba, de ver cuánto aguanta, si resiste y si es tan fuerte como para sostener la carga que el necesita expeler. Comprobar si aún así, el terapeuta mantiene el deseo de acompañarlo en ese proceso, o por el contrario, será rechazado.

Probablemente algo del orden de la violencia recibida se juega en el vínculo con el terapeuta, el paciente actúa su conflicto; en ciertos momentos podrá atacar, ubicar al terapeuta en el lugar de sujeto violentado, lugar bien conocido por él. El terapeuta deberá soportar esta hostilidad sin quebrarse, ni ubicarse en el lugar de sufriente, para luego buscar la manera de devolver esos aspectos al paciente, de un modo dosificado, de modo que éste los pueda ir asimilando.

Desde su trabajo en una organización europea que ofrece asistencia a refugiados víctimas de tortura, Leguizamón, S. (2009) expone parte de experiencia en el denominado “caso Omar”, en el que reflexiona sobre su práctica clínica.

Saber qué interpretar y cuándo es parte de la difícil posición analítica. Nuestra tarea sería esquivar la tendencia a negar, desmentir o como sucede en muchos casos, a no



dar crédito al paciente pensando que sus historias son fantasías irreales. En esos casos, la depositación de “*lo intolerable*” bloquea la capacidad de trabajo de quien debería escuchar y custodiar lo depositado por el paciente, para abrir el camino a *la capacidad de pensar*. (p. 5)

La autora describe sus vivencias contratransferenciales. Afirma que, lo que en ella surge es la fragilidad de un psiquismo desbordado de estímulos, de desligadura, de desobjetalización, de dolor. Habla de la depositación de lo intolerable, imágenes y fantasías que el terapeuta tiene en su cabeza, que puede imaginar, pero que siente que no tiene que contárselas al paciente, para no herirlo. En determinado momento el paciente le pregunta qué piensa ella de la tortura; pregunta ante la cual la analista necesita reafirmar la idea de que nada puede justificarla. Que el paciente no es culpable -en ninguna medida- de lo que le ocurrió. Postula que en la tortura se genera un núcleo escindido de carácter melancólico que amenaza con retornar, y que esos recuerdos pueden llevar al sujeto a sentimientos de culpa y vergüenza.

### **V.3.b ¿Qué sentimientos o deseos identifican los psicoterapeutas?**

Surge la pregunta ¿Qué le ocurre al terapeuta cuando escucha describir actos de barbarie, qué emociones acuden y cómo puede tolerarlas? Se plantean algunas emociones podrían interferir con el cometido terapéutico.

*Josefina: “Porque esto me parece importante, el horror que provoca en el otro el torturado”. (...) “O la curiosidad. Son los dos caminos que yo te diría que no sirven para nada. La curiosidad, interrogar detalles que la persona no puede rendir” (...) “Una cosa es que cuando uno escucha el horror, uno siente empatía, uno se conmociona profundamente, el desafío es poder seguir pensando. No quedarse en el pobrecito, en el sentido de sentir y no pensar, “Ay pobrecito es una víctima! Esa es una posición que yo creo que es la peor. (...) Pero eso hay que pensarlo de una manera que le ayude a la persona a salir del lugar de víctima. Que la persona que escucha no quede anonadada con eso. Muchos analistas, que son buenos, no son capaces de trabajar con este tema, porque no lo han pensado.”*

*Rafael: “El rechazo o el pegoteo son dos posiciones me parece que bloquean toda posibilidad de trabajo.” (...) “Esa no es la función que uno tiene desde el punto de vista del campo psicoanalítico.” (...) “Hay que “aguantarse piola” o si no puedes no tomes esos pacientes. Ahí se pone en juego mucha cosa que tiene que ver con la historia del analista, y tiene que ver con su análisis personal y tiene que ver, nuevamente, con el tipo de compromiso que uno asume. Yo puedo sentir mucho pero no me puedo poner a llorar con el paciente. El paciente no viene para que yo lllore con él.”*

*Sebastián: “Conseguir la buena distancia frente a un relato de horror es una hazaña, que todos tratamos de conquistar y que a veces logramos y a veces no. (...) hay una frase de Maurice Blanchot que es “el horror fascina o espanta”, lo más fácil es quedarse pegado o huir despavorido, y la misión de un terapeuta es evitar esas dos extremos.”*

De lo que se desprende que el clínico tendrá que poder escuchar, y aún conmoviéndose, sintiendo emociones muy fuertes, no se podrá “desarmar”, ni identificarse con el paciente, ni

quedar paralizado. Aunque por momentos ocurra alguna de estas situaciones, el psicoterapeuta deberá tomar cierta distancia para aportar pensamiento y no ausentarse de su rol.

*Fernando: "Yo creo en la teoría de la afectación, en ese sentido creo que los continuadores de Spinoza y de Foucault le llevan una gran ventaja a los encuadres más psicoanalíticos. En la medida que vos te afectás por lo que el otro dice, podés de alguna manera, trabajar con esa afectación propia. Vas a estar en muchas mejores condiciones, como para devolverle algo a esa persona que te está de alguna manera reclamando. Entonces ¿qué hacemos con la contra-transferencia? Lo primero que tenemos que hacer es pensar nuestro vínculo con la sociedad, nuestro vínculo con la política, nuestro vínculo con una cantidad de problemáticas que hoy día están en plena erupción: nuestras concepciones de familia, nuestras concepciones de género."*

El clínico alerta de que no es posible pensar estas afectaciones en términos individuales, habla de un trabajo clínico político, en el que el terapeuta también es pensado como parte de la sociedad y como sujeto político; por lo que, deberá cuestionarse sus esquemas y concepciones previas, se afectará en el sentido de que también él será modificado en ese encuentro.

Otro entrevistado aporta aspectos teóricos sobre la noción de contratransferencia:

*Rafael: "(...) aquí creo que se aplica bien una distinción lacaniana, el término que utilizaba Freud traducido bien y mal por contra-transferencia, que quiere decir transferencia recíproca. Porque la contra-transferencia puede ser entendida como que hay algo contra lo que yo reacciono. La transferencia recíproca son fenómenos que se producen inevitablemente, que se producen ahí en el vínculo." (...) "Si uno ve como transferencia recíproca, se trata de ¿qué es lo que de él me afecta y qué es lo que mío me afecta? La contra-transferencia en sentido lacaniano es la resistencia del analista. Es decir, hay un punto que el analista no ve y que es la contra-transferencia y aquí tiene bien el sentido de contra. Él me está transfiriendo y yo contra! Se transforman en puntos ciegos."*

Se indagó sobre el sufrimiento que genera recepcionar el horror.

*Fernando: "Ay... te dejan hecho piedra! Algunas cosas que te cuentan son....Lo que no nos mata nos hace más fuerte como dice Nietzsche, pero bueno, es una historia donde hay que compartir sufrimientos, donde uno sufre también, uno se afecta por lo que la persona está contando acerca de las que vivió, y tiene que poder decirlo eso además. (...) Uno tiene que implicarse en que estas cosas tienen que salir en la dimensión más completa posible de lo que significa; en primer lugar como lucha política, no?"*

El terapeuta será testigo de primera mano, de crímenes horrorosos, ¿Es ético guardarlos so pretexto del secreto profesional o encerrarlos en las paredes del consultorio? Si el terapeuta da a conocer esta verdad se transforma también en actor político. El terapeuta pasa a saber algo que la mayoría ignora, callar podría convertirlo en cómplice

Las principales emociones que exponen los terapeutas son:

*Camila: "Si y el respeto, el respeto por lo que han hecho, por todo lo que han vivido, por todas las cosas que pusieron en juego".(...) "Y a la vez hoy cuando decís ¡Pucha no! Cuando aparece esto de la desilusión, claro yo me sumo a ellos. Es como imposible no sumarte. Todo lo que están viviendo, cómo se están sintiendo hoy, el desgaste que tienen. Muchos...muchos se*

*murieron, otros están muy enfermos, otros no consiguieron lo que pretendían. ¿Valió la pena? Siempre esta aquello de que sí, hay cosas por las que sí. Te vuelven a repetir.”*

*Mateo: “A veces se hace difícil realmente poder mantener, lo que se habla siempre esa distancia óptima, porque bueno uno está atravesado, tiene una sensibilidad especial, algunos también, al menos indirectamente han vivido todo esto, entonces realmente la intensidad me parece con la que se dan estos sentimientos tanto transferenciales y contra-transferenciales, realmente yo diría que en cuanto la intensidad, superan a veces lo que uno vivencia en otro tipo de tratamientos.”*

*Leticia: “Es una población para mi gusto más difícil y que muchas veces te genera angustia..., pese a que uno está formado para tomar distancia, pero no es tan fácil. Y sobre todo después de tantos años cuando ves que esa población se empieza a morir.”*

*Micaela: “(...) me toca trabajar con poblaciones jorobadas, especialmente jorobadas; que provienen de medios, donde también la violencia es moneda corriente (...)” “En algunos, los que son víctimas de la violencia social es brutal, pero es diferente, el tipo de traumatismo temático, repetido, prolongado, cruel y lesivo, genera lesiones indiscutibles y para el técnico es diferente conocer esta realidad, que otro tipo de realidades. Es diferente porque genera mucha impotencia, mucha impotencia.”*

*Mercedes: “Yo he sentido angustias junto con la persona, ganas de llorar, he sentido bronca hacia lo que le pasó, y enojo hacia...he sentido deseos de saber más y de averiguar más de lo que de repente la persona no pudo o no quiso saber.”*

*Virginia: “Contra-transferencialmente, a mí muchas veces me ha venido mucho enojo, yo a veces he salido como más que triste, muy enojada, muy indignada por la impunidad. Porque cómo esas personas que hicieron eso no han sido enjuiciadas por ese tema. Algunos han sido enjuiciados por ser responsables de desapariciones o asesinatos, pero no por la tortura. Con mucho enojo, muchas veces transferencialmente me pongo en un lugar de indignación. Yo siento la indignación y muchas veces lo que veo en ellos es como una aceptación de que eso fue así y ta. Como un alejamiento, como desafectivizados al contar eso, en alguno de ellos.”*

Se podría imaginar que la respuesta de los entrevistados pondría el acento en la dificultad de escuchar actos abominables, que surgirían sentimientos de asco, repugnancia, grandes montos de angustia, espanto, shock, al grado de que habría relatos que el terapeuta no toleraría escuchar. Toma por sorpresa constatar que la principal emoción puesta en juego, es la indignación hacia los ejecutores y la desilusión hacia una sociedad indiferente; al grado de que a veces el terapeuta siente más indignación y rechazo que el propio paciente. Por otra parte, es de resaltar el hincapié puesto en la intensidad de las emociones que despierta esta clínica.

Se indagó respecto a cómo vive el terapeuta esa “carga” que debe sostener.

*Camila: “Siento que ya está. (...) Para mí ha sido una carga enorme, de gran demanda, inclusive en algunos de que nada era suficiente.”*

*Agustín: “Mi esposa se da cuenta. Yo los puse a todos en el mismo día y ella se da cuenta porque nota una crispación en mí.”*

*E: Uno podría pensar que lo más duro de la contra-transferencia es escuchar que hablen de las cosas dolorosas.*

*Agustín: “Claro. No te voy a decir que hice un callo a las cosas dolorosas, aunque tal vez tenga que decir que sí. Yo no sé, cuando lo trabajé con mi analista, me di cuenta que no había hecho un callo, sino que me seguía jodiendo por dentro.”*

*Florencia: “En este momento yo te diría que para mí está siendo, lo que no fue antes, está siendo una carga muy importante, no.” (...). “Me voy con una carga importante.”*

*E: Te ha pasado de irte mal?*

*Micaela: “Sí, sí. Ah..sí! Totalmente liquidada! De irme con una sensación física de agotamiento.” (...) “Porque no es fácil tampoco escuchar a un montón de pacientes con un montón de vivencias tan violentas y tan jorobadas; también es difícil para nosotros. Tratar de dosificar también es necesario.”*

*Mercedes: “Tú me preguntabas en estos últimos cinco años, porque al inicio cuando recién empecé a trabajar como que lo sentía, si bien lo sigo sintiendo siempre fuertemente, el impacto quizás era mayor en el inicio, como algo muy impactante, desbordante. Ahora igual sigue impactando (...)” (...) “Eso también está, porque yo muchas veces he pensado después de años de trabajar con esta población, ¿hasta cuándo, no? Porque a veces también en uno aparecen marcas y dolores (...)”*

*E: Por ejemplo, ¿afecta escuchar sobre la tortura?*

*Leticia: “Afectar afecta, pero lo escuchás de una manera diferente. Te afecta pero podés escucharla, podés preguntar, podés sentir que estás con él, que estás interesado y lo querés apoyar. Pero te afecta.”*

Este punto resulta de importancia mayúscula. ¿Cómo liberar a los terapeutas de esa carga? Alguno siente que llegó al límite de no poder continuar con la labor. Lo que resulta más grave, es que este tipo de clínica puede llegar a ocasionar daños al terapeuta si es que no se toman los recaudos necesarios. Según los relatos, en Uruguay no ha habido suficientes ámbitos destinados al autocuidado de los terapeutas. Aunque el autocuidado figura como una actividad a realizar dentro del proyecto que CO.SA.ME.DD.HH. postuló ante el Ministerio de Salud Pública, nunca se implementó, porque recibieron la orden de que las horas rentadas sólo podrían ser destinadas a la atención de los pacientes. Aunque los terapeutas han acudido a espacios terapéuticos propios o a supervisiones, se observa que han sido escasos los encuentros entre los profesionales para el trabajo clínico en común y para desarrollar actividades de autocuidado. Se puede presumir que quizás esta labor ha sido tomada por los clínicos más como “trabajo militante” que como empleo, razón por la cual no se ha valorizado suficientemente el cuidado de ellos mismos como trabajadores.

### V.3.c. ¿Cómo se trabajan los aspectos transferenciales y contratransferenciales?

Desde un enfoque psicoanalítico la transferencia será el ámbito apropiado para albergar el despliegue de las conflictivas intrapsíquicas, y a partir de allí poder analizarlas y elaborarlas.

Ahora bien, el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y trasformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. Volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. (Freud, S., 1914, p. 156)

La interrogante sobre cómo trabajar la transferencia y la contratransferencia, aparece en forma recurrente en los equipos que atienden víctimas de tortura.

En la contratransferencia con el analista se juega su capacidad de comprensión, contención y tolerancia para recibir y dejar al paciente utilizar el espacio interno del analista mismo, para depositar en la sesión, en él y en el campo una parte intolerable de su historia muy difícil de compartir. Por eso utilizo un esquema de trabajo en donde los terapeutas siguen solamente a un paciente que haya pasado por este tipo de experiencias extremas, y donde las supervisiones del equipo son el lugar de depositación de las angustias y representaciones intolerables de los terapeutas y de los operadores de la salud. (Leguizamón, S., 2009, p. 11)

Se valora la claridad expresada en los aportes, que en esta línea realiza Amati, S.:

(...) las experiencias extremas sufridas por estos pacientes suscitan en el terapeuta vivencias contratransferenciales que requieren una intensa elaboración afectiva. Pienso que ciertos avatares emocionales sutiles de la contratransferencia tales como un “desaliento”, o sea un sentimiento de pérdida de sentido y de impulso a vivir en el nivel de la convicción terapéutica, sentimiento de vergüenza, pueden ser considerados como índices o signos específicos de un tipo de experiencia interna que el paciente ha vivido. (...) El psicoanalista no conoce tampoco a priori sus propias respuestas a la complejidad del trabajo que le espera, pero percibe con claridad el lugar que ocupa su persona en tanto encuadre terapéutico (...) El terapeuta necesita de toda su preocupación y alarma elaborativa: tratará de funcionar en los niveles más adultos y más maduros, otorgándose la capacidad de emitir juicios de valor. (...) La preocupación elaborativa consiste en darse la oportunidad de concebir (tal como “capacidad de rêverie”) puntos de vista éticos desde donde se intenta dar, si es posible, respuestas coherentes y estructurantes a la confusión de valores en los cuales se halla el paciente. (...) Nada de lo vivido por el paciente en condiciones de violencia social puede ser considerado a priori como evidente, justificable o aceptable. (2006, pp. 110,111)

A comienzo de los años noventa, Arregui, R. (1993) alertaba acerca de los sentimientos que se despiertan en el terapeuta, y que sin embargo el paciente narra con anestesia afectiva. *“Como terapeutas nos hacemos cargo de aquellos sentimientos con los que no pueden*

*conectarse, abriéndose para ellos la posibilidad de tolerar ese mundo interno brutal y persecutorio dentro de su propia historia, el vivenciarlo, contactarlo y significarlo.(p. 357)”*

*Sebastián: “Porque si puedes pensar, puedes inyectar pensamiento a cambio y pensar siempre es entre dos. Mientras que si estás en la perplejidad, en el espanto, en el asombro o en la ajenidad no puedes pensar y no puedes devolver recursos creativos, crear buenas marcas.”*

