



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

ENSAYO ACADÉMICO

Veteranos de Malvinas: una mirada desde el trauma psicosocial

Estudiante: Diego Nahuel Bernadet Guido

CI: 5.283.717-4

Docente Tutor: Prof. Agda. Mag. Graciela Loarche

Docente Revisor: Asist. Mag. Valeria Píriz

Montevideo, Uruguay

Octubre, 2023

Índice:

1. Introducción.....	3
1.1. Enfoque del ensayo.....	3
1.2. Contexto histórico de Malvinas.....	3
1.3. Psicología en el contexto de un conflicto armado.....	4
2. Guerra como Trauma Psicosocial.....	5
2.1) ¿Qué es el trauma psicosocial?.....	5
2.2) Enfoque desde el ciclo vital:.....	5
2.3) Guerra como experiencia disruptiva.....	10
2.4) Guerra como catástrofe y amenaza:.....	14
2.5) Guerra como experiencia extrema y riesgo:.....	16
3. Impacto en la Salud Mental de los Veteranos.....	21
3.1. Vulnerabilidad y Resistencia.....	21
3.2 Efectos a largo plazo.....	26
4. Métodos de Intervención y rehabilitación.....	34
4.1 Psicología positiva.....	36
4.2 Aportes desde la perspectiva social comunitaria:	37
5 Recapitulación y conclusión final.....	39
6. Referencias Bibliográficas.....	43

1) Introducción

1.1) Enfoque del ensayo:

La Guerra de las Malvinas de 1982 fue un momento de gran relevancia en lo que refiere a la historia reciente de la Argentina. Pero por otra parte también tuvo un gran impacto en la salud de quienes allí participaron. Con el pasar de los años y producto de varias experiencias, como se verá en el desarrollo del ensayo, se ha comenzado a comprender mucho más el impacto en la salud mental causado por las guerras. Y un concepto importante que ahondará el ensayo es el de trauma psicosocial.

Las intenciones del presente ensayo son las de explorar, analizar y reflexionar sobre las vivencias de los soldados en el conflicto, la posguerra y su relación con el fenómeno del trauma psicosocial en los veteranos argentinos de Malvinas, puntualmente aquellos que fueron conscriptos y participaron de las hostilidades. Para esto, abordaremos temas como el carácter disruptivo de la guerra y las particularidades que esto tiene, lo extremo de la misma y cómo puede repercutir a la posteridad. También veremos las amenazas y riesgos existentes en un conflicto, las vulnerabilidades preexistentes y las que permanecieron o surgieron después del conflicto. Veremos entonces cómo estos puntos pueden devenir en el largo plazo a secuelas y consecuencias en la salud mental y lo analizaremos desde la perspectiva del trauma psicosocial.

El fin es explorar el efecto devastador que puede tener en un veterano de guerra dicha experiencia no solo por la vivencia de dicha situación sino por cómo es su interacción posterior con el medio social, buscando así visibilizar situaciones que a menudo pueden quedar en el olvido.

1.2) Contexto histórico de la Guerra de Malvinas:

La Guerra de Malvinas fue un conflicto bélico librado por la República Argentina contra el Reino Unido de Gran Bretaña por la soberanía de las Islas Malvinas. El archipiélago se encuentra en el Atlántico sur, 550 km al este de territorio continental argentino; tiene una superficie de 11 800 km² (Razoux, 2002).

La disputa sobre quién era el soberano de las islas había causado muchos problemas entre los reinos de Francia, España y Gran Bretaña, y este último aprovechó las guerras

napoleónicas para obligar a los últimos soldados españoles a retirarse en 1811 de las Malvinas. Pero la joven Argentina reclamó en seguida la propiedad de las islas. En 1833 los británicos tomaron posesión militar de las Malvinas y las bautizaron como Falklands hasta nuestros días.

La guerra dio inicio el 2 de abril de 1982 y finalizó el 14 de junio del mismo año. Es importante recordar que la Argentina en ese momento se encontraba en plena dictadura militar desde 1976 que puso fin a la negociación política sobre las Malvinas (Razoux, 2002). Dicho enfrentamiento, en el bando argentino fue librado en parte con un gran número de soldados conscriptos.

Según datos oficiales, “casi el 50% de los soldados o personal de apoyo movilizados no eran profesionales: de los 10.289 pertenecientes al Ejército, 7.540 fueron soldados conscriptos y 76 eran civiles que cumplían funciones de apoyatura; de los 10.596 de la Armada, 3.540 eran conscriptos y 469 civiles; y de los 2.314 movilizados por la Fuerza Aérea, 459 era conscriptos y 48 civiles” (Chao. 2020, p.5).

1.3) Importancia del papel de la psicología en el contexto de un conflicto armado

Es importante pensar a la disciplina en el contexto de un conflicto armado. Según Ibañez (s.f) la experiencia de vivir una guerra se torna tan sumamente violenta y brusca, que es inevitable que de algún modo pueda dejar alguna herida como la puede dejar un accidente de tránsito , un incendio, o la muerte violenta de un familiar. Incluso cualquier otra situación de carácter sumamente violento. Es de vital importancia entonces que desde la Psicología se posean estos saberes, para en caso de ocurrencia de este tipo de problemáticas tener referencias de hacia dónde se puede orientar la labor del psicólogo.

