



DERECHOS HUMANOS E IMPLICACIONES POLÍTICAS DEL TRABAJO PSICOSOCIAL EN SITUACIONES EXTREMAS¹

El compromiso de caminar al lado de la gente

Susana Ansaloni², en colaboración con Maitane Arnoso³

Resumen

El trabajo psicosocial en situaciones de violencia política o catástrofes constituye un campo controvertido para quienes se involucran en él. La acción humanitaria y/o el apoyo en emergencias, amparados en una legitimidad moral casi inquebrantable, han sido en pocas ocasiones examinados desde una perspectiva crítica. La presente comunicación pretende contribuir a reflexionar acerca de las implicaciones políticas que tiene para los y las trabajadoras psicosociales latinoamericanas actuar en contextos como los que habitamos, los cuales, arrastran y reproducen daños o heridas sociales que requieren de abordajes de la misma naturaleza, perspectivas de acción aliadas con lo social, enfoques que nos recuerden la importancia de caminar, del lado y al lado de la gente.



Aunque se ha tendido a pensar que el trabajo en salud mental en situaciones de emergencia social y política supone una acción de *apaga-fuegos*, neutra y sin grandes consecuencias a largo plazo, frente a este enfoque “ingenuo” del discurso humanitario, **este documento pretende subrayar las implicaciones políticas de nuestras acciones, así como la relevancia de una perspectiva psicosocial en la definición de los programas de intervención.** Al intervenir se actúa políticamente, inscribiendo las acciones en un contexto de relaciones de fuerzas previas que condicionan nuestro trabajo. Igualmente, nuestra intervención produce impactos en las realidades sociales en las que intervenimos, poniendo en marcha mecanismos que, dialécticamente, construyen a la vez que representan la realidad en relación al evento crítico y la población afectada. *Gran parte de lo que se ha escrito sobre humanitarismo está impregnado de*

¹ Primer Congreso Psicología Social de Bolivia, 2007, versión ampliada, corregida y editada, 2014

² Psicóloga, Universidad de Buenos Aires. Especialización en Actuaciones Psicosociales en Situaciones de Violencia Política y Catástrofes, Derechos Humanos, Psicopatología Clínica. Docente de Postgrado Grupo de Acción Comunitaria.

³ Dra. Ciencias Políticas. Dpto. de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad del País Vasco. Especialista en Derechos Humanos. Diploma de Estudios Avanzados en Gobierno y Análisis Político Comparado. Experta en Intervenciones Psicosociales en Situaciones de Violencia Política y Catástrofes.

un peligroso idealismo de dimensiones ultramundanas (Warner 1999). Es por ello, que **se hace necesario discutir las motivaciones, los roles y los dilemas éticos en el campo de la Ayuda Humanitaria y la Salud de los actores involucrados.**

A menudo, la ayuda humanitaria y las políticas de cooperación al desarrollo, cumplen la función de tranquilizar la sensibilidad altruista, pacifista y compasiva de muchos ciudadanos (Hermet, 1993). Al separar los procesos de su génesis, no analizando el por qué de la situación de empobrecimiento de muchas regiones o su exposición ante las catástrofes, la acción humanitaria (denominada no de forma azarosa como *ayuda*) sirve a los Estados como una forma de protección ante la inercia política, sin cuestionar las causas estructurales y actuando sobre las consecuencias.

Las intervenciones en situaciones críticas muchas veces ocultan que no todas las crisis, ni las más graves, atraen la atención, ya que en la puesta en marcha de las acciones humanitarias concurren causas políticas e intervienen en forma decisiva los medios de comunicación masiva. Las razones por las cuales un conflicto interno o catástrofe pasa a la categoría de acontecimiento internacional o se convierte en una crisis que dispara la *compasión colectiva* demandando la injerencia de la comunidad internacional, no responde a leyes generales. Ciertos factores pueden destacarse como elementos de reflexión: las imágenes en flujo continuo, el mecanismo de selección que posibilita atender a un solo conflicto ignorando otros, la presencia de algún agente, personalidad y/o voluntario de una organización humanitaria que “certifique”/“autentifique” la condición de víctima de la población y que facilite la canalización de la emoción estableciendo la distancia necesaria entre el espectador y el afectado, decorado escénico que tiene por objetivo que la víctima sea “aceptada” en su condición de tal.