*Micaela: “Como que se re-actualizan y uno ahí ve la fuerza que tienen. Es hasta re-difícil, a mí a veces me cuesta y a veces preferiría que el paciente no me contara tanto. Me deja como hasta bloqueada de poder ayudar.” “(...) a veces me voy pensando si no puedo mantener una distancia con esto, no voy a poder ayudarlo. No, no, es un equilibrio entre escuchar y permitir que el paciente despliegue eso que de repente no tiene con quien hablarlo o tiene pocos lugares donde hablarlo y a su vez también, que me deje poder ayudarlo.”*

*Florencia: “En cuanto al tema de la contra-transferencia Christopher Bollas. Porque él trabaja el hecho de poderle transmitir al paciente la contra-transferencia, estar atento a la contra-transferencia pero en algunos momentos y con determinados pacientes el transmitir la contra-transferencia alivia al paciente, forma parte del acto terapéutico.”*

*Mateo: “Lo vive, también con el dolor que lo transmite la persona que lo relata, con el espanto que causa, que por más que uno lo sepa y todo, escuchar a la persona que atravesó todo eso, no es lo mismo, que saberlo porque uno la información la tiene (...)”*

*Virginia: “(...) pero veo como cierta pasividad en ellos. Ahora te traigo lo contra-transferencial pero a veces me daban ganas como de sacudirlos. De decirles “¡pero miren, miren lo que les hicieron!”. Tenías que ser vos como la denunciante de eso.”*

*Mercedes: “Muchas veces ellos plantean, “no, yo no fui torturado”, o han traído incluso como que vivían bien. Entonces dicen, “no, no, tuve plantón o sólo submarino”. Hay pacientes que es como que no habían tomado consciencia de lo que les pasó y cuando llegan a la terapia porque están muy angustiados empiezan a unir.” (...) “Por eso yo decía a veces si uno pregunta si fue torturado dicen “no, no”. Cuando uno empieza a preguntar pero ¿A dónde te llevaron? ¿Cómo te llevaron? “Ahí estuve encapuchado durante no sé cuantos días”. ¡Pero bueno, eso es ser torturado! Después: “De ahí me llevaron y me dejaron sin comer, me dejaron vendado, parado y cuando me caía me pegaban”. “Uno empieza a ponerle palabras de que todo eso es tortura, que a veces hay muchos que no lo reconocen como tal; o estar aislado o por ejemplo haciéndose sus necesidades encima o en un tacho donde comían, tirándoles la comida o teniéndolos sin comer, teniéndolos sin agua, golpeándolos, no dejándolos dormir cuando se dormían, colgados o parados los despertaban, durante muchos días sin dormir. A muchas personas es como que hay que ponerle la palabra de que eso es tortura.”*

Quando el paciente relata de forma desafectivizada los hechos, las emociones las siente el terapeuta, será tarea de éste último actuar a modo de espejo que irá devolviendo esas emociones. Los terapeutas cuentan que muchas veces los pacientes minimizan su experiencia en la tortura, como si estuviera naturalizada. Allí ha de ser el terapeuta quien adjetive; a modo de ejemplo señalará lo que es: repudiable, inadmisibile, lo que es delito de lesa humanidad. El terapeuta desde su lenguaje corporal a la palabra explícita, transmitirá el espanto o la conmoción que le provocan los relatos.

*Florencia: “Si hay particularidades en el sentido de que, hay eventos que tú los juzgarías como que el paciente está rompiendo la consigna de comunicar todo lo que se le ocurra y nosotros hemos tenido que respetar la norma del silencio.”*

Según refieren estos profesionales, el terapeuta tendrá que templar su paciencia, habrá momentos en los que lo necesitado de soporte, será el silencio.

*Virginia: “Bueno en este último tiempo, a no ser las personas que realmente están haciendo la denuncia, no lo he sentido así. Era algo que yo me cargaba muchísimo más antes, o cuando hablan de la tortura. Aunque en este último tiempo (...), será quizá también por el modo de trabajar, ¿no? Por un tiempo determinado, con objetivos determinados. Creo que el hecho de tener un marco (...), pero no sé si no aliviana el hecho de que tenés como un marco que también te protege. Simbólicamente te protege, vos estás ahí para sostener a una persona que ha estado presa y estás contratada por el Estado.”*

La terapeuta aporta un dato relevante, habla del poder simbólico que tiene el hecho de que la reparación sea realizada desde el Estado; lo que ofrece mayor protección a los terapeutas, a la vez que otorga mayor reconocimiento del daño a los pacientes.

A lo dicho hasta aquí se deben agregar dos instancias cruciales para el análisis de los aspectos transferenciales y contratransferenciales: el análisis personal de los terapeutas y los espacios de supervisión o co-visión entre colegas.

#### **V.4. ¿Se pregunta al paciente sobre sus vivencias en la tortura?**

Se consultó a los entrevistados sobre cómo trabajan las vivencias en la tortura: si preguntan, si esperan a que aparezcan, si no esperan que aparezcan en el tratamiento. No se encontró consenso respecto a este punto. Vale aclarar que, seguramente no es lo mismo que un E-PP acuda a un consultorio particular para hablar de motivos que lo aquejan en el presente, que quizá no guarden relación alguna con aquellos hechos del pasado; a que asista a una ONG. que ofrece cobertura en salud mental a personas afectadas por el terrorismo de Estado; ni mucho menos, a que acuda a un servicio que pone a disposición el Estado sabiéndose responsable de haberle ocasionado daños. En la primera situación aparecerá o no el tema de la tortura, terapeuta no tiene ninguna expectativa *a priori*. En la segunda situación, el terapeuta está especializado en trabajar los efectos del terrorismo de Estado, su escucha estará atenta a observar si aparecen o no efectos de ese pasado; por otra parte, cuenta con una experticia tal, que podrá identificar más fácilmente ciertas señales. En la tercera situación, el paciente acude a un espacio que tiene la finalidad de reparar daños o trastornos ocasionados por el terror de Estado. El mensaje implícito es como si el Estado dijera: “somos responsables de la violencia que tú sufriste, nos proponemos darte herramientas para paliar esa situación”. Por lo que hará más fácil hablar de los daños en un programa estatal pensado a tal fin. Otro factor que

producirá diferentes resultados será el paso del tiempo, y como se ha dicho el procesamiento social de los traumatismos.

*Rafael: “En pacientes en análisis el que pudieran hablar de la tortura era algo que demoraban mucho tiempo. Y no era por esconder, no era porque estaban operando mecanismos represivos. Desde el momento de que hay un daño en lo real es difícil, sumamente difícil, poder simbolizarlo. Y cuando se pueda simbolizar, aunque sea sólo parcialmente, el fenómeno que se produce es que no es que recuerden simplemente, es que reviven. Entonces el monto de angustia se aproxima a la repetición de lo traumático. A eso hay que agregar las cosas que tienen que ver con la intimidad, con lo privado, con la vergüenza, con la moral.”*

*Josefina: “Me parece que ahí el terapeuta tiene que ser muy cuidadoso en no interrogar, en no interrogar, en no hacer una anamnesis, sino esperar lo que la persona que estuvo en esa situación pueda decir, si viene a una psicoterapia es porque sabe que va a hablar. Viene para eso pero puede no poder.”*

*Florencia: “Ah...yo dejo que emerja. Está emergiendo inmediatamente. Por años no trabajamos con la tortura, trabajamos con lo que traía el paciente, ahora lo traen. Además están yendo a declarar y están recordando. Te lo traen con detalles pormenorizados, cómo me arrancaban los dientes con una tenaza, cómo me violaron, se animan a decirte los hombres (...).” “(...) hoy lo que encontrás es que se trae el hecho con el afecto, los hombres lloran, sienten dolores.”*

*Virginia: “Bueno, yo espero que aparezca. Si veo que hay algún indicio con lo que dice en general, por ejemplo te dice “me sentí humillado”, aunque sea referido a otro tema, yo lo vinculo con eso. Le digo “como usted se sintió anteriormente humillado, manoseado”. (...) “Pero en general el tema de la tortura es cuando aparece, cuando aparece algo que yo puedo vincular que tiene que ver con eso. No, no le pregunto cómo lo torturaron a él. Surge solo.” (...) “(...) pero muchas veces cuando hablan de la tortura lo hablan en forma mecánica. Me dieron el submarino, me aplicaron el caballete. Es como un dato informativo. Hay que lograr que se conmuevan, que pueda ser vivencial.”*

*Mateo: “¿De preguntar? no de entrada, de preguntar cuando aparece el tema, o sea no de forzar. Que surja el tema. No de preguntarlo, yo no pregunté cómo fue, pero sí cuando aparece, de preguntar para poder entender mejor todo lo que ahí sucedió; (...)” “Teniendo en cuenta lo que va pudiendo decir el paciente, preguntas por ahí para aclararse algunas cosas y eso, nunca ni detalles ni cosas que... sobre todo viendo lo que el paciente va pudiendo armar, va pudiendo decir. Así preguntas directas no.” (...) A veces te nombran algunos métodos dando por sentado que uno los conoce y uno no los conoce.”*

*Leticia: “Eso aparece recién al final, de entrada nunca apareció. De ahora, de los últimos tiempos. La persona que viene por medicación no tiene porqué contarte, pero te cuenta. Sobre todo los que están en terapia, al principio ese tema no existía. Pasado un tiempo empiezan a hablar, pero pasado muchos años.”*

*Micaela: “Como así también se dan otros casos, yo te diría que mitad y mitad. Hay muchos casos que no quieren hablar, o no sé como que de alguna manera han llegado a la conclusión de que no se sienten fuertes para abordar ese tipo de cosas, que prefieren mantener esos recuerdos en otro lugar.” (...) “No, en general espero a que aparezca, si no aparece no. (...) “Como que soy cauta. Siempre en algún momento aparece la posibilidad y bueno ahí un*



*poco la entrevista, si la persona, como que yo trato de ver para dónde va la necesidad del paciente, o las ganas del paciente de meterse con ese tema o no, si el paciente no tiene ganas de meterse yo no me voy a meter.”*

Otros consideran que en algunas situaciones es positivo habilitar al paciente a que hable de la tortura:

*Mercedes: “Por ejemplo, yo creo que para las personas que están consultando por primera vez y que nunca han estado en un espacio psicoterapéutico, por un lado esperan muchas veces que uno le haga preguntas, porque los silencios movilizan mucho, entonces uno tiene que intentar hacer preguntas; pero tampoco puede ser como un interrogatorio porque los remite a los interrogatorios. Es también como buscar un punto medio y depende mucho de las personas. Depende, es poder escuchar qué es lo mejor para esa persona, ¿no? Y poder responder de acuerdo a lo que en la transferencia y en la contra-transferencia uno puede ir analizando qué es lo mejor, hacia donde va.”*

Un profesional aporta análisis para explicar por qué se hace tan difícil hablar de la tortura, el por qué de tal pudor:

*Josefina: “Yo no creo que uno pueda quedarse mucho tiempo con las sesiones de tortura, depende de lo que la persona traiga. Hay más pudor ahí que de pronto en la sexualidad, incluso en la sexualidad que puede ser transgresora. Ahora, porqué ese pudor? Porque yo creo que ahí es donde atenta algo de, yo diría de la prohibición fundamental de la sociabilidad, de las reglas sociales y las reglas humanas de considerar al Otro su prójimo. Ya no es más prójimo, ya es objeto, un objeto a destruir a eliminar.”*

De las respuestas se desprende que es harto compleja la tarea de trabajar en sesión las vivencias de la tortura; habrá que medir la “temperatura ambiente”, los tiempos del paciente, los tiempos del terapeuta, el tiempo de la sesión (no es posible hablarlo en los minutos finales), ser extremadamente cuidadosos, evitar revivir la experiencia de los interrogatorios, encontrar sentimientos o señales en el discurso, los que al vincularse o asociarse a lo experimentado durante la tortura pueda dar lugar a conectarse con esas emociones. Si el objeto de la tortura fue buscar la destrucción del otro, es casi imposible hablar de ello; lo que sucedió en el vínculo con los torturadores conlleva aspectos indecibles en los ámbitos relacionales.

## **V.5. Aspectos técnicos peculiares**

### **V.5.a. Más contención y menos interpretación**

Del discurso de varios de los entrevistados, se extrae una diferencia significativa en lo que a la técnica se refiere. Muchos coinciden en la siguiente observación, frente a este tipo de pacientes efectúan menos interpretaciones en comparación con las que realizan a sus otros pacientes. Los entrevistados resaltan la importancia de construir un vínculo cálido y subrayan que ello será más importante que el análisis de los aspectos inconscientes más profundos.

*Agustín: “La mejor medida terapéutica que he visto es darles afecto. Por otro lado donde hurgues demasiado, en si la mamá le dio la teta o no le dio la teta, te mandan....ahí mismo!”. “Pero sí, que te acuerdes del cumpleaños, o del examen del hijo o del nacimiento del nieto.” “(...) lo que hay que darles es afecto y afecto comprensible, concreto. ¿Nació el nieto? Qué macana que se divorció el hijo! ¿Qué podemos hacer para que se le pueda dar un poco de cobertura a ese hijo que se divorció? Mostrar que se los tiene en cuenta como seres humanos.”*

*Florencia: “Mucho sostén, en situaciones donde el paciente se descompensa, todo eso que nos llevó en algún momento a preguntarnos si estábamos haciendo las cosas bien. Es un paciente que necesita no sólo la cura por la palabra y hacer consciente lo inconsciente. Sino que al haber vivido su vulnerabilidad en aislamiento y soledad, necesita de un acompañamiento, y trae un vínculo afectivo con el terapeuta mucho más profundo.” (...)”Creo que son pacientes que requieren de mayor tolerancia y mayor flexibilidad que otro tipo de pacientes. No podemos aplicar encuadres inflexibles.”*

*Mateo: “Sí, alguna modificación en lo que son los encuadres. Tal vez el instrumento, por decirlo de alguna manera, el instrumento principal no sea tanto la interpretación como por ahí en un tratamiento más clásico; sino más bien la “contención” que se puede dar, el clima afectivo, tal vez sean como instrumentos más eficaces que lo que puede ser una interpretación. Eso sí podría ser una diferencia.”*

*Mercedes: “Es necesario conocer y saber para poder escuchar y comprender, o sea, me parece importante establecer vínculos empáticos donde las personas sientan, en los vínculos que establecemos, grupal y/o individualmente, que somos capaces de “ponernos en su lugar”, que lo puedan percibir así desde nuestra postura, desde el lenguaje a través de la denominación de los hechos y las vivencias.” (...) “Entonces, el poder generar vínculos cálidos, de confianza, donde el espacio físico, la postura corporal, los gestos y el manejo de los silencios cobran un sentido relevante y diverso, que nos lleve a ser terapeutas más proactivos en estas situaciones.”*

*Virginia: “Bueno, sí la técnica..., yo abordo más los aspectos más conscientes, trabajo más a nivel consciente a diferencia de mi práctica privada.”*

Se jerarquiza la idea de que el trabajo terapéutico con E-PP, ha de ser menos analítico y más “continentador”. Los terapeutas narran que estos pacientes rechazan las interpretaciones demasiado profundas, o aquellas que buscan el origen de los conflictos en las experiencias infantiles. Aspecto que se agrega a la línea explicitada con anterioridad, la que resalta la necesidad de que el ámbito terapéutico sea un espacio de humanización, donde construir recintos humanamente cálidos, que otorguen cobijo.