En lo que refiere al plano psicológico y social de un conflicto armado, Ibañez (s.f) plantea que a partir de que ocurrieron los conflictos en las Guerras yugoslavas de 1991 a 2001 el significado que adquirieron se ha empezado a considerar más el impacto que tienen las guerras en la salud mental. Desde entonces se ha hecho más conocido el concepto de trauma como un hecho psicosocial, concepto que ya plantea Martín-Baró en su conferencia de 1984 sobre Guerra y Salud Mental. Desde entonces, diversos organismos internacionales le han empezado a dedicar especial atención a los distintos programas comunitarios que se relacionan con las terapias psiquiátricas específicas. A su vez, dado que los conflictos recientes tienen infinidad de particularidades, también se han sumado las ONGs a colaborar en la atención a las víctimas.

2) Guerra como Trauma Psicosocial

2.1) ¿Qué es el trauma psicosocial?

Para Martín-Baró (1990) el trauma psicosocial es el impacto de una experiencia extrema y la interacción de quien la padece con su medio social, sea el medio familiar, comunitario o en donde se produzca. Por lo cual, nos dice el autor que las heridas tienen carácter dialéctico, ya que las mismas tienen origen en la sociedad y no solamente en el individuo. Entonces, la naturaleza del trauma está relacionado y condicionado por la interacción que tiene el individuo con su medio social y el entorno que habita.

Según Ibañez (2005), con el trauma psicosocial, Martín-Baró quería referirse a tres temáticas centrales para la mejor comprensión de lo que es el trauma psicológico en la guerra: a) el carácter dialéctico del trauma, ya que el mismo se explica en la interacción entre individuo, sociedad e historia, b) la comprensión y solución de la problemática tienen sus raíces en la interacción social, entonces el origen no es único del individuo, sino que son las condiciones sociales las traumatógenas y c) las relaciones sociales que mantienen los individuos con su medio no solo son las que causan el trauma, sino que lo mantienen, alimentan y pueden multiplicar los casos de traumatizados.

Para Puget (2006), por su parte, el trauma psicosocial es un enfoque pertinente y necesario para identificar de manera profunda las causas estructurales dentro del cuerpo social que generan malestar para así poder diferenciarlo de los traumas psicológicos que se generan por fuentes externas.

A su vez, según Cuadros Riobó (2011) la existencia de trauma psicosocial se da cuando hay una situación que implica un sufrimiento multinivel de individuos, sus familias, otras personas queridas y su red social informal. Este sufrimiento, además de ser sostenido en el tiempo, tiene un efecto de “deslocalización”, al afectar también a personas y comunidad en origen.

2.2) Enfoque desde el ciclo vital:

Participar de una guerra a los 18 años ¿Que hace tan particular esta edad del ciclo vital?

Comenzando con Rodríguez Galende (2012) es importante explicitar que la adolescencia constituye una etapa vital e importante que puede explorarse desde múltiples perspectivas las cuales van desde lo biológico-universal hasta lo socio-histórico y cultural. En consecuencia es necesario pensar esta etapa del ciclo vital como un proceso constante de formación. Y estos análisis son propios de las últimas décadas en las que el estudio de esta etapa del ciclo vital pasó a tener una relevancia que anteriormente no poseía.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023) la adolescencia es una etapa del ciclo vital en la que se da el pasaje de la niñez a la adultez. Durante esta fase, se experimentan una serie de transformaciones que influyen en el bienestar emocional del adolescente. Este período se destaca por el crecimiento psicológico, biológico, social y sexual del individuo (Rivero et al., 2006). Aquí, en líneas generales, observamos que la etapa de la adolescencia se inicia con la pubertad y se ve finalizada con los sucesos psicosociales más relacionados a la adultez (Gaete, 2015). Para Pérez y Santiago (2002) dicha etapa se encuentra entre la niñez y la adultez y está marcada por cambios que en los adolescentes generan crisis, conflictos y contradicciones.

Más allá de los factores sociales, culturales y étnicos, los cambios de carácter universal que se dan en esta etapa son: el crecimiento corporal en todo sentido, el incremento en la velocidad del crecimiento, el desarrollo sexual, la búsqueda de identidad propia, entre otras cosas (Pérez y Santiago, 2002).

Piaget (1968) afirma que desde los 11 años en adelante, se observan grandes transformaciones cualitativas en el desarrollo del funcionamiento intelectual de los individuos, que no se detiene hasta los 20 años, momento en el cual se alcanza un sistema más o menos sistemático y pleno. Y a modo orientativo nos señala a los 15 años como el momento de inicio de la consolidación del pensamiento formal. El cual, tiene su finalización en torno a los 20 años.

Según Cibils (2021) la adolescencia desempeña un papel fundamental en la configuración y conformación de la vida adulta. En esta fase se desarrollan por ejemplo las fortalezas y debilidades de la persona como también nuevos aprendizajes. Para que esto ocurra se presentan una serie de cambios, desafíos y también interrogantes para el adolescente y su círculo cercano.