En este montaje no hay lugar para las condiciones estructurales, para la cultura, para otras representaciones; el único nexo con ese mundo miserable y despiadado, es una señal familiar: la imagen de la víctima, generalmente una criatura escuálida de grandes ojos y con sus brazos extendidos hacia el/la espectador/a, que da un sentido inmediato, que no necesita de palabras que expliquen los por qué. Una víctima “pura”, sin responsabilidades que enturbien su estatuto. Víctimas que no son tales hasta que no se las designa, hasta que el verdugo no es delineado, proceso sostenido en el interjuego entre los medios de comunicación masiva y la opinión pública (Brauman, 1993).



Kevin Carter (Sudáfrica) – Sudán 1993 – Premio Pulitzer

Igualmente, en el campo de la salud, incluyendo en él la salud mental, a menudo se interviene desde la misma lógica, sin tomar en cuenta los intereses en juego de una intervención sobre los síntomas y descontextualizada de las causas. Se ofrecen escandalosos datos sobre la traumatización de las personas que han pasado por acontecimientos extremos, seguidos de recetarios y tratamientos para paliar sus efectos. Diagnósticos que son realizados desde **criterios médicos y psicológicos** diseñados en lugares lejanos y extraños, que operan bajo intereses, a menudo políticos y de mercado, **alejados de nuestra realidad,**

analizando las acciones de las poblaciones afectadas como respuestas a estímulos carentes de contexto.

Se interviene desde una perspectiva individual, anclada en lo traumático que, al patologizar, ya sea medicalizando o psicologizando, **obvia las fortalezas y capacidades de resistencia de las personas y comunidades, terminando por reproducir las relaciones de dependencia entre ellas y los interventores psicosociales.** La salud es considerada como ausencia de enfermedad y no desde una mirada integral que, en sintonía con la tradición de salud pública que emana de la Declaración de Alma Ata⁴ y las directrices de la Organización Mundial de la Salud, la definen como un estado de equilibrio y bienestar con componentes físicos, psicológicos y sociales que toman en cuenta los aspectos preventivos.

Desde esta perspectiva y como trabajadores y trabajadoras psicosociales podemos pensar, ¿qué implicaciones tendría sostener que una comunidad que ha sido arrasada por un huracán o un tornado necesita del apoyo psicológico de especialistas en estrés postraumático para aliviar su dolor?, ¿pueden los efectos de la violencia política trabajarse solamente desde una perspectiva individual?, ¿son las catástrofes realmente naturales o existen condicionantes sociales y políticos para que se conviertan en verdaderos desastres?

En relación a lo anterior, en contraposición al enfoque natural y el de desarrollo, en los años '70 y '80 se introdujo la visión de la **vulnerabilidad** y fundamentalmente la de **vulnerabilidad pre-existente** que, sin negar la importancia de las catástrofes naturales como activadores de los desastres, acentuó el estudio de las estructuras y los procesos socioeconómicos de desigualdad y empobrecimiento, para subrayar cómo el contexto propiciatorio es lo que posibilita los desastres. Señala Karlos Pérez Armiño (1999), **los desastres son socialmente selectivos: perjudican a las personas más pobres, vulnerables y carentes de poder, y rara vez afectan a las ricas y poderosas.** La noción de vulnerabilidad, permite un análisis multidimensional, atendiendo a la realidad social y política, a los vínculos sociales, a las **crisis no como fenómenos puntuales, espontáneos e inevitables, sino como el resultado de causas estructurales y procesos de largo y medio plazo, muchos de ellos modificables por la acción humana.**



Campos de refugiados en la zona de los Kivus, al este de un país asolado por una grave guerra civil (1998 - 2002) que derivó en un conflicto continental dejando como trágico saldo más de 4 millones de muertos. Andrew McConnell (Irlanda)

De la misma forma, el trabajar desde **criterios de estrés post-traumático** con poblaciones que han soportado desastres, implica no sólo acercarse desde la enfermedad transformando, desde el discurso médico-psicológico, a las **víctimas en "pacientes"** (cuando la activación y la reexperimentación de lo traumático en los primeros meses constituyen **respuestas normales ante una situación inesperada**), sino

⁴ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978- www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

que también **supone dejar de lado el profundizar en aspectos más comprometidos en relación con los derechos fundamentales que les son vulnerados.**