#### **V.5.b. Aportes de la psicoterapia grupal**

*Fernando: “(...) el trabajo grupal potencia mucho más las posibilidades de elaboración de lo vivido.” (...) “Pienso que en cualquiera de las generaciones que sea, el trabajo grupal, en la medida que permite poner en juego todas estas variables, y colectivizar y pensar, de que hay una situación que pueda circular,(...) una implicación que pueda circular concretamente en cada espacio grupal, también establece una lectura del afuera que es muy interesante de hacer.”*

*Rafael: “Los grupos tienen una movilización que es mucho más dinámica que lo individual.”*

*Florencia: “La razón de que (...) armáramos el grupo, era gente que había podido avanzar en lo individual en una cantidad de cosas, pero trabajamos con el dispositivo grupal, porque eran personas que no lograban vínculos sociales, sin embargo en el grupo se dieron vínculos, se dieron peleas, se dieron una cantidad de cosas.”*

*Mercedes: “Esa heterogeneidad, esas diferencias y similitudes, me parece que son positivas, que aportan y ayudan a pensarse poniendo el “cuerpo”, desplegando la forma de vincularse en ese espacio.” (...) “También se han conformado en los grupos, se han generado vínculos más allá del grupo, cosa que nosotros valoramos como muy positivo, el hecho de que se han generado vínculos laborales, se han generado vínculos de amistad y personales, de encontrarse, visitarse, salir y hacer paseos juntos.” (...) “En ese sentido, quizá se pueda trabajar aspectos de cómo esa persona se vincula, viéndolo como en in situ, se pone en acto. Por otro lado todo este tema que hablábamos del aislamiento y de los vínculos, ¿qué pasa cuando me enojo? ¿cómo me vinculo? ¿qué pasa cuando agredo al otro? ¿qué pasa cuando me angustio acá en el grupo?, pero también esto de ir generando en personas que están a veces muy encerradas, muy presas, muy aisladas, abrirse a relaciones nuevas, que eso es algo que lo da el grupo.” “Porque lo que se rescataba en la evaluación de cierre era el haberse sentido entendidos, comprendidos más allá de los aspectos profesionales, también como seres humanos.” (...) “Tiene que ver con un pensamiento colectivo y tiene que ver con un sentir que algo que yo hago individualmente también está apoyando a otros, y que los otros también me están apoyando a mí.” (...) un familiar de desaparecido que siente que no le corresponde la reparación, o a ex-presos la PER (...). También al compartir con otros y ver los fundamentos, el porqué los otros lo hacen, tiene que ver con hacer movimientos y también sentirse parte de un colectivo que lo sostiene y compromete, no sólo por uno mismo sino por los demás.” (...) hay otros que sí lo habían pensado y no se animaban, que necesitaban el apoyo de sus compañeros; incluso que los han ayudado a redactar, a pensar, o a estructurar su testimonio.”*

Aunque la mayoría de los pacientes solicitan psicoterapia individual, la experiencia ha demostrado las ventajas del trabajo grupal para este tipo de pacientes. Tanto en SERSOC como en CO.SA.ME.DD.HH., los grupos se han dividido por franjas etarias, sin embargo, con heterogeneidad en su conformación. No ha habido grupos integrados sólo por E-PP, sino integrados por distintos tipos de usuarios, lo que comparten, es haber sido afectados por el terrorismo de Estado. El trabajo grupal ofrece la posibilidad de pensar esos efectos desde diversas historias de vida.

Los entrevistados manifiestan algunas ventajas de la psicoterapia grupal para este tipo de consultantes: potencia la posibilidad de elaborar lo vivido, permite colectivizar o pensar con otros el carácter socio-político de los traumatismos más allá de los impactos individuales y familiares. A la vez que, permite pensar con otros lo que ocurre en el espacio social respecto al procesamiento de esos traumatismos en el presente. El grupo sería el ámbito más propicio para trabajar conflictos vinculares, en tanto allí se podrán “poner en escena” diversas modalidades vinculares de cada paciente a través del vínculo que establece con sus compañeros de grupo, en un espacio en el que se buscará su análisis y su modificación. Se resalta el valor del grupo

como ámbito de socialización, permite romper aislamientos y entre los integrantes se observan enriquecimientos mutuos; se construyen relaciones humanas amistosas, de solidaridad, a través de las cuales se otorgan apoyos variados.

Resulta de interés el ejemplo de personas que no habían decidido cobrar la pensión reparatoria o hacer una denuncia judicial, y que fue en grupo, escuchando los relatos de otros que tomaron impulso para hacerlo, o comprendieron sus fundamentos.

## CAPÍTULO VI. LA REPARACIÓN: IMPACTOS Y PROCESAMIENTO

Se abordarán los impactos que desde la mirada de los clínicos, producen los procesos de Reparación. Se analizan los aspectos subjetivos en torno a la pensión especial reparatoria (PER). Se analizan los impactos que promueven los procesos judiciales. Se procurará responder la pregunta ¿qué puede reparar la clínica?

(...) lo específico es la necesidad de analizar las incidencias del discurso social dominante sobre los afectados y sobre la propia práctica profesional. Entendemos por discurso social dominante al conjunto de ideas e interpretaciones sobre una situación dada elaboradas y difundidas por los sectores que detentan poder. Este discurso social interviene como un factor intrínseco en la elaboración de la situación traumática. (Kordon, D. y Edelman, L., 1995, pp. 180, 181)

Ya se ha dicho que la mitad de los entrevistados observan que los hechos desarrollados en el plano macrosocial, vinculados al procesamiento socio-histórico de los sucesos provocados por el terrorismo de Estado, pueden impactar e impulsar a la consulta.

*Sebastián: “Que después del nazismo en la primera generación de los hijos de los cuadros intermedios del nazismo, permanecieron en el silencio y fue la segunda generación alemana, la de los nietos de los que vivieron el Tercer Reich, los que transformaron, los que dieron espacio público, espacio social, a la pregunta ¿qué hicieron los abuelos durante el Tercer Reich? Suele haber el silencio de una generación y la re-emergencia del tema en la segunda generación, a veces en la patología, a veces en la psicosis.”*

*Rafael: “Uno ve por ejemplo con respecto a la Shoá, el tiempo que pasó entre momento en que se produjo de eso y el momento en que se empezó a hablar, y todavía más: que pudieron ser escuchados. Muchos de ellos, sobrevivientes de la Shoá, no pudieron soportar ese trauma y tiempo después se suicidaron, como Levi y Amery.” (...) “Este daño brutal, por eso vuelvo a lo de reparación, no es el término más feliz, creo que puede crear una ilusión de que hay cosas que se pueden reparar.”*

*Florencia: “Es del 2005 para acá, cuando empiezan a relatar las cosas (...) yo te diría que desde la aparición de Miranda y Chavez Sosa (desaparecidos que se encontraron sus restos), los pacientes están movilizados y uno también está movilizado porque ves el horror real.”*

*Mercedes: “Yo creo que en cierta medida los motivos de consulta son similares a los anteriores, pero ha aumentado el número de consultas de personas que nunca habían consultado y lo hacen por primera vez.”*

*Fernando: “De todas maneras, pienso que lo más terrible es que no haya habido oídos para escuchar eso. Todo aquello que podría tener algún contenido reparador estuvo silenciado durante casi 30 años. ¿Qué hacía la persona con eso? O negarlo, o lamentarlo, o tratar de ver con la ayuda que pudiera tener de su familia, de su terapeuta, de sus amigos, como seguir adelante su historia, pero esa marca está. Sobre todo porque sabemos que en Uruguay la tortura fue una cosa sistemática.” (...) “Como que es un tema que quedó relegado a un segundo o tercer orden. Y eso sí afecta mucho; la propia valorización de la persona y de lo que se está*

*trabajando en la terapia. Si al mundo no le importa, al 70 u 80 % de la población no le importa. ¿De qué estamos hablando?” (...)tratarlos con rangos militares cuando tendrían que haber sido degradados y separados del Ejército. Ese tipo de cosas, yo creo que genera una cantidad de sentimientos de desesperanza.” (...) “Hay una proliferación de documentos que en general, son siempre los mismos los que los leen. Vos ves que para el nivel de la gran masa de población estas cosas no entran, pero lo más terrible es que ni siquiera entran en nuestros parlamentarios.” (...) “Yo creo que no hay reales políticas de Reparación, más allá de algunas cosas concretas como la asistencia gratuita hasta la tercera generación. Porque el Estado le ha ofrecido una importancia muy relativa a esta temática, no es que no la haya hecho, la hizo a desgano, la hizo por cumplir con determinadas formalidades, con determinados requerimientos internacionales. No ha habido una voluntad clara.”*

*Agustín: “Creo que se ha olvidado mucho, creo que el Poder Ejecutivo incidió bastante en ese olvidar mucho, sin querer yo no digo que voluntariamente, pero las políticas han llevado a eso. Las investigaciones que se están llevando adelante, como las investigaciones históricas de Álvaro Rico, son conocidas por grupos muy exclusivos, que es algo que no tiene prensa.”*

*Mateo: “A la pregunta esa de la psicoterapia, sí la psicoterapia por supuesto que sí, pero la psicoterapia sola no. Como es un trauma psicosocial, no puede, como tampoco solamente la reparación a nivel social alcanzaría ayudar a cicatrizar esa herida. Pienso que tiene que ser integral, si global, las distintas intervenciones.” (...) “Favorece, desde un punto, favorece el hecho de que sea el Estado que reconozca que hubo un daño, que se cometieron atropellos, que se torturó, que se violó, que se maltrató a las personas. Y que el Estado sea quien intente generar acciones para hacerse cargo de eso que hizo”. (...) “Siempre es insuficiente. Ahí habría que separar si es insuficiente porque la persona dañada tiene un nivel de exigencia y de demanda insaciable. O si es insuficiente como la democracia, en cuanto como ideal es inalcanzable, porque siempre se puede seguir mejorando. Porque nunca se logra un nivel de plenitud absoluto, no existe.”*

Se observan quejas por indiferencia o falta de voluntad política en materia reparatoria. En ocasiones los E-PP han sido culpabilizados por miembros de sus familias o por diversos sectores de la sociedad. Hasta el día de hoy cargan con un manto de sospecha, cuando no de culpa. Aún sobrevuela la llamada “teoría de los dos demonios”. Aún de tanto en tanto, es posible encontrar en la prensa entrevistas a los represores -incluidos quienes están procesados- con discursos tergiversadores de la historia. Si bien ha habido avances en materia de reparación, los clínicos no observan una voluntad política sólida.

## **VI.2. ¿Cuáles son las vías de procesamiento?**

### **VI.2.a. Grupales o colectivas**

*Sebastián: “En general el patrimonio memorioso de un grupo, enriquece al grupo y a las personas, pero la memoria del horror en general empobrece, disminuye la creatividad. El oprobio tiende a sofocar, a asfixiar la creatividad. El asunto es cómo revertir eso, con la reivindicación de las minorías oprimidas.” (...) “El trabajo de reconstrucción que se hace, el hecho de que el Presidente de Uruguay sea un ex torturado, de que la Presidenta de Brasil sea una ex-torturada, el vuelco histórico que ha producido el advenimiento de los sectores progresistas es un modo de algunas formas de reparación.” (...) “Es hacer público y de toda la*

*sociedad, un nivel de transmisión colectivo que no quede encerrado en las víctimas, que no quede encerrado en los sufrientes.”*

*Josefina: “Que recuperaron una vida ciudadana, activa, familiar, este plus es de poder lograr la denuncia o publicar un libro. Me parece que ahí hay algo de poder trascender la tortura. Hacer algo que vaya más allá de ser ex- presas, ahí hay algo importante, no todos lo han logrado. Como una muestra saludable, de que están enteras y de que seguimos pensando lo mismo. Que tenemos nuestra cabeza, que no nos destruyeron, no nos demolieron.”*

*Agustín: “O tal vez sí, una clínica distinta, una clínica volcada hacia la sociedad. Que no esté encerrada en el consultorio, pero la reparación es la reparación secundaria y haciéndolos participar de esa reparación.” (...) “Ves los chiquilines con nivel universitario, tienen interés de conocer más que la teoría, cuando te ponés a hablar con ellos, quieren anécdotas, hay una necesidad de reconstrucción histórica.”*

*Florencia: “No con plata, sí yo creo en el valor de los vínculos, en cuanto al vínculo terapéutico, es capaz de recobrar confianza, por lo menos en algún espacio, un lugar donde hablar, los ha llevado a reencontrarse con los compañeros, los encuentros que tienen entre ellos, o de los pequeños grupos o pequeñas organizaciones, eso para ellos es importante.”*

*Micaela: “Y entonces después sí viene como 20 años después, todo un movimiento donde se empieza a poder hablar, se empiezan a escribir libros escritos por gente que estuvo presa, o exiliados o víctimas de la dictadura. También el Estado empieza a poder, el Poder Judicial empieza a poder hacer procesamientos y se escuchan un montón de denuncias. Entonces creo que todo eso, más que haya técnicos dispuestos a pensar y a hacer algo con eso, ya de por sí.... Creo que es todo un movimiento bastante sanador.”*

Resulta relevante el planteo de que la memoria del horror, en general, coarta la creatividad, el desafío es el de que esa memoria no quede encerrada entre las víctimas; que circule por otros espacios sociales. Son procesos colectivos, tanto a instancias de políticas públicas o de iniciativas de actores o movimientos sociales. Se trata de incorporar ese pasado al pasado de la nación, conjugar memoria colectiva con memoria histórica.

Se plantea que el advenimiento de los gobiernos progresistas facilita la tarea de integrar y recordar. Se afirma que sólo quienes han salido de la posición de víctimas pueden transformar las dolorosas experiencias, en producciones colectivas que dejen enseñanzas a otros actores de la sociedad. También aparecen involucrados los terapeutas, son testigos privilegiados de un saber que ha estado escondido o sepultado y que se hace necesario transmitir, en particular a los más jóvenes. Algunos plantean que consideran saludable que los pacientes se agrupen, con la intención de hacer conocer lo que vivieron: a través de obras artísticas, de denuncias judiciales, de espacios de construcción de memoria colectiva. Es no quedarse solo y sufriente, es transformar el dolor en apuestas vitales.

Las vías de reparación colectiva se expresan a través de: el trabajo por la memoria colectiva, el trabajo político por los ideales compartidos, la reivindicación de las minorías

oprimidas, la denuncia judicial, las producciones artísticas y literarias, siendo partícipes de la reparación, promoviendo intercambios intergeneracionales, a través de la reconstrucción histórica, creando espacios de encuentro y producción entre pares, a través de equipos profesionales.

### **VI.2.b. Individuales**

*Sebastián: “Y a los 40 años tanto Steinberger como Semprún dicen: la escritura es la vida. Es la reparación sublimatoria a través del testimonio. No es lo mismo ir a un terapeuta, que escribir un libro. No es lo mismo decir estoy lastimado sáneme, o voy a escribir un libro porque hay una verdad de la que soy portador, y por lo tanto testigo y denunciante y lo largo a la humanidad. Después la humanidad hará con eso lo que quiera o lo que pueda.” (...) “Cuando es un acto de resistencia es más legítimo que cuando es un acto de venganza, o de triunfo maníaco, de reversión de los lugares de víctima y victimario.” (...) “Yo creo que el testimonio crudo es negativo.” (...) “Yo creo que el testimonio crudo es obsceno...” (...) “Eso no transmite sino bloquea, cumple un propósito adverso, al que queremos preservar, que es la transmisión en la memoria colectiva y personal, y en la memoria familiar.” (...) “Una forma de reparación es un reconocimiento de éste lado abyecto de la condición humana, sin quedar en un resentimiento que impida, a pesar del reconocimiento de esa abyección de esa capacidad de espanto, poder construir con los hijos, con los nietos, en el oficio, en otra red de vínculos humanos que no esté capturada en la sospecha del otro.”*

Las vías de procesamiento individual en algunos puntos son coincidentes con las grupales: la denuncia judicial; la producción artística o literaria, el testimonio; a ellas se le suman el desarrollo familiar, afectivo, social, laboral entre otros. El entrevistado alerta sobre algunos riesgos, no considera reparador lo que está inspirado en la venganza, lo que lleva a que la víctima se transforme en victimario; tampoco produce empatía el relato descarnado o morboso, por el contrario, produce bloqueo o huida.

Será necesario el procesamiento en el ámbito familiar a fin de evitar la transmisión transgeneracional de lo traumático; lo que no se simboliza a través de la palabra, corre el riesgo de ser transmitido en actos, gestos, o imposturas -temática que ha sido estudiada por varios autores y no será profundizada aquí-.

### **VI.3. La Pensión Especial Reparatoria (PER)**

Un tema de interés a investigar desde la palabra de los E-PP es el impacto subjetivo, que ha producido la incorporación de la PER en sus vidas. En distintos países se han realizado diferentes modos de reparación material o pecuniaria. Se consultó a los profesionales al respecto. ¿Qué impactos subjetivos han observado en los pacientes a partir de que comenzaran a percibir la PER? Se les solicitó que emitieran sus opiniones al respecto.