Por su parte Sawyer et al. (2018) nos dice que es propicio que la adolescencia sea comprendida hasta los 24 años. También existe una postura interesante de Casas Rivero et

al.(2016) y Gaete (2015) la cual nos dice que si bien existen etapas bien marcadas y diferenciadas en la adolescencia, la misma es un proceso de evolución continuo que finaliza a los 21 años.

Resulta muy importante tener estos postulados en cuenta a la hora de analizar la situaciones de los veteranos de Malvinas, ya que, en torno al 50% de ellos, como vimos anteriormente, participó del conflicto a la edad de 18 años. Edad en la que según los autores citados es un momento de pleno desarrollo y pasaje a la vida adulta. Y no es un detalle sin importancia, por el contrario, al vivir situaciones de alto riesgo y de violencia en esta etapa pueden permanecer secuelas a la posteridad.

Para la Organización Mundial de la Salud (2021), la adolescencia es una etapa única y formativa, por lo que los grandes cambios como pueden ser la violencia en esta etapa, los hacen mucho más vulnerables a tener problemas de salud mental en la posteridad.

Asimismo, este momento específico corresponde a la etapa de la adolescencia tardía (que abarca aproximadamente hasta los 19 años) que se caracteriza por ser una fase en la que se está culminando un importante porcentaje del crecimiento y desarrollo propio de la adolescencia. Aquí se empiezan a tomar importantes decisiones en lo que refiere al perfil de la persona, incluyendo sus aspiraciones educacionales y laborales. Por último, algo relevante de esta etapa es que en parámetros generales se ha empezado a transformar y madurar una identidad y está cada vez más cerca de ser un adulto joven (Pérez y Santiago, 2002).

Estas características evidencian que estamos hablando sobre un período particularmente vulnerable. Esto se debe a los procesos mentales que acontecen en este momento permeable y con grandes variaciones psíquicas, por lo cual grandes alteraciones en esta etapa representan una gran amenaza para la salud mental y potencialmente pueden causar grandes daños. No solo por lo que refiere a los hechos acontecidos en la guerra sino también en el retorno de la misma, momento en el cual persisten estos procesos mentales característicos de la adolescencia.

¿Cómo la percepción de la guerra y sus efectos pueden moldear las actitudes y valores en esta etapa de la vida?

Como lo plantea Martín-Baró (2003), el conflicto armado es una práctica social radical que

tiende a determinar el funcionamiento de múltiples aspectos en la sociedad y, como tal, configura la realidad de los individuos. Por lo tanto, resulta imperativo establecer una conexión entre la particular etapa del desarrollo en la que se encontraban los entonces soldados conscriptos.

En este punto tiene lugar el pasaje a la adultez, por lo que vivenciar y participar de un conflicto bélico no pasa desapercibido en el psiquismo de la persona, ya que podría interrumpir su desarrollo o desencadenar otra serie de problemáticas futuras dado el momento de la vida de la persona. En la guerra ocurre que se da “una manera concreta de actuar para resolver un problema o para responder a una necesidad se vuelve habitual y, sobre todo, se hace normativa en una sociedad” (Martin-Baró, 2003, p. 312). De esta manera, la guerra moldea la mentalidad de las personas y las hace habituarse a relaciones deshumanizadas creando un contexto de normalidad-anormalidad social. Según el autor, los más afectados son los más jóvenes, quienes están en plena formación de su identidad y ahora tienen que incluir en ella las relaciones deshumanizantes que se viven en la guerra.

Es importante considerar los aspectos vinculados a la adolescencia tardía en relación a la formación de la identidad. Ya que en dicha etapa comienza a establecerse claramente la misma y es importante tener en cuenta la experiencia de la guerra a la hora de forjar una identidad. Según Laplanche y Pontalis (1996) la identificación es un proceso psicológico en el cual comienzan a asimilarse distintas maneras de ser para alcanzar un modelo determinado. Y luego en base a esto se conforma la personalidad.

Por consiguiente, la construcción de la identidad se ve influida y atravesada por el tránsito hacia la adultez en un proceso de maduración continuo. Y es importante saberlo ya que la construcción de la identidad se caracteriza por la idealización explícita e implícita sobre lo que la sociedad espera de alguien que está ingresando a la adultez (Anzaldúa, 2012).

Urbano y Yuni (2014) nos muestran que en el desarrollo vital de las personas existen situaciones esperables y no esperables para cada edad cronológica. Estos autores plantean que los eventos que no son normativos son los que ocurren de manera inesperada, afectan las capacidades del sujeto y generan disrupciones en los roles familiares o sociales de la persona como lo es este caso. También se pueden ver como cambios inesperados en los valores, creencias religiosas o las ideologías políticas.

Por su parte, eventos como la guerra se caracterizan por ser azarosos e impredecibles y se presentan de manera aleatoria tanto en individuos o en grupos. A su vez, afirman que

también existen crisis evolutivas. Estas pueden desencadenarse por transiciones de eventos normativos (ej: la pubertad) o por los eventos no normativos (pérdida violenta de un familiar). Las crisis que son generadas por cambios normativos son denominadas *crisis de desarrollo*, y las crisis generadas por eventos no normativos son *crisis accidentales*. Por lo que una guerra a esta edad la podemos pensar como una crisis accidental, ya que no es algo que se espera que ocurra en el desarrollo de la persona (Urbano y Yuni, 2014).