En un ejemplo local, luego del **incendio de la discoteca Cromañón** en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁵, los espacios habilitados para la asistencia de sobrevivientes y afectados fueron los hospitales, y dentro de ese marco, los servicios especializados en psicotrauma. Los datos que se brindaron desde el Servicio de Psicotrauma del Hospital Alvear a pocos meses del incendio, son los siguientes: se recibieron 500 consultas, de las cuales el 80 % padecía estrés postraumático y 20 % cuadros de ansiedad y depresión. Del total de consultas, 85 % correspondió a sobrevivientes, 11 % a familiares de sobrevivientes y 3% a familiares de víctimas fatales. Uno de cada cinco recibió medicación. Se implementó una terapia individual con una frecuencia de dos veces por semana y durante noventa días⁶. Sin datos de otros hospitales, inferimos resultados similares, en tanto el programa fue implementado desde el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para ciertos hospitales bajo su dirección. También participaron con esta perspectiva organismos del Estado Nacional que no dieron a conocer datos sobre la intervención realizada. Resulta significativo el diagnóstico que arrojó un 80 % de estrés postraumático. Nos preguntamos: ¿cuál será la percepción de los jóvenes atendidos cuya realidad de fondo no fue abordada?, ¿se habrá tenido en cuenta el criterio subjetivo, la causalidad subyacente, la situación estructural?, ¿qué ha ocurrido con la responsabilidad del Estado, con la corrupción?, ¿algo cambió en las discotecas y lugares públicos del país? Compartimos estos datos, pensando en **las dificultades que genera un abordaje individual** que, puede calmar síntomas, aliviar manifestaciones de estrés, pero **no abre ninguna alternativa para transformar el sufrimiento en estrategias que operen sobre la realidad**, siguiendo a Summerfiel nos preguntamos, **¿cuánto de control social hay en ciertos abordajes que sólo ofrecen respuestas “aliviadoras”?**



Creciendo en Haití, de Alice Smeets (Bélgica)

Cuando los malestares son producto de una situación estructural, enraizada en lo social, los abordajes reclaman su misma naturaleza. Incluir componentes psicosociales en los programas de actuación significa tener una mirada amplia, transversal e integrada sobre los problemas, **que analice las vulnerabilidades preexistentes y permita avanzar hacia la prevención.** Una acción centrada en la emergencia y los síntomas no sólo patologiza, sino que imposibilita un proceso de toma de conciencia de lo

⁵ 194 muertos y al menos 1432 heridos – Datos del Tribunal Oral en lo Criminal n.º 24 de la Ciudad de Buenos Aires (19 de agosto de 2009). «XVI. Hechos probados del día 30 de diciembre de 2004». *Fallo de la Causa n.º 2517*. Consultado el 30 de diciembre de 2009

⁶ Publicado en el Diario Página 12 de Argentina, junio 2005

causal que promueva el cambio social y posibilite una acción transformadora e integrada a las experiencias concretas de las comunidades.

En la mayoría de las ocasiones, estos malestares sociales son producto de vulneraciones a los derechos fundamentales de la población. Cuando esto es así, **el paso de lo médico-psicológico a la arena de lo político se hace inevitable**. Uno de los principios básicos de la acción humanitaria es el principio de “neutralidad”. Así, trabajar en estos contextos nos confronta, en ocasiones con distintos dilemas: **¿podemos apoyar sin denunciar las causas de los hechos que provocaron los daños y conculcaron derechos?, ¿al servicio de qué y quienes ponemos la intervención?, ¿se puede ser neutral?**

Consideramos la no neutralidad como un factor determinante en el fortalecimiento de las relaciones y, acordamos con la propuesta de Kordon y Edelman (1995), cuando plantean que el concepto de confiabilidad se contrapone al de neutralidad. En este sentido, la confianza es imprescindible para establecer y mantener cualquier vínculo, ya que, la posibilidad de empatizar desde una perspectiva psicosocial, se convierte en un elemento esencial del compromiso con las comunidades a las que se les ha vulnerado en sus derechos más elementales.

Aunque la acción humanitaria, en su sentido más estricto, nace afirmando los principios de *neutralidad e imparcialidad*, proponiendo no tomar partido en las hostilidades, ni comprometerse en controversias políticas, consideramos que la neutralidad de la acción humanitaria **no debe implicar neutralidad ante el quebrantamiento de los derechos fundamentales que pueden estar en el origen del sufrimiento de las personas y comunidades con las que trabajamos**. Warner señala que este tipo de decisiones operacionales muestran las limitaciones de la separación entre la política y las actividades humanitarias. Aceptando esta separación podemos estar trabajando en contra de nuestros propios objetivos y, esto implica iniciar un nuevo debate sobre las relaciones entre los actores (personas categorizadas como víctimas y las organizaciones intervinientes, sean estas de la sociedad civil o del Estado). *Nuestra experiencia demuestra que la separación radical entre las llamadas actividades humanitarias y las políticas no ha sido beneficiosa para la resolución de conflictos ni para las comunidades afectadas* (Warner,1999).