### **VI.3.a. Impactos subjetivos en las/os ex prisioneros políticos**

*Fernando: “No tengo una opinión muy clara al respecto, yo creo que hay gente que le vino muy bien la pensión reparatoria, que le salvó la vida te diría.”*

*Camila: “En el caso de los que reciben la Pensión Reparatoria el miedo a perderla. Si en algún cambio de gobierno o en este mismo gobierno, (...). Ya lo están viviendo con menos culpa recibir la pensión, a algunos les costó mucho recibirla, aceptarla. En general ahora lo viven con mucha más naturalidad, hacen planes de otra manera, se permiten vivir más cómodos. Algunos que habían rechazado la idea de la pensión, hoy la aceptan.” “(...), pero hay un dejo, de que hay que estar justificando porqué yo hago tal cosa o si me voy a un viajecito”.*

*Florencia: “La Reparación, algunos la viven con el conflicto de que tienen que renunciar a su propia jubilación, porque tienen sus años de trabajo, eso es la queja más importante que yo he sentido.”*

*Leticia: “Ah..los que cobran la PER, los que no cobran están enojados porque hay situaciones injustas, por ejemplo, estuvieron fuera del país y no pasaron por ningún lugar que fueron registrados y se quedaron sin la PER, eso es un grupo. Otro grupo es que cobran la PER, pero a la hora de jubilarse, cosa que está mal, si una persona trabajó y aportó al Estado y tiene los años, ¿porqué no le corresponde la suma de las dos?” (...) “La queja que aparece siempre es la PER, se quejan de que es poca y no es tan poca; son U\$S 1.000.”*

*Virginia: “Yo pienso que en cada uno opera diferente. En algunos, yo he observado que, a partir de que empezaron a cobrar la PER vinieron a consultar. Es como que sintieran que bueno, que están reparados económicamente pero falta algo. Habría que investigar en COSAMEDDHH cuántos pacientes nuevos aparecieron después de cobrar la PER.” (...) “Otros lo viven con austeridad, o sea lo utilizan para ahorrar, o para tener una vivienda pero nunca tampoco la usan. Viven muy precariamente, como que no pudieran hacer un uso completo.”*

*Micaela: “Si, si, les permite una tranquilidad. Si bien no es la gran tranquilidad económica, porque muchas personas, por eso que decíamos hoy, no pudieron desarrollar una carrera o una actividad laboral, porque muchos estuvieron presos o muchos estuvieron exiliados y después al volver, o haber salido de la cárcel y ya con otra edad.” (...) “La aparición de esa pensión genera una cierta tranquilidad básica, de tener por lo menos un acceso a la alimentación diaria, a manejarse en ómnibus, a no estar con la angustia espantosa del “a fin de mes no llego”. Creo que ha sido muy bueno lo de la pensión.”*

*Mateo: “Tal vez en un primer momento se sienta que está bien, yo pienso que la herida o lo que le pasó a una persona torturada, yo no creo que se sienta retribuida con algo material solamente, me parece que fundamentalmente, el plano de reparación más contundente sería en cuanto a la Justicia. La parte económica, vivimos en el capitalismo, una persona de acuerdo a sus ingresos puede vivir mejor o puede vivir peor.” (...) “Tuvo consecuencias económicas la prisión, entonces que tenga una reparación en el plano económico me parece que bueno, que al menos, seguramente las expectativas económicas de esas personas serían tener un nivel de vida, medio, aceptable, Con cierto confort y bienestar. Y si la reparación económica puede ayudar a alcanzar algo de eso, seguramente el efecto sea bueno.”*

Algún entrevistado señala que durante los primeros años en que se comenzó a otorgar esta pensión, era frecuente que los E-PP se negaran a percibirla, arguyendo “que no habían

militado para recibir dinero”. Llevo un tiempo significativo que pudieran comprender que no se trataba de un “obsequio”, sino de un derecho, establecido como un logro a través de los avances del Derecho Humanitario. Los entrevistados continúan observando sentimientos de vergüenza o culpabilidad, aunque actualmente es menor la cantidad de personas que refieren a ese tipo de planteos. Aspecto que se podría relacionar a la austeridad, referida anteriormente; se trata de una población que expresa poco interés por lo material. En términos generales hay acuerdo en considerar que la PER ha significado un aliciente para sus vidas. Sin embargo, muchos se quejan porque en su aplicación se vislumbran situaciones de injusticia. Es importante aclarar que no se trata de una indemnización por haber sido víctimas de tortura o encarcelados por sus ideas políticas, sólo tienen acceso a la misma quienes pueden demostrar que además de su calidad de víctimas del terrorismo de Estado, sufrieron deterioro laboral. La Ley establece un tope, los que perciben sueldos mayores, no tienen derecho a cobrarla. Se observa enojo porque no pueden sumar la PER con la jubilación generada con los aportes laborales.

Sería oportuno investigar si a partir de que comienzan a percibir la PER, los E-PP han mejorado su calidad de vida, y en particular si se han modificado los niveles de morbimortalidad en un sentido positivo.

### **VI.3.b. Opiniones de los profesionales sobre la PER**

*Fernando: “En realidad yo creo que es justo que la tengan, sólo que creo que el gobierno lo hizo maquiavélicamente, como para dar una dádiva y que la gente se callara.” (...) “Y también sabemos que hay muchas injusticias en relación a la pensión reparatoria, de gente que la merece y a la que no se la dieron y alguna gente que no tendría por qué tenerla y que la tiene. Yo creo que está bien que la tengan, el Estado de alguna manera tiene que reparar económicamente el sufrimiento.” (...) “Eso de cuotificar la gente que estuvo presa con la gente que estuvo en el exilio, o la gente que estuvo clandestina, entonces tantas bases de prestaciones...me parece bastante mezquino.”*

*Rafael: “hay que saber de que hay aspectos de esto que no se reparan. La sociedad tiene que atenderlos, pero hay que saber también que hay daños muchas veces irreversibles o difícilmente reversibles. Creo que entonces, la idea de reparación, en el sentido que estoy criticando, puede dejar de lado esto, y a lo mejor nos deja hasta con la conciencia tranquila.”*

*Leticia: “¿Y por qué tiene que optar por alguna de las dos? Yo creo que tenés que tener tu jubilación más la pensión reparatoria” (...) Es una trampa que no sea una indemnización.”*

*Josefina: “Una cosa es la reparación que tenga que ver el Estado, que es asegurar la atención de los que lo necesiten y por qué no, una reparación en dinero. La gente perdió su trabajo, estuvo presa, tuvo que consultar médicos después, pagar tratamientos. Hay algo que no se repara.”*

*Mateo: “Tendría que haber muchas opciones de reparación y adaptarlas a las diferentes situaciones. El que todavía está en edad de trabajar es mejor un trabajo que una pensión. Las soluciones únicas terminan siendo buenas para algunos pero no para otros, a veces terminan destinándose recursos en lugares donde harían falta otros.”*

En general se considera justo que el Estado realice este tipo de medidas paliativas a los sujetos por los daños ocasionados. Sin embargo, algunos manifiestan sospechas o dudas sobre la intención del gobierno. Se preguntan si por medio del dinero, no se estará intentando saldar la deuda moral y al mismo tiempo hacer callar a las víctimas. Se reclama que debería ofrecerse una indemnización y no una pensión limitada sólo a quienes acrediten daño laboral. También se propone que sería mejor que hubiera diversas modalidades de reparación porque no todos tienen las mismas situaciones ni necesidades. Se habla de procesos reparatorios, en el que los afectados tienen un rol protagónico respecto a hacer valer sus derechos. Según lo observado se percibe que la política de reparaciones podría perfeccionarse.

## **VI.4. Impactos de los Juicios**

### **VI.4.a. Impactos sociales**

*Sebastián: “El juicio tiene el sentido de que la barbarie no sea ocultada, no sea desconocida. Porque ahí el silencio no transmite. El silencio, de un acto de barbarie no cura, el silencio de la barbarie es una forma de impunidad, es una forma de trivializar un crimen. Entonces es distinto si el denunciante opera para que no se trivialice el crimen, y para que quede en la memoria colectiva de las generaciones que hubo un crimen.” (...) “Para confirmar que los crímenes de lesa humanidad son imprescriptibles. Reparar al denunciante de rebote. En el sentido de que el oprobio del silencio, el oprobio de que la víctima es la que paga el sufrimiento, al haber un reconocimiento público; todos sentimos alivio cuando los torturadores están en prisión.” (...) “Mientras que la operación de sanción de los culpables, le da al crimen y a su sanción la vigencia histórica que merece.” (...) “La capacidad de abyección humana es infinita no. Ahora no denunciar es como hacerle el juego al enemigo. Que es lo que todo sistema de Justicia trata de establecer, un pago proporcional a tu culpa, a tu delito, toda la construcción del sistema de Derecho es ese. Que la Ley se cumpla pareja.”*

*Josefina: “Eso tiene efectos más allá de las personas, de los ex-presos. Efectos simbólicos, acá se castiga, se castiga la violación, se castiga la pasta base, y la tortura también. La Ley castiga, esto es ilegal. Algo que establece que es la democracia. Se dignifica un país que es capaz de colocar esto dentro de la Ley. Estructura en el sentido del respeto por la Ley, que la Ley nos someta a todos por igual.”*

Los entrevistados hablan del valor simbólico que establece la aplicación de la Ley dentro de una sociedad; en el entendido de que ordena, ubica en sus justos términos los actos, por su valor ejemplarizante hacia los otros miembros de la comunidad. Al tratarse de crímenes de lesa humanidad, no hay prescripción posible, siempre se está a tiempo de llamar a las cosas por su nombre.

Los juicios son mediadores de diversos acontecimientos sociales: promueven el agrupamiento de las víctimas, construyen memorias colectivas e históricas, modifican imaginarios sociales, combaten impunidades, promueven procesos de sanación social, producen alivio al comprobar que la Ley protege al sancionar a todos por igual.

#### **VI.4.b. Impactos en las personas**

*Josefina: “Es como una dignificación de lo que han pasado, son personas dignas de ser consideradas, reconocidas por la Ley como que fueron atacadas. No diría víctimas, sino victimizadas. Eso sí me parece muy importante.”*

*Fernando: “Creo que el hecho de que fueran al Juzgado, de que los trataran con dignidad, que pudieran incluso tomar iniciativas. Como pasó con el “Pajarito Silveira”: alguien no estaba seguro de reconocerlo y preguntó “¿Lo podría hacer hablar?” y que el Juez haya dicho: “Sí, que hable”, y entonces la persona pudo reconocerlo por la voz. Yo creo que fue una cosa bastante alentadora.” (...) “(...) hay mucha persistencia. Creen que de alguna manera la Verdad va a salir a flote algún día. Creo que también hacer la denuncia le da otro sentido nuevo a su vida actual. Esto de embarcarse en una megacausa, reconocerse, preguntarse, saber cómo están en el hoy, qué pasó con cada uno, es productivo, creo que también es sanador.”*

*Florencia: “Ah, apoyo la denuncia porque creo que, esto que te decía de sentirse por primera vez protagonista, ser acusador y no acusado. Por más que les provoque todas las secuelas que les provoca el revivir cosas, incluso síntomas orgánicos, uno de mis pacientes que fue picaneado en los testículos, le aparecieron heridas en los testículos después de declarar. Los vuelve a ubicar en el lugar de personas, sujetos de derechos (...).”*

*Virginia: “Con él hablamos mucho de cómo después de 30 años, que ahora esté haciendo la denuncia con otros compañeros, y bueno, en un ambiente de tranquilidad en donde es respetado, donde es valorado, donde es bien atendido, porque me ha comentado acerca de los funcionarios judiciales, de cómo le tomaron las declaraciones y lo bien que se ha sentido. Entonces, ahí hacemos comparaciones. De cómo él está haciendo uso ahora de sus derechos.” (...) “Sí claro, lo que pasa es que ha habido un cambio cualitativamente importante en las personas que han hecho la denuncia. Es como que se les hubiera encendido el “chip”, para hablar con términos actuales, de que pueden hacer uso de un derecho.”*

Se destacan efectos sanadores a través del proceso de denuncia judicial. En tanto la persona que en la tortura fue humillada y “cosificada”, hoy se puede ubicar en el lugar del ciudadano que tiene derechos y que exige que se cumpla la Ley. Se producen efectos de dignificación; que sean escuchadas por un poder del Estado, que se crea en su palabra, que se haga Justicia, que los perpetradores se hagan responsables de la barbarie.

*Camila: “Provoca realmente una movida tal, una movilización donde te implica por momentos otras instancias de encuentro, estar muy de cerca, sobre todo desde el apoyo, ahí no se trata de tener que ver cosas nuevas, más que nada que sientan que vos estás muy cerca, porque es sumamente movilizador. En algunos casos, tenés que decirles, no sé, piénselo realmente si esto es lo que usted quiere hacer, no sentirse obligados, no hay obligación, piense si esto es lo que quiere hacer, si lo va a poder soportar. Ahí no es usted quien está siendo*

*juzgado. Siempre traerlos al lugar que tienen que ocupar, que no son ellos los juzgados. Eso de obvio no tiene nada, hay que estar permanentemente trayéndolo. Permanentemente tenías que estar reafirmandole eso, ¿Cuál es su lugar? Hay que prepararse mucho para esa instancia.”*

*Florencia: “Ponlo entre comillas porque lo viven como “interrogatorio”. Al compañero que no recuerda determinadas cosas que ellos traen, lo viven como que está haciendo la suya, que tiene intereses personales, que está ocultando detalles y hay una enorme desconfianza.”*

*Virginia: “Creo que es muy importante porque el monto de angustia que se moviliza al tener que hacer el testimonio para el abogado, aunque sea corto, al tener un espacio para poder volcarlo, creo que eso hace que puedan hasta recordar más cosas porque se sienten “continentados”. En cambio, no sé es una opinión, no está investigado, pero algunos me parece que hasta ha habido movilizaciones somáticas y a veces no han querido volver, tienen sus defensas muy estructuradas, algunos han desertado, no han querido volver al grupo de denunciantes.” (...) “Me parece también importante eso tenerlo en cuenta, porque no es fácil hacer un proceso así después de tanto tiempo. Y que las personas que están a cargo tienen que tener una cierta formación.”*

*Micaela: “Si querés a veces genera mucha culpa el no poder meterse con esos recuerdos. Porque han habido movimientos colectivos de hacer denuncias y hay personas que yo los veo como pacientes, que han preferido no meterse porque no lo pueden soportar, o personas que se han metido pero se han descompensado hasta psicóticamente, (...)” “Que incluso provoca ideación psicótica de estar siendo perseguidos y vigilados. Actualmente lo veo.”*

Por otra parte, se señala que el proceso de la denuncia puede resultar por demás removedor, se observan fuertes sentimientos de angustia, temores, se revive lo traumático, surgen descompensaciones físicas y psíquicas, aumento de ansiedad paranoide. Parecería que no todas las personas podrán embarcarse en el derrotero de la denuncia; que necesitarán apoyos para prepararse e incluso preguntarse si pueden o no emprender este proceso.

Se observa que el Juicio puede retrotraerlos a experiencias padecidas durante los interrogatorios, o a las de haber sido juzgados en la Justicia Militar. El modelo de Justicia que conocieron, fue aquel que los procesó como “subversivos”; por tanto, será necesario desmontar ese esquema victimizador.

*Agustín: “Me pasó una experiencia distinta con la gente de la denuncia.” (...) “Quizá era una catarsis, hacerlo en el grupo, para que los protegiera para después poder hacer la denuncia. Tuvo un efecto catártico, fue una cosa distinta.”*

*Mercedes: “Constatamos que hay personas que por transitar un proceso psicoterapéutico lograron hacer la denuncia. El apoyo en psicoterapia individual o grupal, el formar parte de un colectivo o el estar con otros, ha habilitado y fomentado esta posibilidad, (...)” “En las personas que han hecho la denuncia encontramos como un cierto alivio. Aparece como un desafío, algo del orden de lo que pude hacer, sacar para afuera, compartir, como un logro también.”*

Se observan efectos sanadores al poder desprivatizar el dolor, mover el recuerdo del espacio de la intimidad hacia el espacio público, habilitante en el que un tercero será quien

operará de árbitro. Por otra parte, se destaca la importancia de que en Uruguay las denuncias se comiencen a hacer en forma grupal. Quizá porque el grupo permite tomar impulso, sentirse más fuertes, prepararse junto a otros, vencer miedos.

*Leticia: "En el entorno de las denuncias que se hacen, mueren dos pacientes más. (...) ¿Qué hipótesis? Que está relacionado con enfrentar la situación del trauma, porque tienen que hacer la declaración, (...)"*. Hubo un careo en el que tuvo que ver al supuesto violador o agresor. Después de eso se enfermó del todo."

Aquí queda planteada la interrogante que vincula la realización de la denuncia con la posibilidad de enfermar, al extremo de llegar a morir. El tema no ha sido investigado, por lo que no se puede inferir causalidad. Sin embargo, se puede pensar que el proceso de denunciar y atravesar el largo camino de la Justicia, puede actuar como componente estresor desencadenante de diversos padecimientos. Situación que amerita ser investigada.