Sumado a esto, un factor a tener en cuenta en el ciclo vital son las influencias de los procesos históricos en el desarrollo. En el desarrollo influyen las condiciones socioculturales que se dan en momentos históricos y políticos puntuales. Por ende, se hace necesario analizar el desarrollo evolutivo desde las condiciones socio históricas imperantes, ya que las mismas marcan el desarrollo de cada generación. “La evolución de los roles sociales y de los significados culturales hacen que cada generación sufra el influjo de diferentes factores y patrones culturales, que modelan el pensamiento y la acción de cada grupo de edad (Urbano y Yuni. 2014, p.30.)”.

Siguiendo esta perspectiva, Bordieu (2002) afirma que la adolescencia es esencialmente un proceso relacional entre la sociedad, el momento histórico, el aspecto cultural y lo relacional, los cuales hace que dicho proceso tenga distintas características diferenciadas de otras épocas u otras regiones. Siendo así, a la hora de indagar sobre procesos de adolescencias específicos hay que hacerlo dentro del contexto en que tienen lugar (Viñar, 2009).

Este es un planteamiento para tener en cuenta, ya que el conflicto en Malvinas se da en plena dictadura militar y esto de diversas maneras influye en la manera de vivir y de pensar de las personas. Por ejemplo, al finalizar el conflicto, al retornar los soldados argentinos se encontraron con la situación de que, al acuartelarse en su regreso, fueron instados a no contar nada de lo que habían vivido en Malvinas, a modo de alegar que lo que pasó en Malvinas se queda en Malvinas. Tenían una presión extra de no poder hablar de lo sucedido. El testimonio de un veterano que nos cuenta es el de Germán C Farías (clase 63), que relata situación al regresar de las islas:

“Cuando llegamos al palomar nos quisieron hacer firmar un papel de que no teníamos que decir nada”. (Farías, 2023, 00:54).

Considerar el factor de la edad previo a analizar otras problemáticas acontecidas en la guerra nos ayuda a que nos quede presente que, todo lo que veremos en la posteridad fue

en una etapa muy especial del desarrollo vital que es bastante distinta de las demás. Nos brinda un contexto valioso para la comprensión del tema. Y no para mirar la edad como un hecho aislado, sino todo rodeaba al individuo a esa edad lo podía hacer más endeble.

2.3) Guerra como experiencia disruptiva:

¿cómo la guerra puede interrumpir la vida cotidiana y generar cambios drásticos?

Benyakar (2016), propone usar el término 'disruptivo' para cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo y repercuten en el interno. El autor nos muestra que la etimología misma de lo disruptivo proviene de destrozarse, hacer pedazos, romper, destruir o establecer discontinuidad. Por ende, todo evento disruptivo es una situación con capacidad potencial para irrumpir en el psiquismo alterando la capacidad integradora y de elaboración. Entonces podemos pensar en que este tipo de conflictos son un momento de gran revolución y disrupción en la vida de una persona que interrumpe una continuidad previa.

Según Mira y López (1944) la guerra es un período en el que durante su transcurso, la vida humana es completamente revolucionada, ya que las relaciones morales, legales, económicas, sociales e incluso las materiales son alteradas, producto de las nuevas necesidades. Según el autor, también los hábitos y afectos se ven alterados, e incluso los credos se rompen.

A su vez, para Mesa, A et al (s.f) en el curso de un conflicto armado ocurre que, entre otras cosas, hay cambios tan bruscos que de manera repentina hasta se recurre a la justificación de la violencia en diversos tipos de circunstancias determinadas que en situaciones de paz su resolución sería de otra forma. Entonces esto genera que se altere el orden moral y genera una modificación de los valores, la implementación de nuevas reglas de manera imprevista, como pueden ser los toques de queda, y en el ámbito civil la población puede legitimar ordenes de justicia como la pena de muerte según circunstancias específicas. Lo cual implica un momento de disrupción, además de en las personas individuales, en toda una sociedad de manera abrupta.

Siguiendo esa idea, para Mira y López (1944) la guerra implica entonces un cambio para los ciudadanos en lo que refiere a sus deberes y derechos, una dislocación de propósitos y una ruptura de hábitos, afectos y creencias. Por eso, en la presente sección se intentará

describir algunas de las diferencias más importantes de las formas de vida en tiempos de guerra y de paz, el pasaje de uno a otro y así analizar cómo pueden afectar estos cambios y vivencias en la salud mental en la inmediatez, mediano y largo plazo.

La guerra genera principalmente un retroceso en las personas en el sentido de que el conflicto no solo le impide a los individuos mantenerse en su lugar de confort y rutina habitual, sino que drásticamente rompe con el pasado y requiere la rápida creación y adaptación de nuevos hábitos. A su vez, el individuo se encuentra cara a cara con lo desconocido, y esta situación genera muchas incertidumbres, al punto de interrumpirse la planificación del futuro y las ideas del individuo del desarrollo personal. (Mira y López, 1944).

Para Benyakar (2006) cuando acontece un evento de carácter disruptivo lo que ocurre es que no solo se alteran los procesos habituales de la vida cotidiana sino que debilita la confianza de las personas hacia los demás y hacia el mundo, haciendo que la persona reconfigure su interpretación de la realidad, ya que la persona puede percibir la amenaza de su integridad física o la de sus seres queridos dislocando de esta manera su vida normal.