Niños afectados por la violencia post electoral en Kenia, de Walter Astrada (España)

Apoyar a las comunidades en la identificación de los derechos vulnerados, permitirá la toma de conciencia de la propia situación, subrayando **la importancia de que sean las mismas comunidades las que se hagan cargo de la misma**. Confrontar la violación a los derechos fundamentales supone una reivindicación y un compromiso con el cambio, nunca exento de los riesgos que implica apostar por la

transformación y la reparación integral. Para dar cuenta de este objetivo, abordamos **los derechos humanos como proceso, resultado, siempre provisional, de las luchas populares por la justicia y la dignidad como un fin material**. Se trata así de dejar de lado las pretensiones intelectuales y los conceptos abstractos que se presentan como “neutrales” respecto de las condiciones reales en las que vive la gente (Berraondo, 2006).

Asumir esta perspectiva de trabajo y apoyar en esta dirección, creemos que resulta imprescindible en nuestro rol como trabajadores/as psicosociales, asumiendo las implicaciones políticas que tienen nuestras acciones. En este sentido, seguimos a Warner en su afirmación de **situar lo humanitario claramente dentro de la esfera política, fortaleciendo políticamente las intervenciones, acordando plenamente que este fortalecimiento incluye la implosión de la separación entre la política y lo humanitario y, en última instancia la restricción de las actividades humanitarias**.

A MODO DE SÍNTESIS:

- Cuando de intervenir desde una perspectiva psicosocial se trata, será necesario explorar el contexto, los actores y las implicaciones políticas de nuestras acciones, sabiendo que nada puede ser neutral cuando hablamos de violaciones a los derechos fundamentales. La labor de las organizaciones humanitarias, para responder lo mejor posible a los intereses de las poblaciones a las que apoyan, deberán demostrar que su acción reposa sobre principios más sólidos, tratando de mantenerse a flote en el torbellino de representaciones e intereses que las condicionan. Deberán ser más exigentes que las emociones fugaces con las cuales se sienten tentadas a hacer negocio, porque sólo así seguirán respetando la dignidad de aquellos a quienes se propone socorrer (Brauman, 1993).

- Tomar conciencia que el compromiso de nuestro rol tiene que ver con apostar a voltear la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las poblaciones con las que trabajamos, apoyando en la recuperación de la dignidad y la autonomía, y acompañando (no superponiendo) sus procesos desde marcos adecuados a la cultura local.

- En el caso de violaciones graves a los derechos que requieran de una denuncia política, será necesario analizar el impacto de la misma, teniendo en cuenta el peligro que puede suponer para los involucrados/as. Así, será imprescindible que sea la propia gente quien valore la necesidad de la denuncia, apoyando su decisión o vehiculizando la denuncia a través de mecanismos que las protejan y no las dejen señaladas cuando nosotros/as no estemos.

- Trabajar desde una perspectiva psicosocial supone así comprometerse con la transformación, con la gente, con el fortalecimiento y no con la dependencia. Trabajar desde una perspectiva psicosocial entraña mirar y hacer desde la gente, sumiendo el riesgo que implica hacer efectivos los derechos humanos y los principios de salud integral y justicia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beristain, C. (2004). *Reconstruir el tejido social: enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- Berraondo, M. (2006). *Los Derechos Humanos ante el nuevo milenio. Evolución y Retos para la nueva era de la seguridad*. En prensa.
- Brauman, R. (1993). *Médicos Sin Fronteras. Escenarios de crisis*. Madrid: Acentro.
- Herrera, J. (2006). *De qué hablamos cuando hablamos de Derechos Humanos: los derechos humanos como procesos*. En prensa.
- Kordon, D. y Edelman, L. (1995). *La Impunidad una Perspectiva Psicosocial*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Pérez Armíño, K. (1999). Vulnerabilidad y desastres. Causas estructurales y procesos de la crisis de África, *Cuadernos de Trabajo de HEGOA*, nº 24, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Pérez-Sales, P. (1999). *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Madrid: Exlibris.
- Saavedra, M. (1996). *Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná*. Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular.
- Scavino, D. (1999). *La Filosofía Actual – Pensar sin Certezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Summerfield Derek. *Asistencia a supervivientes de la atrocidad y la guerra. Notas sobre cuestiones 'psicosociales' para trabajadores de ONG*. Development in Practice, volumen 5, número 4 (1995).
- Vázquez Valverde, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11-S, 2001 (EEUU) y el 11-M, 2004 (Madrid, España): Mitos y Realidades 11-S y 11-M, *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, pp. 9-25.
- Warner Daniel. *La política de separar la política de lo humanitario*. Revista Internacional de la Cruz Roja Nº 833 pp. 109-117, 1999