#### **VI.4.c. Dificultades observadas en el sistema de Justicia**

*Josefina: "(...) ¿quién escucha todo esto? ¿Acá los jueces escuchan? No. Cuando una persona empieza a declarar y le preguntan por la tortura sexual y le dice dónde la torturaron; en Tacuarembó, por ejemplo. "Ah; entonces, tiene que ir al Juzgado de allá a declarar". ¿Qué es eso? Porque esto me parece importante."*

*Fernando: "Yo creo que hay mucha expectativa en relación a los Juicios; en relación a la búsqueda de Verdad y en relación a la búsqueda de Justicia. Sólo que nuestro Sistema Judicial es profundamente reaccionario y además uno no puede desconocer todas las componendas políticas que hay atrás de eso. Es decir, es evidente que desde la Sentencia de la Corte Interamericana hasta el hoy, hay una intencionalidad de enlentecer en la medida de lo posible todo el proceso. (...) "A mí me parece que el tema de los Juicios, cuando se habían empezado a dictar procesamientos que fue sobre todo en los últimos 3 o 4 años." (...) "Como que en el Sistema Judicial sintieron que se metieron con ellos, como que se metieron con un tema que el gobierno había decretado como laudado, entonces vos ves los traslados judiciales, cosas que se producen por responsabilidad política. Como por ejemplo, bueno, hay ex-oficiales o ex-militares denunciados y resulta que el Ministerio de Defensa no sabe dónde viven, no sabe cómo citarlos, eso es vergonzoso."*

*Camila: "El lugar en sí te hace sentir muy incómodo. Al Juez hay que mirarlo, al abogado no lo mire, mire al Juez. Ni siquiera podés buscar esa mirada que te da cierta serenidad. El clima que se crea, la espera, no siempre hay un receptor amable. El receptor a veces te pregunta ¿qué dijo? Hay que estar hablando pausadamente para que el receptor escriba. Pero te dice ¿Cómo se escribe eso? ¿Cómo dijo? ¿Qué quiso decir? ¡Ay por favor! Te incomoda mucho. Te dan ganas de salir corriendo. Que se termine de una vez por todas todo esto." (...) "Hay preguntas tan incómodas, tan dolorosas. Que decís "¿es necesario que pregunte esto?"*

*Florencia: "Se ve en los tratamientos, una enorme desconfianza en los procedimientos que se están llevando a cabo, y una frustración. Desconfianza al gobierno y a la Justicia. Sentir que no se está haciendo todo lo que debería hacerse."*

*Mateo: "Si también, los juicios que también al no haber una Justicia Especializada o*

*preparada para este tipo de situaciones.” (...) “Los juicios están empezando y no se sabe en qué puede quedar todo, pero son como nuevas expectativas que terminan en frustración.” (...) “Es como esto de la paradoja de que por un lado parece como que se fomenta que haya expectativas y el paso siguiente es la frustración a esa expectativa. Es como que se habilita el deseo y se lo reprime a la vez. Se abre una expectativa y el paso seguido es que termina siendo tan defectuosa que aparece la frustración.”*

La mayor dificultad observada es que la Justicia uruguaya no aplica un protocolo especial para este tipo de víctimas y este tipo de juicios. Homologa estos juicios a otros cualesquiera, lo que podría contaminar el escenario y provocar situaciones de re-victimización. Como señalan los clínicos, lo sanador de la denuncia es que construya Justicia, si a lo costoso de hacer la denuncia, se le agregan las trabas a lo largo del proceso y el no concluir con el procesamiento de los responsables, entonces todo resultaría una farsa, no sólo para quien denuncia, también para la sociedad al no otorgarle a estos juicios la importancia que merecen.

## **VI.5. ¿Qué puede reparar la clínica?**

Se analizarán los aspectos más trabajados en el transcurso de los procesos psicoterapéuticos en lo que se refiere al análisis de efectos de terrorismo de Estado.

### **VI.5.a. Desidealizar el tiempo de prisión**

*Florencia: “(...) la desidealización del período en que estuvieron presos, porque se vive el Penal como la situación ideal, a lo que volverían, por los amigos que tuvieron. No hubo compañeros como los que tuve en el Penal! El mundo en blanco y negro. Hoy es un mundo más lleno de matices y aceptan los matices, como logros.”*

Se observa que desde que fueron puestos en libertad los E-PP han hablado y escrito, acerca de lo que ellos llaman “la mejor parte de la experiencia de prisión”, para referirse a la fuerte unión que hubo entre los prisioneros, la solidaridad, la creatividad puesta al servicio de comunicarse y/o burlar a los represores, las enseñanzas recíprocas brindadas y recibidas entre ellos, el desarrollo de actividades artísticas, el aprendizaje de manualidades, el tiempo destinado a la lectura, el despliegue del humor.

Sin quitarle importancia a la puesta en marcha de estas herramientas “apuntaladoras”, de máxima valor para evitar el derrumbe psíquico, se puede inferir que, el recordar sólo las experiencias positivas, ha sido una forma de escindir y mantener a raya los recuerdos dolorosos. Los entrevistados dan cuenta de la fuerte valoración que hacen los E-PP respecto a los vínculos fuertes y sólidos construidos en la prisión. Es posible que la unión propiciada por la existencia de un enemigo en común, no sea asimilable a la que se produce en otros vínculos de la vida cotidiana sin enemigos. Será parte del trabajo terapéutico contextualizar lo idealizado y

habilitar la palabra sobre lo que ella esconde, con el objetivo de relativizar los recuerdos y explicitar también los sinsabores de la experiencia.

#### **VI.5.b. Desenquistar lo traumático**

*Mercedes: “(...) que las personas pueden ser como más analíticas y pueden pensarse más a sí mismas, vincular lo que les pasa con lo que les ha pasado”. (...) “Como este tiempo que a veces ha quedado congelado integrarlo más a su vida y a lo que hoy les pasa; poder llevar eso que les pasó y su vida hoy, de otra manera, de una manera más liviana, de una manera más integrada.”*

*Sebastián: “Si reparar es poder desenquistar, como algo del pasado y liberar la disponibilidad de energía para construir un presente y un futuro, entonces la reparación es aceptable y es posible...”*

*Micaela: “(...) Ahora también es cierto que con un buen abordaje de esta situación, por lo menos se apunta y se permite una calidad de vida, que la persona, puede darle un lugar a eso, que sea compartido con otros, con técnicos o incluso con grupos de pares, o incluso judicialmente. Entonces el darle un lugar a eso, permite que uno pueda desarrollar, que las personas que vivieron eso puedan desarrollar una vida más normal. No tan...invadida por esas vivencias.”*

En consonancia con el objetivo terapéutico “elaborar lo traumático”, la psicoterapia puede ofrecer un lugar con los suficientes cuidados como para que la persona tome contacto con las vivencias ocasionadas por los traumatismos. El proceso terapéutico busca nombrar lo innombrado, acercarse a aquellos aspectos de lo traumático que fueron disociados o negados. Trabajar esas vivencias, volver a sentir las emociones, pero ahora en un ámbito cálido, en el que la persona está acompañada y sostenida. Liberar energía psíquica que se encontraba estancada en esas vivencias. Vincular ciertas dificultades del presente con las experiencias traumáticas. Se trata entonces, de integrar las vivencias de ese período para disminuir la carga energética allí depositada; a fin de destinar esa energía al presente y al futuro.

Esta tarea se halla en consonancia con el objetivo terapéutico “integrar ese período de la vida”, encontrar unidad entre la persona que fue antes de la prisión, durante, *a posteriori*, la presente y la que se proyecta al futuro. Desde una mirada psicosocial, se destaca la importancia de otorgarle un lugar a esas experiencias en el hacer con otros. Es decir, que la persona desprivatice lo vivido y lo lleve al plano social, que la sociedad conozca e integre esa parte de la historia nacional.

#### **VI.5.c. Apuntalar aspectos vitales**

*Camila: “En algunos casos sí, lograrlos sacar de la depresión, verdad y que vuelvan de*



*alguna forma a la actividad, o a retomar los objetivos que quedaron pendientes. (...) Algunos a armar más su vida, encontrar una pareja, o a dejarla, a estudiar. Proyectos. Tener cambios en su aspecto personal, en su vivienda. Esa cosa de viviendas lúgubres, no, permitirse vivir un poquito mejor.” (...) “En algunos casos, lo que te decía, frente a los logros ves que hay cierta reparación, cuando tienen logros, cuando logran reinsertarse, permitirse un trabajo mejor. En otros casos lo que sentís que lográs es que logren convivir con los daños o con las pérdidas.”*

*Micaela: “Pasan por períodos, no es que se curen y quedan curados, no, es como todo, sufren altibajos. Por supuesto que si se tratan los períodos de bienestar son mayores y tienen mayor calidad de vida, eso se ve en los pacientes. (...)” “Ya te digo no tengo la sensación de que haya curación, igual el concepto de curación hoy por hoy en medicina, el concepto de salud que utiliza la OMS no apunta a una curación sino apuntan a un bienestar y a una calidad de vida mejor, entonces eso no quiere decir no tener síntomas.”*

*Mercedes: “(...) a no castigarse tanto, a poder vivir en contextos más saludables, espacios más saludables, a permitirse el disfrute. En algunos casos a perdonarse, porque también hay cosas que sucedieron, porque sucedieron en un determinado contexto.” “Esto se ve reflejado en su vida cotidiana, de vivir con menos carga, con menos culpa.”*

Como en todo proceso terapéutico, se propende hacia la construcción de una vida más saludable, que la persona construya proyectos y logre alcanzarlos, que pueda modificar aquello que lo limita o le produce sufrimiento. En términos psicoanalíticos se trata de poner freno a la compulsión a la repetición, que la libido allí depositada pueda fluir y se encause hacia apuestas más vitales; trabajar los aspectos mortíferos del trauma, elaborarlos, encontrar vías de sublimación. Se ha hablado de la autoinculpación como un efecto que persiste, ha de ser primordial trabajar estos aspectos, que la persona pueda contextualizar lo vivido y racionalizar que en tales circunstancias no hay margen de libertad para ciertas elecciones.

Los clínicos coinciden en que los E-PP, son personas mayoritariamente autoexigentes y sacrificadas, razón por la cual, valoran como logro terapéutico, la posibilidad de que se “den permiso” para disfrutar más de la vida: mejorar su aspecto físico, su vivienda, acceder a espacios de ocio o de sociabilidad. Aspectos, todos ellos, que se orientan hacia el objetivo terapéutico “des-victimizar”.

#### **VI.5.d. Analizar lo internalizado en el vínculo con el represor**

*Mercedes: “(...) pasa a estar como el enemigo de repente donde antes estaba como muy identificado en el afuera, quizás a la salida y en los años posteriores, como que el enemigo pasó a ser también a veces un enemigo interno. Donde también por mecanismos inconscientes, también hubo identificación con los victimarios, de ejercer violencia con compañeros o con familiares.”*

*Florencia: “Hay una derrota ideológica, hay una parte que los milicos los convencieron de que eran unos pichis y de que eran culpables de cosas. Tenés que trabajar ¿Pero culpable de qué? ¿Qué fue lo que usted hizo?”*

*E: ¿O sea que otra estrategia es trabajar aquello que los militares les hicieron creer?*

*Florencia: "Exactamente! Levantar la autoestima frente a vivencias de humillación muy profundas y la capacidad de iniciativa. Muchos de ellos han perdido la capacidad de iniciativa porque la consigna era no tomar iniciativa. Muchos de ellos te encuentras con que no pueden tomar iniciativas."*

Sironi, F. (2011) trabaja lo que denomina "la influencia del torturador" sobre el torturado. La autora observa que llama la atención de los clínicos que trabajan con víctimas de tortura, que éstas otorguen tanta importancia a las palabras pronunciadas por los torturadores. Sostiene que las palabras que fueron pronunciadas durante el tiempo de la tortura "permanecen grabadas para siempre" "literalmente penetran su ser", "esas palabras os roen por dentro". Considera que la influencia del torturador, se puede expresar de muchas otras maneras; por ejemplo en pesadillas, afectar procesos mnémicos, o dañar la autoestima.

Verse a sí mismo en la escena en la que se fue sometido o "aplastado" por un sujeto tan poderoso, ataca la identidad; en casos extremos pueden emerger ansias de identificarse con el agresor. Otras veces, el sujeto se apropia de las palabras conferidas por el torturador y se las dirá a sí mismo. Lo que fue internalizado ha de ser puesto en palabras, pensado, analizado, para que la persona se pueda liberar de esa carga, y recuperar el dominio de sí misma. Se observa que esta línea también podría hallarse enlazada al objetivo terapéutico "des-victimizar"

#### **VI.5.e. Destruir conflictos vinculares**

*Florencia: "Mejores vínculos con sus hijos, mejores vínculos de los hijos con los padres. Poder los hijos enojarse con los padres y los padres poder aceptar que los hijos no sean militantes o que no se vayan a vivir al asentamiento, como se fueron a vivir ellos".*

Más arriba se señaló que el principal motivo de consulta son los conflictos vinculares, y que para el último período, se observa un aumento de conflictos en los vínculos filiales. Como en todo proceso terapéutico se busca jerarquizar aquello que llevó a las personas a solicitar ayuda. Se analizan los conflictos: sus causas, lo silenciado, lo que cada parte del vínculo proyecta en la otra. A nivel familiar se observan silencios, cuando no secretos. El otro teme preguntar y el E-PP teme dañar o no ser comprendido. Es posible que en la psicoterapia los consultantes toman conciencia de lo no dicho, de los malos entendidos, los que surgen ante la ausencia de palabras que posibiliten explicaciones. Según los informantes, los E-PP en términos mayoritarios, no comunican a sus seres más queridos los sufrimientos de la prisión y la tortura. Un entrevistado expresa que ello se debe a que no es nada sencillo encontrar la forma de transmitirlo sin que ello "queme". Se busca construir ámbitos de diálogo, en los que cada actor pueda comprender el lugar del otro, para que se desarrolle mayor empatía, donde se

puedan visualizar los condicionamientos, en los que cada uno pueda expresar sentimientos e ideas, pero también se puedan preguntar y escuchar las respuestas.

## **VI.6. Particularidades de la reparación desde CO.SA.ME.DD.HH.**

*Mercedes: Creo que el hecho de que el Estado haya tomado esta área y esta temática como su responsabilidad en el marco de la Ley, es un avance muy grande, esto fue un poco el objetivo que se buscó con el cierre de SERSOC. De todas maneras también nos continúa acompañando en cierta medida la incertidumbre, porque ha sido bastante difícil insertarnos. Un local, primero en el Hospital Maciel, que no estaba ni adecuado ni pensado para este servicio y ahora en este otro local nuevo pero como bastante solitario, desolado, inseguro (...)” “(...) y todo el tema presupuestal, todo el tema de la cobertura, de que en realidad continuamos trabajando con un mismo presupuesto desde el inicio, desde el 2009 y el mismo equipo básico que inició el trabajo. Donde fundamentalmente lo que se está haciendo es atención, asistencia, (...)” “Nosotros siempre nos habíamos planteado hacer mayor sensibilización, trabajar también en todo el país, a lo largo de todo el país no sólo en Montevideo, generar instancias de formación a profesionales jóvenes, cosas que no se han podido aún concretar y que no sé si se van a concretar.”*

*Mateo: “Favorece, desde un punto, favorece el hecho de que sea el Estado que reconozca que hubo un daño, que se cometieron atropellos, que se torturó, que se violó, que se maltrató a las personas. Y que el Estado sea quien intente generar acciones para hacerse cargo de eso que hizo. En ese sentido, me parece que sí, que es positivo al lado de reparaciones privadas.” (...) “Es la respuesta del Estado. El Estado somos todos, es la sociedad, entonces es la respuesta de la sociedad hacia las personas.” (...) “Después la dificultad es esto, la dificultad de los recursos, de los recursos sobre todo materiales, la falta de respuesta, la falta de compromiso, la no priorización de este programa, la falta de referentes a nivel sobre todo de los Ministerios. De referentes para poder realmente sentarse en una mesa de trabajo para ir mejorando cada vez más el servicio, que bueno, como que se han priorizado otras cosas y no esto. A pesar de que sería algo que ni siquiera económicamente sería tan imposible, pero evidentemente pasa por una decisión política que no lo prioriza. Entonces esa por ahí sería la dificultad que surge por el hecho de que es el Estado quien lo hace.” (...) “En el programa nuestro de COSAMEDDHH también, el hecho de no poder tener por ejemplo recursos para la investigación, para la capacitación, para la difusión, para la información, para poder hacer un aporte desde nuestro lugar a la construcción de un relato con otras disciplinas, también, que tenga que ver más que nada sobre todo con la memoria. Y bueno queda en el aspecto clínico y por lo tanto termina perdiéndose de vista toda la dimensión social que tiene. Porque es un hecho psicosocial, si bien están los individuos, que sucedió a la sociedad en su conjunto, por lo tanto la restitución también tiene que ser a la sociedad y no solamente a los afectados directos.”*

*Leticia: “Mirá lo que nos dieron acá! (...) “Nunca nos pusieron un teléfono, ni una computadora.” (...) “Veo que en SERSOC estábamos mejor, más cómodos, en el local, en todo. Había más técnicos, había infraestructura buena.” (...) “En invierno pasamos frío, las puertas no se cierran. Para llegar, no saben ni como entrar, no nos dieron ni un cartel.”*

*Micaela: “Que un primer momento puede ser más angustiante, porque se tienen que encontrar con un montón de cosas que habían permanecido, de una parte, encerradas en un cajón. Ya nomas el hecho como de convocar a los demonios, hay que aguantarlo, pero el hecho de poder dar una continuidad a todo eso que se convocó y se destapó, no se los deja desamparados con todo eso, no. Creo que es la importancia de que el Estado les da un marco*

*a eso y una continuidad.” (...) “El desafío es seguir con este programa, cómo se sostiene esto si no hay un sustento del Estado. No sé como es, una implementación, estrategias, el poder tener más técnicos, trabajadores, más psicoterapeutas, más psicólogos, más psiquiatras. Es un montón de gente para atender. Porque son policlínicas que siguen creciendo, somos sólo dos psiquiatras para atender a 250 pacientes.”*

*Virginia: “Yo pienso que eso es muy bueno. Ya de por sí el hecho de que una institución del Estado se ocupe de la Reparación, genera salud mental. Yo creo que hay una motivación diferente, eso es muy importante.”*

Los técnicos de CO.SA.ME.DD.HH. valoran el peso simbólico que otorga el hecho de que sea el Estado quien se haga cargo de aportar alivio a los padecimientos de los sujetos. Sin embargo, se observa un alto nivel de insatisfacción respecto a la forma en que se lleva a cabo. Opinan que cuando trabajaban desde SERSOC podían hacer una labor más integral y que hoy su tarea está limitada a la dimensión asistencial. La queja al gobierno es la de haber mostrado escasa voluntad política en priorizar esta política pública, haberse invertido pocos recursos, y no haber contado con referentes del gobierno que interactúen con los profesionales.