En un contexto de guerra nadie tiene la certeza al despertar que le puede ocurrir antes del anochecer. Se puede encontrar privado de su libertad, siendo trasladado, resultar herido, gravemente herido o incluso muerto. Aun con todo este contexto de incertidumbre, lo peor para la persona es que tiene que seguir cumpliendo con sus tareas a pesar de ese miedo y mostrarse bien y entusiasmado; ocultando lo que realmente siente. Por ende, las personas en la guerra están sumergidas en una situación de constante peligro con gran incertidumbre de lo que pueda ocurrir y esto afecta a la salud mental. Ya que la guerra implica que todo lo que no está prohibido tiende a ser obligatorio, progresivamente el individuo comienza a ser absorbido por la maquinaria bélica. Entonces no es extraño ver un creciente gasto de energía mental agote a la persona y lo haga adentrarse en un estado de nerviosidad que lo haga cambiar su comportamiento (Mira y López 1944).

Teniendo en cuenta lo expuesto de lo disruptivo que puede ser un conflicto armado es importante indagar en cómo esto podría afectar a la salud mental. Una situación de semejantes características se enmarcan como crisis que acontecen en determinados momentos, por lo cual, existe la posibilidad que termine significando un hecho problemático y determinante en la vida de las personas.

Adaptación a la vida civil tras vivir eventos traumáticos y como puede devenir en

trauma psicosocial:

Según Martín-Baró (1990) son conocidos los problemas que experimenta un soldado al adaptarse a la vida normal. Todo lo que hayan vivenciado afecta a la salud mental, y no solo la de ellos, sino la de sus allegados. Un ejemplo claro nos lo proporciona el testimonio del veterano Francisco La Regina:

“El retorno a la vida civil para mi fue traumático. No salía de mi casa. No arrancaba. No quería salir, dormía todo el día. Hablaba muy poco. Había pasado un año y no había podido trabajar en nada. Había pasado un año y yo estaba ahí tirado con la vida bastante trunca. En el batallón nos dijeron: lo de Malvinas quedó en Malvinas... Yo cuando volví, psicológicamente no estaba bien. No estaba para salir a la calle” (La Regina, 2023, 1:06:00).

Si buscamos la relación entre haber vivido una situación disruptiva y el trauma psicosocial es importante tener en cuenta que para Gonçalves (2020), un evento disruptivo es un acontecimiento caótico, desbordante y desestabilizante que podría convertirse en traumático en una segunda instancia si el mismo no logra integrarse adecuadamente a la historia del sujeto. Por su parte, Berntsen y Rubin (2007) nos dicen que más allá de que un grupo de personas compartan la misma experiencia, la interpretación del mismo será única en cada caso y cada uno le tomará distinto valor en su trayecto de vida.

En relación con el trauma psicosocial, su carácter dialéctico y la importancia de la relación con su medio social, en cuanto al post Malvinas, Silva (2006) nos dice que la vida de los veteranos tuvo un antes y un después en la guerra, tanto en la salud, como en su inserción social y terminó por significar un vuelco radical en sus vidas, porque con la derrota en la guerra dejaron de ser héroes y pasaron a ser condenados simbólicamente por la sociedad.

Ésta particular situación, en cierto sentido tiene un antecedente similar. Estamos hablando de los veteranos estadounidenses de la Guerra de Vietnam. Para trazar una similitud entre ambas poblaciones, vemos que los estadounidenses, según Blanco y Díaz (2004), al retornar se encontraron en una situación de extrema vulnerabilidad por la falta de agradecimiento y reconocimiento por su labor en una guerra completamente impopular, y esto fue seguido de la ausencia de reconocimiento a sus graves problemas emocionales que les impedía acceder a tratamientos sanitarios y compensaciones económicas y terminó por ser una población altamente afectada en la posteridad.

Dadas estas condiciones y el trato que se le dió a esta población y su relación con la similar situación vivida por los veteranos estadounidenses de Vietnam es pertinente pensar en que se dió un fenómeno de deshumanización. Para Samayoa (1990) es preocupante el fenómeno de la deshumanización y para comprenderlo, tenemos que adentrarnos en los contenidos y dinámicas del correlato psicosocial de la guerra. Esto quiere decir, intentar entender cómo las personas individuales y los grupos viven la situación de guerra y la posguerra. Esta noción para el autor comprende tanto los procesos mentales como los emocionales que desencadenan las guerras y sus posteriores consecuencias. Desde los niveles más primarios como la adaptación a las nuevas formas de vida en una crisis de estas dimensiones hasta niveles más profundos como amenazas directas a la integridad física.

Por consiguiente, repasando la información, la inscripción de estas problemáticas en el psiquismo de la persona poniendo como base la concepción de Gonçalvez (2020) no se dió, al menos en términos generales, una adaptación positiva en la historia de vida de la persona. Porque pese a que ocurrió en el conflicto y el valor o ímpetu que pudieron tener los combatientes durante las hostilidades se puede ver afectado por una mirada social que desvaloriza su labor y aporta a la adaptación negativa de la persona en la posteridad de vivir una guerra.