Se observa que las psicoterapias no han estado centradas en los efectos del terrorismo de Estado, que se procuró ofrecer psicoterapias integrales, en las que los pacientes trabajen todo tipo de problemáticas. Sin embargo, se observó respecto al último período que los pacientes de CO.SA.ME.DD.HH. se encuentran más movilizados y necesitan hablar más de los efectos de la tortura y la prisión. Ante ello surge la interrogante de porqué no se han creado dispositivos terapéuticos más específicos; quizás ha sido el resultado de una práctica de escasas horas semanales, en la que han faltado espacios de análisis y de trabajo en equipo.

## CAPÍTULO VII. ORIENTACIONES PARA QUIENES SE INICIEN EN ESTA CLÍNICA

Se expondrán los principales obstáculos y desafíos percibidos en esta clínica. Así como también, se recogerán orientaciones que los clínicos profieren a quienes se inicien en esta actividad, las que se agrupan en las siguientes categorías: sensibilidad y compromiso, formación especializada, no trabajar en soledad, autocuidado, actitudes favorables.

### VII.1. Obstáculos y Desafíos

*Mateo: “Claro. El hecho me parece a mí, de ellos suponer cierta afinidad ideológica. Me parece también otro elemento importante, puede convertirse como todo no, en un elemento también con cierto peligro, (...) que lo político termine siendo una interferencia para el tratamiento. O lo ideológico, que se ideologice demasiado, o que se reproduzcan rivalidades ideológicas en el espacio. Esos son riesgos que me parece que se pueden trabajar.”*

Se plantea una paradoja; los pacientes buscan psicoterapeutas que les inspiren confianza por su afinidad ideológica; por otra parte, el trabajo con víctimas de violaciones a los DD.HH. puede conducir al clínico a solidarizarse con sus causas. No será tarea fácil aunar el rol profesional con el de ciudadano comprometido con estas causas. El entrevistado alerta que habrá que poner especial atención y cuidado respecto al espacio que se le otorga a lo ideológico en la clínica; que el terapeuta deberá observarse a sí mismo para no dar lugar a la discusión ideológica. Cuando se habló de contratransferencia se remarcó que el terapeuta estará atento a sus reacciones para evitar actuarlas. Antes que discutir con el paciente será menester analizar qué le ocurre al terapeuta ante los comentarios políticos que éste profiere.

Del discurso de varios profesionales de CO.SA.ME.DD.HH. se desprende la existencia de un interés militante puesto en el trabajo que desempeñan. Lo que puede inducir a formular la pregunta ¿Qué se entiende por trabajo militante? Es factible que en ocasiones, esto pueda hacer “ruido” y producir puntos ciegos, tanto por lo que espera el paciente del profesional, al verlo, en algún nivel como “compañero” de militancia en DD.HH., como, porque puede involucrar en demasía al clínico. Se ha dicho que los clínicos que trabajan en esta área cuentan con atravesamientos personales, históricos, epocales; entonces, el desafío será el de prestar especial atención a estos aspectos, poderlos pensar y analizar con otros. Sin perder su sensibilidad y compromiso por la temática, habrá de sostenerse más en los aspectos profesionales; equilibrio no siempre sencillo de alcanzar. Por otra parte, podría ser que el trabajo militante haya conspirado contra la exigencia de condiciones laborales dignas y la defensa de los derechos como trabajadores de estos profesionales.

*Josefina: “Tal vez, sobre todo no transformando al paciente en un héroe, cuidarse de que nadie es héroe acá, no hay héroes.”*

Allí se explicita un aspecto de relevancia, que los terapeutas han de cuidar no depositar sobre los consultantes juicios de valor; ni de admiración, ni de lástima. El terapeuta, tendrá que observarse, porque estos juicios pueden atacar la mirada o la escucha.

*Micaela: “Y después hay otra parte que creo que tiene que ver con todo el dolor vivido, el dolor más intenso, vivido en la tortura y sentimientos de violencia brutales que fueron generados en las propias personas víctimas de esas torturas, yo a veces creo como que son intramitables.” (...) “No vas a borrar lo que pasó, obviamente no se puede, pero ¿que esas vivencias ya no dañen o ya no duelan? No, vivir totalmente en paz con esas vivencias, no, yo más bien creo que no. Con cosas que no se van a poder solucionar, porque fueron demasiados años.”*

Habrán quienes portarán mayores daños. Quizás, lo que tengan en común, es que en mayor o menor medida, todos sufrieron pérdidas significativas. En este sentido, no se podrán reparar o cicatrizar todas las heridas. Podrá haber daños irreparables o pérdidas difíciles de duelar. Esta labor enfrenta al terapeuta con los límites de lo posible o imposible de elaborar o sublimar en el tratamiento.

*Camila: “Tenés que tener cuidado al sugerirles dónde consultar. Porque de alguna forma uno también los empuja a que haga otras consultas, a que traten de abrirse. Por un lado está bueno que seamos referentes, pero también tener la posibilidad de incluirse cada vez más en la vida cotidiana y también la salud, no. Se reitera la necesidad de consultar a quien fue referente en un momento y tuvo la confianza.”*

Vuelve a asomarse la desconfianza, será tarea del psicoterapeuta, no solamente tenerla presente, sino también, procurar resquebrajarla, impulsando aperturas.

*Micaela: “Y creo que la parte de la internación es más complicada en el que estuvo preso. Como que la internación viene a reproducir, a veces, la cárcel. Cuando hay que internar a alguien que estuvo preso, como que lo pensás muy bien. Sin embargo, ha sido necesario, y ni que hablar que lo hacés, porque realmente cuando una situación da para internar es que la persona no se está pudiendo cuidar sola.”*

Los psiquiatras de CO.SA.ME.DD.HH. señalan como obstáculo, que en general los E-PP no aceptan las internaciones en momentos de descompensación, y que su vez, ellos tratan de evitarlas.

*Fernando: “(...) en el hoy lo que lo tiñe de desesperanza es ver que el cambio de la realidad política de Uruguay no significó otro tipo de cambios que muchos ex militantes o militantes actuales esperaban. Entonces los obstáculos están dados más que nada, con las desesperanzas en relación al presente y al futuro.”*

*Camila: “(...) En parte, siempre la escucha atenta, a ver con qué novedad, o desde dónde*

*te vienen a plantear las cosas. Está siempre presente ahora como la desilusión. Entonces hay que estar atendiendo esa desilusión.”*

Un desafío será el de estar atento a observar, las repercusiones de los sucesos macro políticos. Para este período, los clínicos observan desesperanza. ¿Cómo se trabaja esa desesperanza en el proceso terapéutico? En los diferentes momentos ocurren fenómenos nuevos ante los que habrá que detenerse a reflexionar.

Quienes trabajan sólo desde la práctica liberal, alertan sobre ciertos riesgos que puede albergar la atención en centros especializados, los que podrían llegar a promover procesos de re-victimización.

*Sebastián: “Pero cuando tú me sugieres qué es la psicoterapia 30 años después yo lo primero que diría es un grito de advertencia, cuidado al tobogán de la victimología, cuidado a instalar al sujeto en una situación de queja y de letanía, de que lo único que sea capaz sea de lamerse sus lastimaduras. Cuando el desafío es sacarlo de ese lugar que él se auto-asigna y pensar que el mundo se va a detener para atender a su padecer.”*

El planteo de que la creación de un dispositivo pensado para el trabajo con víctimas, puede atar a los sujetos a dicha condición, es algo que invita a la reflexión. Con una mirada suspicaz, pueden surgir interrogantes, del tipo: ¿No será que los clínicos al especializarse en esa área necesitan perpetuar a las personas en el lugar de sufrientes? No parece ser la situación ocurrida en Uruguay, ese riesgo se ha minimizado en tanto no hubo ningún profesional que haya atado su subsistencia a la retribución económica percibida por esta labor clínica. Los profesionales no han hecho de esta área un campo de retribución económica significativa; lo que al mismo tiempo les ha ayudado a cuidar su salud mental al lograr desarrollarse en otras áreas y dedicar una baja carga horaria a este campo, disminuyendo así el riesgo de sobrecarga tóxica.

*Mateo: “(...) en algún lugar me gustaría hablar del hecho de si un servicio especializado victimiza o re-victimiza. Yo digo que no creo que sea así. Me parece que es una respuesta de la sociedad que intenta reparar y hacerse cargo de algo que se hizo, a través de un gobierno intenta reparar algo.” (...) “Al contrario, un servicio especializado, la disponibilidad para entender y para ayudar es la misma que uno tiene en cualquier situación terapéutica; pero el hecho de que la persona que consulta encuentre una base de entendimiento, cierta empatía o una sensibilidad especial por la temática, me parece que no es un hecho que lleve a la victimización de los afectados.”*

Se plantean ventajas acerca de que exista un equipo de profesionales especializados en esta clínica, mandatados por el Estado, ello le ofrece garantías a los beneficiarios, al saberse que el Estado se hace responsable y delega en manos de profesionales que cuentan con la necesaria experticia.

## VII.2. Orientaciones

Se les solicitó a los clínicos que se imaginaran la situación de tener que capacitar a otros profesionales para su incorporación como psicoterapeutas, dentro de un programa que ofreciera atención en salud mental a E-PP. ¿Cómo los capacitarían? ¿Qué orientaciones harían?

### VII.3.a. Sensibilidad y compromiso

Prácticamente todos hacen acuerdo en que no puede dejarse librada al azar la elección de esos profesionales. Mayoritariamente piensan que el clínico debe contar con una motivación y una sensibilidad hacia la temática previa a su incorporación, anterior a recibir toda capacitación. Se insiste en la idea de que estos profesionales deben contar con una motivación especial. Por otra parte, consideran que estos profesionales debieran contar con nociones acerca de lo que ocurrido en la catástrofe social que significó el terror de Estado y ese período de la historia nacional.

*Mateo: “Lo primero es ver, conocerlos un poco, cuál su sensibilidad o saber qué piensan sobre el tema. Eso va antes que cualquier bagaje teórico que uno puede ir adquiriendo. Las motivaciones para trabajar en un programa como este. Eso me parece que es lo primero. (...) pero sí tener por lo menos una sensibilidad especial, sino ahí sí me parece que se produce una re-victimización. (...) Porque la persona va y no es comprendida, porque no es valorada en toda su dimensión la problemática que trae, y bueno, me parece al contrario que eso es un riesgo muy grande. Podría ser como un intento de reparación pero terminar siendo iatrogénico para la persona.” “(...) es el riesgo grande, de que alguien que atravesó todas estas situaciones caiga en un consultorio de esas características, con un terapeuta que no considere el aspecto social, político e ideológico de la temática.”*

*Fernando: “(...) primero detectar qué sensibilidad tienen en relación al tema.” (...) “Acá no se puede simplemente derivar a la gente al Sistema Integrado de Salud sin sensibilizar y capacitar a quienes van a trabajar con esta población.” (...) “Este es un tema que primero tendrían que comprometer a la comunidad científica por así decirlo.” “(...) hay que tener un nivel de especialización en estos temas.” (...) “De repente te podés encontrar con un técnico que participó en la represión.”*

*Micaela: “No cualquier terapeuta, que lo pueda dimensionar desde su calidad humana o desde su historia de vida, o la mezcla de todas esas cosas juntas, que pueda dimensionar la intensidad y la profundidad de esas vivencias que trae el paciente de este tipo. Que pueda, que no necesite escuchar el detalle de una tortura para saber cómo eran las torturas, no, o lo que fue la cárcel. Que tenga cierta idea, de cómo fue.”*

*Mercedes: “(...) a mi me parece que las personas que trabajan en esta área no estaría bueno que trabajaran porque consiguen este trabajo. Como cuando uno se presenta como psicólogo, mucha gente joven se recibe y está buscando trabajo y esto puede surgir como una propuesta de trabajo. Me parece esto que yo decía que tiene que haber como un compromiso y como una adhesión, un interés, una motivación.”*



Los motivos que refuerzan el planteo de que el profesional deba contar con una sensibilidad y un compromiso previo, son: porque en caso de no tenerlo no podrá dar cabida a las dimensiones política-social e histórica; si no se tienen en cuenta esas dimensiones el trabajo podría ser iatrogénico; porque los E-PP necesitan tener confianza y saber que quien los escucha posee afinidad ideológica; porque se requiere un compromiso y adhesión a los Derechos Humanos; porque es necesario que ofrezca suficientes cuidados al paciente y para ello tiene que tener nociones precisas de lo que el sujeto padeció.

### **VII.3.b. Formación especializada**

En segundo lugar, prácticamente todos insistieron en la necesidad de que esos profesionales reciban una formación especializada.

*Josefina: “Depende de las lecturas, las lecturas de los casos y una discusión.”*

*Mateo: “Después bueno, claro yo como tengo más formación con el psicoanálisis, conocer las cuestiones más teóricas del psicoanálisis y leer con estos autores.”*

*Rafael: “Yo les diría lean a Primo Levi, a Amery, lean Kertész (premio nobel). Lean a Liscano, Rosencof, las cartas, Leon Lev. Por ejemplo, “El lenguaje de la soledad” y “El furgón de los locos”, de Carlos Liscano, es una lectura imprescindible, para el ciudadano de ésta época, mucho más al que se va a dedicar a eso. Después si quieren que lean cosas de psicología y de psicoanálisis, pero primero eso.” (...) “Otra cosa que sigue siendo para mí un libro capital, el libro de Marcelo Viñar y Maren Ulriksen: “Exilio y Tortura”. Ahí hay páginas que son impresionantes.”*

*Camila: “Hay toda una historia de militancia (...)”. “Lo que pasa que hoy nombras Penal de Libertad y la gente relaciona con lo que es hoy el Penal de Libertad. Cuesta mucho a veces como llevarlos a otra época, a qué distinto era, a qué nos referíamos a lo que era el Penal de Libertad o el Penal de Punta de Rieles. Entender que cayó preso ¿por qué? Tratar de entender qué era lo que se perseguía realmente.”*

*Agustín: “Yo cuando vienen gurises y me piden para leer algo, los mando a leer a Lucila y Diana (Kordon y Edelman). Es fundamental la transmisión oral de las experiencias, de los casos clínicos. (...) “Se aprende del maestro más que del libro. Se aprende de la historia que cuenta el que la vivió, más que del libro.”*

*Leticia: Para empezar, conocer la historia del Uruguay. Conocer la etapa de la dictadura que los jóvenes no la vivieron, conocer lo que pasó y las secuelas que quedaron, eso no lo sabe nadie. Lo pueden saber los hijos de la generación cuyos padres estuvieron presos, (...)” Yo creo que no, que la gente debería estar formada dentro de la especialidad de que hay una población en particular que sufrió torturas durante la dictadura y que la gente tiene que saber.” (...) “Toda una historia, saber que había diferentes grupos políticos y en un contexto determinado qué le pasó a cada grupo.” (...) “Hay todo un lenguaje que tenés que conocer ¿Qué quiere decir tacho? ¿Submarino, ortiva?*

*Mercedes: (...) “¿Recomendaciones? Me parece que primero tiene que ver con esto de*

*que es importante una formación específica.” “(...) o sea que sería como una lectura que tiene que ver con lo profesional pero también hay una otra lectura que tiene que ver con testimonios, que tiene que ver con historia y con política. Con un contexto político, histórico, social, y económico, de poder entender el momento en el que todo esto se dio. Porque hay algunas cosas que si no, me parece que resultan como inentendibles.” “(...) también con lo que han escrito las presas, lo que han escrito los presos. Memorias para Armar I, II, y III, A todos Ellos, el libro de las Desmemorias, y también todo esto del contexto.”*

Se sugiere que se ofrezcan procesos de formación. Se parte de la base que la persona contará con una sólida formación profesional como psicoterapeuta. Además se hace hincapié en las temáticas que debería tener ese proceso: Historia internacional e historia nacional del período (décadas 50 a 90); características de la militancia sesentista, literatura concentracionaria, literatura de filosofía política, literatura escrita por E-PP, literatura sobre los efectos psicosociales del terrorismo de Estado en el Cono Sur y en particular de Uruguay; avances del Derecho Internacional Humanitario; documentos y Leyes de DD.HH. Así como, se otorga importante valor al análisis de casos, a la transmisión de la experiencia de los profesionales que han trabajado en la temática y el análisis de películas que ilustran el período, los hechos y los impactos subjetivos.

### **VII.3.c. No trabajar en soledad**

*Mercedes: “Otra recomendación es poder tener espacios de consulta y de interconsulta, de compartir, de pensar con otros, grupos de estudios, pero también de supervisión del trabajo.”*

*Rafael: “Para nosotros la clínica era absolutamente nueva. No se trataba de un paciente más con tal o cual patología, era un desafío porque era algo nuevo. Había que pensar, cómo con las herramientas que teníamos, ir articulando una teoría.”*

*Mateo: “Supervisar con alguien afin a esta temática.”*

*Fernando: “Tendría que haber un seguimiento de todos esos técnicos y jornadas de capacitación, jornadas donde puedan presentar su trabajo, jornadas donde puedan informarse.”*

Todos los clínicos han hecho alusión a que no se puede trabajar en una temática tan dolorosa, a través de la cual se toma contacto con el lado más abyecto de lo humano, desde la soledad. Se corren riesgos de quedar paralizado o fascinado frente al sufrimiento del otro, de no poder mantener una cercanía óptima. Se recomienda: trabajar en equipo interdisciplinario, supervisar con profesionales que tengan profundo conocimiento de la temática, mantener instancias académicas en las que se reflexionen los aspectos empíricos.

*Mateo: “(...) el desafío me parece que es apuntar a la memoria. A que, yo particularmente pienso que una sociedad el único instrumento, no sé si es bueno, si es suficiente y si alcanzará. Pero el único instrumento que tiene para no repetir la situación es la*

*memoria, es conocer que pasó y bueno, ojalá ese sea suficiente como para no volver a repetir, no lo sé.” El desafío es ese aportar desde el lugar nuestro a la memoria colectiva. Creo que va por ahí.”*

Por otra parte, a diferencia de otras áreas de la clínica, el terapeuta se sentirá impelido a aportar a la sociedad parte del conocimiento al que accede. El terapeuta se transforma en testigo de un período silenciado, ante lo cual sentirá la necesidad de compartir y colaborar hacia su procesamiento sociedad.

### **VII.3.d. Autocuidado**

*Josefina: (...) Bueno, primero la formación de él personal, que tenga psicoterapia de él personal, que el terapeuta esté en su propio análisis durante un tiempo que esté recibiendo.”*

*Sebastián:”Que no se hagan especialistas. “(...) yo le tengo mucho miedo a los victimólogos, a la gente que da un tiempo excesivo.” (...) “Yo les diría que no sean exclusivamente terapeutas de mártires o de gente afectada por traumatismos extremos. Que se den un tope, un máximo de tantos, o un no más de.... Hay una dosis que uno puede asumir y una dosis que puede ser excesiva. No ser torturólogo”.*

*Florencia: “La salud mental propia. Ver si uno puede o no puede, saber que existen límites a la resistencia y retirarse a tiempo cuando uno no puede.” “(...) en ese sentido no puede ser un trabajo full time.”*

Se hace imprescindible que los clínicos cuenten con sus propios ámbitos psicoterapéuticos, a través de los cuales puedan analizar su implicación, así como, sus propias vivencias contratransferenciales. Habrá momentos de sufrimiento, de embotamiento, de frustraciones, de parálisis, de deseos de huida; todo lo cual, deberá ser pensado con otros que acompañen y sostengan. Para ello también será de importancia que sus terapeutas, cuenten con suficiente sensibilidad y conocimiento para poder observar y comprender los efectos que se expresan a través de ellos.

De lo observado se desprende la idea de que no es posible trabajar en esta área a dedicación completa, ello podría resultar tóxico para la salud mental de los profesionales. Por lo tanto, habrá que establecer un tope de tiempo semanal para la atención a estos pacientes, no mayor a las diez horas.

De acuerdo a la bibliografía elaborada por otros equipos de salud mental latinoamericanos -que trabajan con similares poblaciones-, y al proyecto de CO.SA.ME.DD.HH., son necesarias actividades de autocuidado para los equipos profesionales. Existen distintas modalidades, podrá ser a través de ejercicios corporales, o por medio de la palabra, con ellas se busca aliviar la “carga” que sostienen estos terapeutas. Se detectan en este punto carencias en la experiencia desarrollada en Uruguay.

### VII.3.e. Actitudes favorables

Se destacan algunas actitudes de los terapeutas que podrían resultar favorecedoras para el desempeño de esta labor.

*Camila: “No apurarse. Tener una escucha. Darse primero mucho tiempo antes de emitir cualquier tipo de opinión. No apurarse a un diagnóstico. No es importante clasificar. No apurar nada de eso. Acá lo que prima es la escucha, instancia de confianza, estar dispuesto a una devolución que acompañe, de acuerdo a lo que va demandando el paciente.” (...)*

*Josefina: “(...) acá lo que no hay que tener es omnipotencia.”*

*Micaela: (...) “Que tengan cierta madurez, la persona que los escucha tiene que tener cierta madurez en la vida y no desbordarse con lo que escucha.” (...) “Que tengan las ganas de investigar, la calma para poder escuchar, la paciencia para esperar que esas cosas aparezcan. Y la humildad de reconocer que no viví esto, la capacidad de sorprenderte de las cosas que pasaron y con cómo puede reaccionar alguien ante esas experiencias. Como estar dispuesto a cambiar prejuicios. Son temas que generaron prejuicios para los dos lados, ¿no? Tanto prejuicios que tiendan a minimizar lo que pasó en la dictadura o decir “Bueno, ta, ellos se lo buscaron”. Cosas que uno escucha en el discurso de la gente o al revés.”*

*Virginia: “Que sea muy vital. Que sea espontáneo, que no sea rígido, que sea respetuoso, que sepa esperar.”*

En síntesis, se valoran las siguientes actitudes para los terapeutas: no precipitarse, ofrecer una escucha atenta, mucha paciencia, no encasillar o diagnosticar, ser vital y espontáneo, ser muy respetuoso, ser flexible, estar abierto a ver lo novedoso, ofrecer confianza, no ser omnipotente, tener madurez, ser “continentador” y cálido, no desbordarse, tener motivación para hacer este trabajo, cuestionarse los propios prejuicios.

Se indagó respecto a la importancia o no, de la edad de los profesionales que trabajen en esta clínica. Las respuestas no arrojaron unanimidad en este punto, no obstante, la mayoría piensa que el terapeuta debería ser mayor de 40 años de edad; en tanto quienes tienen menor edad, se hayan demasiado alejados históricamente de los hechos. Otros piensan que ese no es un requisito imprescindible, e incluso que puede ser beneficioso que el terapeuta no comparta los mismos códigos que sus pacientes. Quizás en este aspecto sería recomendable consultar a los E-PP, para conocer sus puntos de vista.

## **PARTE III**

## CONCLUSIONES

Hemos arribado al final, momento de mirar el proceso y destacar aquello que por diversas razones hace relieve en el texto. Lo que hasta aquí nos trajo fue el interés por conocer cómo se desarrolla la clínica actual con los E-PP y sus particularidades. Con estos conocimientos quisiéramos aportar a la política pública que ofrece reparación en salud mental a las víctimas.

El estudio nos permite afirmar que el trabajo en esta clínica requiere de una formación especializada. Hemos visto que cuando los profesionales debieron asumir esta demanda en la década de los ochenta, no contaron con formación previa. Sin embargo, pasadas tres décadas se ha acumulado suficiente conocimiento y se estaría en condiciones de ofrecer formación especializada. Quienes ejerzan a futuro además de contar con una sólida formación como clínicos, debieran integrar conocimientos referidos a: historia internacional e historia nacional del período (décadas 50 a 90); características de la militancia sesentista, literatura concentracionaria, literatura de filosofía política, literatura escrita por E-PP, literatura sobre efectos del terrorismo de Estado en el Cono Sur y en el Uruguay; avances del Derecho Internacional Humanitario; documentos y Leyes de DD.HH. Se valora que quienes han trabajado por décadas en esta clínica transmitan este conocimiento. Del estudio se desprende una lista de autores que han sido referentes para el desarrollo de esta clínica.

A partir de lo narrado por los informantes que participaron en este estudio se destacan las siguientes particularidades:

- Se han observado algunos efectos tardíos en los E-PP: desconfianza, “coraza resistente”, autoinculpación, pasividad, aislamiento y marcas en el cuerpo. Se vislumbraron las siguientes conflictivas que han gatillado la consulta psicológica o psiquiátrica: a) Conflictos vinculares en la familia. b) Conflictos psicológicos o psiquiátricos como ser: crisis vital; la emergencia de lo traumático o cronificación en posición de víctimas. c) Conflictos provocados a partir de los sucesos políticos y sociales que dificultan el procesamiento de estos traumatismos psicosociales.
- Se observó un vínculo dialógico entre los procesos de reparación social y los procesos de reparación en la clínica. Se detectó que partir del comienzo de las políticas públicas reparatorias en el país, los E-PP se encuentran más “movilizados”; lo que habilita un mayor despliegue de recuerdos de las vivencias, que los ha llevado a hablar más de la tortura y la prisión en los espacios clínicos. Se posibilita el contacto con lo que fue disociado y negado cuando la sociedad lo reconoce y le da un lugar legitimado.

- Se observó concordancias entre los efectos tardíos hallados en investigaciones con víctimas de la segunda guerra mundial y algunos observados en los E-PP: Respecto a que los sobrevivientes para poder adaptarse e integrarse a la sociedad debieron reducir su capacidad de sentir felicidad y alegría. Respecto a un “encallecimiento”, como una modificación del carácter que provoca endurecimiento aparejado de pesimismo y anhedonia. Se observa que a medida que los perseguidos deben despedirse de la actividad laboral, se desplaza la estabilidad entre pensamiento y acción, recuerdos y planes.
- Entre quienes participaron de este estudio, en su mayoría, se observó que han efectuado psicoterapias integrales y no necesariamente focalizadas en los efectos del terrorismo de Estado.
- Se observó algunas características de los E-PP a considerar: a) Se identifican más como militantes que como ex prisioneros políticos. b) Se consigna la austeridad como un rasgo propio con diversos sentidos. c) Presentan un lenguaje y códigos peculiares, es necesario conocer el mundo que habitaron. d) Expresan un alto interés por los sucesos políticos; en particular, sobre las vicisitudes que giran en torno a los procesos de búsqueda de verdad, justicia y reparación.
- Se observó que los Juicios pueden retrotraer a las personas a las experiencias padecidas durante los interrogatorios, o a las acontecidas en la Justicia Militar; aspectos que se trabajó en la clínica.

Se observaron las siguientes particularidades teórico-técnicas para el trabajo con E-PP señaladas por los clínicos que participaron del estudio:

- Se priorizó como objetivos terapéuticos: construir un vínculo de confianza; elaborar lo traumático; des-victimizar e integrar ese período a la historia de vida.
- Se valoró reforzar lo que humaniza. Así como el torturador se propuso de-subjetivar y cosificar, el terapeuta tuvo la función de subjetivar y dignificar.
- El terapeuta se propuso transmitir seguridad y dar señales contundentes de que no sucumbiría ante la escucha del horror, que no se desbordaría, ni evitaría escuchar los relatos.
- Se destacó que en el trabajo con estos pacientes ha sido más importante dar afecto, “continentar”, que realizar interpretaciones profundas.
- Se señaló que ha sido más importante darle escucha a los horrores que la sociedad no ha dado, antes que trabajar en las profundidades de lo inconsciente.
- Cuando surgió en el vínculo transferencial algo del orden de la violencia recibida el terapeuta debió soportar esa hostilidad sin quebrarse.

- Se valoró el compromiso del terapeuta con los Derechos Humanos y la afinidad ideológica con los E-PP como elementos que favorecieron la alianza terapéutica.
- Resultó una tarea harto compleja la de trabajar las vivencias de la tortura; hubo que medir la “temperatura ambiente”, los tiempos del paciente, los tiempos del terapeuta, el tiempo de la sesión, ser extremadamente cuidadosos.
- Respecto al lugar de lo político en la sesión se observó que ha sido un aspecto delicado; por una parte fue necesario darle cabida porque estuvo vinculado a lo actual del trauma; lo ocurrido en el espacio público produjo efectos “movilizantes”; pero por otro lado, se consideró riesgoso que el psicoterapeuta se involucre en demasía, el terapeuta debió estar muy atento a sus reacciones, analizar qué le provocaban los comentarios del paciente y no habilitar la discusión.
- Entre lo que ha podido reparar esta clínica, se destacó: desidealizar el tiempo de la prisión; desenquistar lo traumático; apuntalar los aspectos vitales; analizar lo internalizado en el vínculo con el represor y destrabar conflictos vinculares.
- Se valoró positivamente que el terapeuta tenga ciertas actitudes: no precipitarse, ofrecer una escucha atenta, paciencia, no encasillar o diagnosticar, ser vital y espontáneo, ser muy respetuoso, ser flexible, estar abierto a ver lo novedoso, ofrecer confianza, no ser omnipotente, ser maduro, tener motivación para hacer este trabajo, cuestionarse los propios prejuicios -entre otras ya mencionadas-.
- Se señaló la importancia de haber trabajado las vivencias de la prisión, los sentimientos, los duelos, las rupturas para liberar la energía allí depositada. Se buscó romper el círculo de la repetición, a través del empoderamiento, el alcance de metas, el énfasis en los procesos creativos, el desarrollo de experiencias gratificantes.
- Los clínicos que trabajaron en instituciones no aplicaron la regla de la neutralidad del analista, en el entendido de que los pacientes sabían que ellos no eran neutros respecto a las violaciones a los DD.HH.
- Se observó algunas ventajas de la psicoterapia grupal: potenció la posibilidad de elaborar lo vivido, permitió colectivizar o pensar con otros el carácter socio-político de los traumatismos y los impactos en el presente, además de trabajar los impactos individuales y familiares de cada integrante; permitió “poner en escena” ciertos conflictos vinculares; se valorizó el grupo como ámbito de socialización.

Quedan algunas líneas que requieren mayores estudios para su profundización:



- No se han investigado los modos de resistencia que utilizaron los E-PP para sobrellevar los tormentos, para defenderse de la maquinaria torturante.
- Se hace necesario realizar una investigación de mayor alcance, que corrobore las causas que han ocasionado mayor daño a esta población. De este estudio se puede observar que no es posible afirmar que todos quienes fueron víctimas hayan manifestado secuelas. Lo que coincide con lo relevado por el Proyecto V.I.V.O. (2012), donde se observaron buenos niveles de resiliencia. Según el discurso de los clínicos se puede extraer, a modo de hipótesis, que las principales causas de daño psicológico han sido: a) Haber sido apresados en la adolescencia, antes de haber alcanzado las destrezas necesarias para manejarse con autonomía. b) Los que con anterioridad a la prisión o durante la misma presentaron antecedentes psiquiátricos. c) Quienes no contaron con apoyos afectivos y familiares durante la prisión y/o *a posteriori*. d) Quienes no contaron con suficiente formación política, que les permitiera comprender las lógicas de los sucesos. e) Quienes continúan registrando sentimientos de culpa, por hechos reales o fantaseados, respecto a la idea de no haberse comportado a la altura de lo que esperaban de sí mismos.
- Sería oportuno investigar si a partir de que los ex presos políticos comienzan a recibir los apoyos de las políticas reparatorias, han mejorado su calidad de vida. En particular, referido a quienes han recibido atención en salud mental y a quienes perciben la pensión especial reparatoria.

Se han encontrado pocos estudios referidos a este tipo de pacientes y sobre los efectos tardíos de los traumatismos; información que sería de relevancia para perfeccionar las políticas públicas reparatorias. Del estudio se desprenden algunas necesidades y sugerencias, propuestas por los clínicos, orientadas a mejorar estas políticas públicas:

- Respecto a la Ley de Reparación 18.596, que en su artículo 10 otorga derecho a reparación en salud para las víctimas del terrorismo de Estado, debería agregarse que ese servicio sea ofrecido por equipos interdisciplinarios especializados que brinden cobertura a todo el país.
- Unida a la anterior propuesta, el Ministerio de Salud Pública debería ofrecer formación a los equipos de profesionales que trabajen con los E-PP.
- De la experiencia de los clínicos se desprende la idea de que no es posible trabajar en esta área a dedicación completa, debido a que podría resultar tóxico para su salud mental. Se recomienda un tope de horas semanales para la atención a estos pacientes, que no podría ser mayor a las diez horas.