Lo disruptivo del comienzo de la guerra y su retorno, también se ve en el post malvinas en distintas situaciones. Para que se pueda entender con claridad cómo fue el intento de adaptación a la vida civil veamos lo que dice el veterano de Malvinas Eduardo Gasparini:

“Después de no ser reconocido durante 10 años, cada uno hacía la de él. Lo que podía. No había trabajo y no había salud. No había asistencia y se nos fueron un montón. Muchos se suicidaron. Muchos soldados que venían de allá, padres que tenían hijos, no tenían laburo, y cuando decías que eras clase 62 te decían “¿estuviste en Malvinas?” sí. Dejámelo y después vemos si te llamamos. Ya sabías que no te iban a llamar. Ya sabías...” (Gasparini, 2023, 00:36).

Para Samayoa (1990) en estas situaciones, lo que hay que comprender para ver la gravedad del asunto es que lo que está en juego es la vida misma. La vida de muchos, de toda una comunidad o subgrupo de la misma. Y se pone en juego es un estilo de vida, un sistema de valores que sustentan y legitiman el mismo. Entonces cuando suceden hechos de semejantes características se presenta una angustiosa sensación de inseguridad y de pérdida o considerable disminución del control de nuestra propia vida y nuestro propio

destino. Peligra entonces nuestra capacidad de desarrollo personal. “No hay que perder de vista el hecho de que toda guerra es, en última instancia, un asunto de vida o muerte, aunque no lo sea con la misma inmediatez y formas de concreción a cada momento y para cada uno de los afectados” (Samayoa. 1990, p.4).

Para Mira y López (1944) la guerra es un modo de conducta que altera, en cada individuo, la proporción relativa de los problemas internos y externos; por esto, durante ella, algunas personas cambian para mejorar pero en general para empeorar. Por lo cual, se puede pensar en este apartado que un acontecimiento disruptivo en la vida de una persona como lo es una guerra, si se entrelaza con otros factores de la vida social, como los que expusimos anteriormente y una mala adaptación a la “vida normal” puede desembocar en el trauma psicosocial, ya que en un lapso breve de no más de tres meses, ésta población vivió un vuelco radical en sus vidas pasando a encontrarse en una situación de extrema complejidad. Y puede devenir en trauma si aparece una “discontinuidad que se produce en la capacidad de procesamiento psíquico” (Benyakar, 2006, p.43).

2.4) Guerra como catástrofe y amenaza:

Análisis de cómo la guerra puede ser percibida como una catástrofe y una amenaza para la seguridad y bienestar de los veteranos y esto afecte la salud mental:

Según Benyakar (2003) hay que diferenciar un desastre de una catástrofe. El desastre es lo que define al suceso, es decir, sus características. Mientras que la catástrofe es lo que desestructura tanto a nivel individual como colectivo. Por ende, para catalogar a un hecho como catastrófico, el hecho en sí tiene que ser acompañado de un cierto contexto que permita que la situación sea más dañina. Para ello, dicho contexto tiene que tener amenazas, riesgos y vulnerabilidades, que iremos analizando.

Siendo específicos una catástrofe “implica un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas importantes, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante” (Beristain, C. 1999. p.28).

Para González y García (2000) las investigaciones sobre las catástrofes muestran que los efectos de las catástrofes con componentes sociales como lo es una guerra son muy distintas de las catástrofes de carácter natural. Una radical diferencia es que en la guerra

hay intencionalidades de causar daños, establecer control sobre el tejido social, no tanto eliminando a un enemigo sino ganando control sobre el tejido comunitario y en las catástrofes naturales no.

Por otra parte, este tipo de situaciones como la guerra no las padecen personas individuales aisladas, sino que se vivencian como catástrofes a nivel colectivo, porque es un grupo quien la padece. Entonces, nos dice González y García (2000) que las catástrofes colectivas podríamos mediarlas cuantitativamente por ejemplo en cantidad de muertos. Pero también para los autores hay otras formas de medir el impacto de una catástrofe y esas formas son sobre aquellas vidas que no lo son, vidas con innumerables dificultades para salir adelante.

Viendo un ejemplo de este sentimiento de catástrofe colectivo vemos que en la situación que nos estamos refiriendo permaneció mucho tiempo después del conflicto, ya que aquí nunca hubo atención acorde de parte del Estado al veterano de Malvinas, y sumado al rechazo social, se volvió una situación muy difícil. Esto lo explica también el veterano de Malvinas Eduardo Gasparini:

“éramos un 0 a la izquierda. Diez años así. Diez años de que me enteraba que compañeros míos se suicidaban. Hubo muchísimos casos así. Fue muy triste, después de Malvinas fue muy triste. Llegar acá y no ser nadie” (Gasparini, 2023, 01:05:00).

Siguiendo a González y García (2000) es normal ver que los hechos que tienen como origen al ser humano, quienes son víctimas, a la postre tienden a ver al mundo y sí mismos desde una mirada negativa. Esto ocurre porque este tipo de catástrofes generan sentimientos de fatalismo, siembra muchas dudas y genera grandes incertidumbres ya que permanece en la persona la incapacidad de dominar los elementos causantes del desastre, aunque muchos de ellos sean previsibles.