- Resulta necesario que las autoridades gubernamentales adecuen el servicio de CO.SA.ME.DD.HH. a las necesidades reales de los usuarios; que aporte mayores recursos para posibilitar que además de la asistencia se mejore el trabajo en equipo, se desarrollen actividades de autocuidado, se ofrezca capacitación y supervisión a otros profesionales, se investigue y se difunda el conocimiento.
- Se observó la necesidad de que Poder Judicial, aplique un protocolo especial para este tipo de víctimas y este tipo de juicios; porque si se homologa estos juicios a otros cualesquiera, se podría contaminar el escenario y provocar situaciones de re-victimización.
- Se objetó que no se pueda sumar la PER a la jubilación que se deriva de los aportes realizados por la actividad laboral.
- Respecto a las políticas de reparación pecuniaria o material, podrían perfeccionarse; a modo de ejemplo, ofrecerse una indemnización a todas las víctimas de tortura y no una pensión limitada a quienes acrediten daño laboral; u ofrecer diversas modalidades de reparación porque no todas las personas tienen las mismas situaciones ni necesidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amati, S. (2006) Capítulo V. Recuperar la vergüenza. *Violencia de estado y psicoanálisis*. Puget, J., & Kaës, R. (Comps.). Buenos Aires; México: Grupo Editorial Lumen.
- Arregui, R. (1991). Ponencia: *Intento de autoeliminación. Resistencia sin límites y límites a la resistencia*. Montevideo, SERSOC.
- Arregui, R. (1993) Consideraciones sobre la transferencia en psicoterapia con pacientes del terrorismo de estado: Acerca de una pérdida no llorada. *VIII Jornadas Científicas – Asociación Psicoanalítica del Uruguay: La Neurosis Hoy*. Montevideo: APU
- Bekerman, S. (2002) Redescubriendo la historia del trauma psíquico. En EATIP; GTNM/RJ; CINTRAS; SERSOC. *Paisajes del dolor. Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur*. Buenos Aires: Polemos.
- Bermann, S. (1994) Sociedad, psicología y tortura en América Latina. *Efectos Psicosociales de la represión política. Sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay*. Buenos Aires: Instituto Goethe
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O. y Corbella, S. (s.f.). *Investigación en Psicoterapia: El Estado de la Cuestión*. Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación Blanquerna Universidad Ramon Llull. Barcelona ©Luis Botella. Allrights.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011) Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología, No. 101*, 21-33. Recuperado de [www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf](http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf)
- Büsch, S. y Robaina, M.C. (2007). Particularidades de la Clínica en Derechos Humanos. Desde la experiencia hacia la construcción de una teoría de la técnica. *IIDH. San José de Costa Rica. Convocatoria: Por una vida sin tortura*. Montevideo: SE.R.SOC

- Cáceres, P. (2003). Análisis Cualitativo de Contenido: Una Alternativa Metodológica Alcanzable. *Psicoperspectivas. Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Vol. II, 53-82.*
- Coimbra, C.; Calhau, J.; Vital-Brasil, V.; Benavides, R. (2002) Prácticas clínicas y derechos humanos. *Paisajes del dolor. Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur.* EATIP; GTNM/RJ; CINTRAS; SERSOC. Buenos Aires: Polemos.
- Corbella, S. & Botella, L. (2004) *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes.* Madrid: Visión Net
- Cornejo, M.; Rojas, R.; Buzzoni, M. E.; Mendoza, F.; Concha, M. y Cabach, C. (2007). Prisión política y tortura: desde las intervenciones psicosociales a las políticas de reparación. *PERSONA Y SOCIEDAD / Universidad Alberto Hurtado/ Vol. XXI / Nº 1*
- Corti, A. (2004) La brutalización de la política en la crisis de la democracia uruguaya. *El presente de la dictadura: estudios y reflexiones a 30 años del golpe de Estado en Uruguay* (Vol. Tomo I). Marchesi, A.; Markarian, V; Rico, A y Yaffé, J.. (Comps.) Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- C.E.L.S. Equipo de Salud Mental (Argentina) (1989) Algunas Reflexiones sobre la tortura. *Derechos Humanos. Todo es según el dolor con que se mira.* Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Santiago de Chile: Ediciones ILAS
- Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. (2004). Informe *Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura.* Cap. VIII Consecuencias de la prisión política y la tortura. Chile.
- Destouet, O. (2005) La lucha por la Verdad y la Justicia en Uruguay. *Seminario Regional: Memoria, verdad y Justicia. De nuestro pasado reciente.* Dirección de Derechos Humanos. Ministerio de Educación y Cultura. (MERCOSUR - MEC.). Montevideo, Uruguay.

- Deutsch, A. (2007) *Secuelas de la tortura en el individuo, la familia y la sociedad. Atención Integral a Víctimas de Tortura en procesos de litigio. Aportes psicosociales.* Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, C.R.: IIDH
- Eitinger, L. (1987, publicada 1995) *Prisión en campo de concentración y traumatización psíquica. Represión y Olvido. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política dos décadas después.* Giorgi (Comp.) Montevideo: Roca Viva
- Feierstein, D. (Comp.) (2009) *Terrorismo de estado y genocidio en América Latina.* (2009). Buenos Aires: PNUD; Prometeo Libros; EDUNTREF
- Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas.* Bilbao: Desclée de Brouwer
- Fractman et al. (2005) *El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - Nº 1/2*
- Freud, S. (1905.a) *Psicoterapia. Obras Completas, Tomo III.* (1987) Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1905.b) *Sobre Psicoterapia. Obras Completas, Tomo III.* (1987) Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1914) *Recordar, repetir, reelaborar. (Nuevos sobre la técnica del psicoanálisis, II). Obras Completas. Tomo XII.* (1991) Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud, S (1925 – 1926) *Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas. Tomo VIII.* (1974): Biblioteca Nueva
- Galli, V. (2006) *Mesa Redonda: Pensando desde el Psicoanálisis la Violencia de Estado. El Psicoanálisis en Tiempos de Terror.* APdeBa. Buenos Aires.
- Galli, V. (2008) *Conferencia: Genocidio - Marcas, secuelas y memorias de lo actual. Figuras Clínicas del Mal.* Presentado en el Panel: Las Raíces del Mal. En tono al Genocidio. VII Congreso Argentino de Psicoanálisis. Córdoba
- Gil, D. (1990). *El terror y la Tortura.* Colección Biblioteca de Psicoanálisis, Serie Textos. Montevideo: EPPAL Ltda.

- Giorgi, V. (Comp.) (1995). *Represión y olvido: efectos psicológicos y sociales de la violencia política dos décadas después*. Montevideo: Roca Viva Editorial: SERSOC.
- Giorgi, V. (Comp.) (1999) *Represión y olvido 2. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política*. Montevideo: Lapsus, Ltda.
- Hails, K. (2009) *Las secuelas psicológicas y las necesidades de salud mental para las víctimas de la dictadura: Una mirada crítica a los servicios de PRAIS*. IndependentStudy Project (ISP) Hamilton College.
- Horvitz, E. (1991) Algunos aspectos del trabajo psicoterapéutico con presos políticos. *Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional*. Santiago: Colección CINTRAS
- Iñiguez, L. (1999) Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*. Vol. 23. Núm. 8. 15 de Mayo. (pp. 496-503)
- Jorge, G. (Coord.) (2010) *Maternidad en prisión política: Uruguay 1970-1980*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- Kordon et al. (1995) *La Impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana
- Kordon et al. (2002). Trauma social y psiquismo. Consecuencias clínicas de la violación de derechos humanos. *Paisajes del dolor. Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur*. EATIP; GTNM/RJ; CINTRAS; SERSOC. Buenos Aires: Polemos.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1981) *Diccionario de Psicoanálisis*. Tercera edición. Barcelona: Labor
- Leguizamón, S. (2009). La contratransferencia frente a «lo intolerable» en situaciones traumáticas severas. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina.*, (Tomo LXVI, No 2).
- Levi, P. (2008). *Trilogía de Auschwitz*. Barcelona: El Aleph.

- Lira, E. y Becker, D. (Comp.) (1989) *Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira*. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Santiago de Chile: Ediciones ILAS
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de Estudios Sociales* No.36. Bogotá, 14-28.
- Liscano, C. (2001). *El furgón de los locos*. Montevideo: Planeta
- Madariaga, C. (2002) *Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura*. CINTRAS. 11 Serie Monografías. Santiago de Chile. Recuperado de [http://www.contralatortura.org/uploads/293ee7\\_162449.pdf](http://www.contralatortura.org/uploads/293ee7_162449.pdf)
- Madriz, G. (2008). La entrevista en profundidad. Dos entre-vistas y una mirada. *Ensayo y Error. Revista de Educación y Ciencias Sociales. Universidad Simón Rodríguez*, 17 n35.
- Mangado, L. y Robaina, M.C. (2012) La emergencia de un prolongado y silenciado dolor. *Las Laurencias*. Montevideo: Trilce
- Martín, A (1999) A catorce años de la finalización formal del terrorismo de Estado: El silencio y la soledad de las víctimas como mecanismo actual de defensa. *Represión y Olvido 2. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política*. Montevideo: Lapsus, Ltda.
- Martín, A. (2002). El fracaso del leteo o la imposibilidad del olvido. *Paisajes del dolor. Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur*. EATIP; GTNM/RJ; CINTRAS; SERSOC. Buenos Aires: Polemos.
- Martín-Baro, I. (1989) Prólogo. *Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira*. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Santiago de Chile: Ediciones ILAS
- Martín-Baro, I. (1990). *Psicología social de la guerra: Trauma y Terapia*. San Salvador: UCA Editores
- Martínez, V. (2005). *Tiempos de dictadura: hechos, voces, documentos, la represión y la resistencia día a día*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental

- Montagut, M. (2012). Tesis Doctoral en Sociología: *Les possibilités d'être après la torture. Sociologie clinique du Systeme torturant*. Université Paris – Diderot, Paris VII.
- Müller-Hohagen, J. (1994) Casi cincuenta años después: Experiencias y reflexiones sobre el trabajo psicoterapéutico en Alemania con los perseguidos y sus descendientes. *Efectos Psicosociales de la Represión Política. Sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay*. Argentina: Goethe – Institut
- OACDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos). (2005) Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/reparaciones.htm>
- ONU. (1987). Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.
- ONU. (2002) Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.
- Paredes, G. (2010). Tesis de Maestría: *La construcción de la memoria histórica de jóvenes, sobre la última dictadura en Uruguay*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Universidad Autónoma de Madrid, Buenos Aires.
- Pérez-Sales, P. (2006) *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora*. España: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Puget, J., & Kaës, R. (1991). *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos
- Puget, J., & Kaës, R. (2006). *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires; México: Grupo Editorial Lumen.



- Raffo, P. (2007). Acompañamiento psicológico y terapia psicológica. *Atención Integral a Víctimas de Tortura en procesos de litigio. Aportes psicosociales*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, C.R.: IIDH
- Restrepo O, D. y Muñiz G, O. (2005) Aproximación al Estado del Arte de las Investigaciones y las Experiencias de Intervención Psicosocial en Salud Mental en el Campo de la Violencia en Colombia, entre los años 1999 y 2003. *Informes psicológicos*, No. 7 p. 71 – 107. Medellin, Colombia
- Rico, A. (2009) Prácticas estatales criminales en dictadura y relaciones sociales degradadas en democracia. *Terrorismo de Estado y genocidio en América Latina*. Feierstein (Comp). Buenos Aires: PNUD; Prometeo Libros; EDUNTREF
- Robaina, M.C. (1999) ¿Crisis de la Participación Juvenil? Giorgi (Comp.) *Represión y Olvido 2. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política*. Montevideo: Lapsus Ltda.
- Robaina, M.C. (2002) Tortura e Impunidad. *Paisajes del dolor. Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur*. EATIP; GTNM/RJ; CINTRAS; SERSOC. Buenos Aires: Polemos
- Robaina, C.M. (2013) Mental health work with people affected by state terrorism in Uruguay: a personal reflection on 25 years work. *Intervention, Volume 11, Number 1*, Page 94 – 100
- Scapusio, M.; Pache, S.; Ortíz, M.C.; Ruíz, M. (2009) Efectos transgeneracionales del daño ocasionado por el terrorismo de Estado. *Daño Transgeneracional: Consecuencias de la Represión Política en el Cono Sur*. CINTRAS, EATIP, GTNM/R.J., SERSOC. Santiago: Impresión Gráfica LOM
- Scapusio, M. (2011a) Ponencia: *Clínica y Política. Una vez más*. 2do. Encuentro Latinoamericano por la Memoria, la Verdad y la Justicia. Tema: La Tortura. Montevideo.
- Scapusio, M. (2011b) Conferencia: *El trauma Psicosocial en América Latina hoy: vigencia y desafíos para los equipos de salud*. *Violencia y Derechos Humanos*. Jornadas

organizadas por el Ministerio de Salud, Cintras y equipos PRAIS, Santiago, Chile, noviembre.

Secretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación - Corte Suprema de Justicia de la Nación. República Argentina. *Protocolo de Intervención para el Tratamiento de Víctimas-Testigos en el marco de Procesos Judiciales* (2011).

Servicio Paz y Justicia -SERPAJ-. (1989). *Uruguay. Nunca Más. Informe sobre la violación a los Derechos Humanos (1972 - 1985)* (3a. ed.). Montevideo: Altamira s.r.l.

Schroeder, D. y Fernández, E. (1989) Aportes para un análisis cromático del Uruguay. *Derechos Humanos: Todo es según el dolor con que se mira*. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Santiago de Chile: Ediciones ILAS

Sironi, F. (2011) *Carrascos e Víctimas. Psicología da tortura*. Sao Paulo: Terceira Margem. Tradução do origina Sergio Salvia Coelho

Somnier, F.; Vesti, P.; Kastrup, M. et Genefke, I. K. (1999) Consecuencias psico-sociales de la tortura, conocimiento actual y evidencias. En *Represión y olvido 2. Efectos psicológicos y sociales de la violencia política*. Montevideo: Lapsus, Ltda.

Stoffels, H. (1994) Paisajes terroríficos de alma. Posibilidades y límites de la psicoterapia con perseguidos. *Efectos Psicosociales de la Represión Política. Sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay*. Argentina: Goethe – Institut

Universidad de la República (Uruguay), & Centro de Estudios Interdisciplinarios Uruguayos. (2008). *Investigación histórica sobre la dictadura y el terrorismo de estado en el Uruguay (1973-1985)*. Tomo II. Montevideo: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica-CSIC; Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Ulriksen de Viñar, M. (2006) Capítulo VI. La transmisión del horror. En Puget, J., &Kaës, R. (Comps.). *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires; México: Grupo Editorial Lumen.

- Vallespir, N. (s.f.) *La (im)posible neutralidad de un psicoanalista posible*. Biblioteca On-line. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de [http://www.apuruguay.org/bol\\_pdf/bol-vallespir-2.pdf](http://www.apuruguay.org/bol_pdf/bol-vallespir-2.pdf)
- Vera, C.; Marty, G.; Muñoz, Y.; Madariaga, C. (2002) *Afectados por la dictadura en Chile: Una mirada a la realidad clínica actual. Paisajes del Dolor, Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur*. EATIP; GTNM/RJ; CINTRAS; SERSOC. Buenos Aires: Polemos
- Vieytes, R. (2009) *Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa*. Merlino, A. (Coord.) *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Temas, problemas y aplicaciones*. Buenos Aires: CengageLearning
- Viñar, M. (1990) Prólogo. En Gil, D. (Ed.) *El terror y la Tortura*. Colección Biblioteca de Psicoanálisis, Serie Textos. Montevideo: EPPAL Ltda.
- Viñar, M., &Ulriksen de Viñar, M. (1993). *Fracturas de memoria: crónicas para una memoria por venir*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- Viñar, M. (2004) *Especificidad de la tortura como trauma. El Desierto Humano cuando las palabras se extinguen*. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*. No. 100. Montevideo
- Viñar, M. (2006) *Violencia social y realidad en psicoanálisis*. En Puget, J., &Kaës, R (Comp.). *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen
- Viñar, M. (2011). *El enigma del traumatismo extremo*. *Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea)*, 113, 55-66. ISSN 1688 - 7247
- Vital, V. (2007) *Construyendo Memoria: El Foro de Reparación de Rio de Janeiro, una experiencia de creación de un territorio existencial de ex presos políticos*. IIDH. *San José de Costa Rica. Convocatoria: Por una vida sin tortura*. Grupo Tortura Nunca Mais/Río de Janeiro
- Weinstein, L. (1978) *Salud y Autogestión*. Colección Piedra Libre. Montevideo: Editorial NORDAN-Comunidad

- Wilde, A. (2007) Irrupciones de la memoria: la política expresiva en la transición a la democracia en Chile. Chile los caminos de la historia y la memoria. En AnnePérotin-Dumon (Dir.) *Historizar el pasado vivo en América Latina*. Versión original "Irruptions of Memory: Expressive Politics in Chile's Transition to Democracy". *Journal of Latin American Studies* 31, 1999, pp. 473-500
- Yarzabal, L. (1985). La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay. *Nueva Antropología*, VII (28), 75-92. Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=15972806>
- Zapata, P; López, F y Sánchez, M.C. (2009). Concepción de mundo, aspectos contextuales y bienestar psicológico en chilenos supervivientes a experiencias de prisión y tortura por motivos políticos a más de 30 años de ocurridos los hechos. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V. 8 No. 3 PP. 761-769