Análisis de cómo esta percepción y ciertas amenazas contribuyen al trauma psicosocial:

Según Lavell (2001) existe una gran cantidad de amenazas que pueden enfrentar las sociedades, las cuales pueden devenir en situaciones de catástrofe. Se considera que el impacto psicosocial de mayor intensidad lo provocan las acciones intencionales como las guerras o la violencia sexual (Páez, Fernández y Beristain, 1999; Pérez-Sales, 2006).

Kalimo (1988) nos dice que los factores psicosociales son fundamentales para prevenir y para promover la salud. Si hablamos de amenazas que pueden hostigar a las personas y a su recuperación, el autor nos dice que los factores psicosociales pueden o bien ocasionar enfermedades o agravar las problemáticas ya existentes. Pero incluso podrían influir en una futura rehabilitación. Entonces, los factores psicosociales pueden amenazar a la salud, no solo por poder agravarla, sino que muchas veces impide el mejoramiento del estado de salud de ciertas personas o comunidades.

Los factores psicosociales para El-Batawi (1988) se dividen en dos grandes categorías: los elementos que ayudan positivamente a mejorar la salud y los que tienen efectos negativos sobre la misma. Por lo cual, cuando existe un contexto social desfavorable para la recuperación de la persona en la posteridad de haber vivido una catástrofe esto resulta por ser una amenaza para la salud de la persona y su capacidad de reconstrucción y desarrollo.

La guerra es en sí misma un suceso caótico que puede devenir catastrófico y puede resultar potencialmente traumático independientemente del lugar que ocupe cada uno de los actores que participan, ya que la respuesta del ser humano ante experiencias extremas es multidimensional. No podemos pensar a las personas y sus respuestas como dicotómicas, o sea fuertes o débiles, resistentes o vulnerables, víctimas o sobrevivientes, sino que dispone de un abanico de respuestas (Pérez-Sales, 2014). Una hipotética respuesta traumática después de un evento de esta envergadura también dependerá del tipo de trauma, su duración o el significado que se le otorgue.

El carácter catastrófico de un conflicto bélico entonces, acompañado con una numerosa cantidad de otras situaciones que se dan en paralelo que amenazan a la integridad de las personas y volvemos a la dialéctica mencionada del trauma psicosocial.

2.5) Guerra como experiencia extrema y riesgo:

¿Por qué y cómo la guerra es una experiencia extrema que desafía los límites físicos y emocionales de los individuos?

En una concreta definición se entiende como experiencia extrema aquella experiencia de trauma (amenaza grave a la integridad física o psicológica), pérdida traumática (duelo por la pérdida inesperada de algún elemento relevante dentro del marco identitario o de relaciones de la persona) o crisis (adaptación a cambios radicales en las condiciones del ciclo vital y requerimientos asociados a ello) que conlleva un cuestionamiento de la realidad personal y

del entorno (Pérez-Sales, 2014, p.13).

Para Mira y López (1944) toda persona que permanezca en una zona de guerra tiene grandes posibilidades de tener reacciones anormales, las cuales en tiempos de paz serían consideradas patológicas. Nos dice también el autor que durante la guerra todo el mundo está trastornado, nervioso y quizás alterado actuando de manera errática. Para el autor entonces no es extraño, que se encuentre un creciente número de personas que puedan ser consideradas como “locos” por quienes no comprendan estas situaciones.

Para Kasanzew (2019), quien estuvo en Malvinas, veterano civil y periodista, las condiciones de las trincheras hizo que para los soldados la vida fuera muy dura. Incluso más dura que en cualquier otra guerra. Luego de cavar los pozos inmediatamente brotaba agua y entonces vivían y dormían allí empapados en condiciones climáticas adversas, teniendo en cuenta que nadie estaba acostumbrado a tales fríos. Además nos dice que en muchos lugares la comida de la tropa era deplorable y muy escasa.

Para Castaño, Jaramillo y Summerfield (1998) los acontecimientos que se viven en la guerra y las atrocidades de la misma son tan extremas que no causan solamente grandes sufrimientos, sino que muchas veces causan traumas posteriores. Para los autores hablar de trauma implica tener en cuenta diversos factores. Plantean subclasificar el término de el tiempo que transcurre desde que se da el momento de inicio de la situación (en este caso el comienzo de las hostilidades), que podríamos llamarlo el trauma primario. Por otra parte tenemos a las personas en un trauma secundario, y estas serían los amigos cercanos o familia de las víctimas.

Por lo cual, siguiendo la postura de los autores, el impacto social de vivir una experiencia extrema como lo es la guerra es muy amplio y no queda enmarcado únicamente en quienes participan de la misma. Y el factor psicosocial de las consecuencias de una guerra es tan amplio que abarca a todo el círculo de quien lo padece. Entonces en la dialéctica del trauma y su relación con el medio social el efecto potencial es devastador y es mucho mayor al número de individuos que presenciaron la experiencia.

Por otra parte, pensando en la vivencia de una experiencia extrema, según Mira y López (1944) a pesar de la determinación y el entusiasmo que puedan tener todos los soldados, tan pronto como empiezan a ocurrir y hacerse habituales y perceptibles los efectos físicos de la guerra (explosiones de bombas, ver heridos, ver muertos, etc) es imposible que no sientan un cambio en su interior.

Las situaciones extremas que pueden acontecer en un conflicto armado son diversas. Pero para ver experiencias extremas en este conflicto repasemos un hecho relatado por el veterano Orlando G González en plena batalla de Monte Longdon frente a la escasez de alimentos:

“quedamos arriba, atrapados, los ingleses ya habían tomado todo. Era un desastre. Y yo encontré un hombro. Un hombro que voló y yo lo guardé. ¿Qué vas a hacer con eso? me dice mi compañero. Y... si ellos pasan para allá esto lo vamos a comer. Si no encontramos nada en lo de Baldini (la posición) si ellos siguen para puerto argentino comemos esto. Me hizo acordar a la película de los uruguayos que cayeron en Chile. No sé de quién era el hombro pero era un pedazo grande” (González, 2023, 00:44:40).

Puntualmente en Malvinas, según Silva, M (2006), basándose en un estudio de Borini, et al (1999) si bien no fue una guerra larga, son muchas las consecuencias físicas y psíquicas en los veteranos. Lo extremo de la guerra lo vemos en cifras como: estar expuestos a hambre o frío el 86%, bombardeos y falta de agua un 72%, a explosivos el 64%, grandes esfuerzos físicos un 66%, ruidos 81%, a riesgo de muerte 84%, entre otras cosas.

En lo que refiere a las vivencias extremas del conflicto mismo, para Liria y Vega (2002) los síntomas que configuran el hipotético trastorno (hiperalerta, vivencias de intrusión, evitación y entumecimiento afectivo) constituyen en buena medida defensas adaptativas ante estas situaciones y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población (son tan estadísticamente normales) que no parece que tenga sentido calificarlas de patológicas o trastornadas. Pero, como se mencionó anteriormente, a futuro según cómo estas situaciones se inscriban en el psiquismo de cada uno se verá si termina por ser nocivo para la salud. Aunque esto no quita que en el momento sea un padecimiento real.

Es una experiencia tan extrema la guerra que, en la misma, la violencia, la fuerza mecánica y hasta la brutalidad prevalecen por sobre la persuasión y la razón, al igual que ocurre en la locura. Por otro lado, la escasez de alimentos, la falta de sueño, la falta de higiene, entre otras necesidades físicas, como también el agotamiento mental, originan la disminución de las energías individuales volviendo a la persona más vulnerable y con más miedos (Mira y López, 1944).

Análisis de cómo la exposición constante a peligros y la existencia de riesgos

influyen en la salud mental y en el trauma psicosocial:

Por factor de riesgo nos referimos a “un contexto caracterizado por la probabilidad de pérdidas y daños en el futuro, las que van desde las físicas hasta las psicosociales y culturales.” (Lavell, A. 2001. p.2).” Según Lavell (2001), el riesgo se da por la existencia de factores de amenaza y vulnerabilidad. Una amenaza puede ser causada por la posibilidad de ocurrencia de un evento que potencialmente pueda causar daño a la sociedad o a un subgrupo de ésta como vimos previamente.

En situaciones consideradas extremas existen diversa cantidad de riesgos que pueden contribuir al agravamiento de ciertos desastres. Para González y García (2000) los riesgos son condiciones preexistentes que potencialmente pueden resultar dañinas si se combinan con la aparición de algún tipo de fenómeno extremo y pueden agravar el daño a una comunidad o subgrupo de población si estos no estuvieran mejor preparados para el mismo. Por consiguiente, muchas veces las causas son humanas. Los autores también nos dicen que estas situaciones al estar en la sociedad pueden observarse ya que son reconocidas como peligrosas debido a las consecuencias que pueden acarrear, y la magnitud de los daños que pueden ocasionar. Pero siendo este caso bastante repentino e inesperado, podría no caber esta concepción.

Un ejemplo de ello es que después de la recuperación y consolidación de las islas se hicieron evidentes muchas carencias. Una de ellas fue la carencia de atención médica hospitalaria. Entonces se ordenó el traslado tanto del personal como del equipo del hospital más cercano en el continente, el cual estaba ubicado en una distancia superior a los 1000 kilómetros. A partir de ese traslado se estableció un hospital de campaña, pero dicho hospital recién pudo lograr su plantilla completa el 3 de junio de 1982, es decir, 11 días antes de la finalización del conflicto. Pero a pesar de estos esfuerzos, la composición del personal fue insuficiente ya que se carecía de profesionales clave tales como instrumentistas. Por otro lado, no había puestos de socorro en grandes extensiones de territorio y muchos lugares de relevancia estratégica no disponían de capacidad quirúrgica o la misma era muy limitada (Silva, 2006).

Además, recién para el 1 de junio de 1982 se pudo disponer de dos buques hospitalarios, evidenciando las dificultades en el montaje y la organización de elementos fundamentales en toda guerra. En parte se puede atribuir a la falta de experiencia o al nivel de improvisación inherente al conflicto. Por otro lado, se presentaron obstáculos significativos en la logística del ejército en lo que refiere a la cadena de evacuación de los heridos. La

peculiaridad del terreno montañoso hacía que se tengan que transportar heridos a pié a lo largo de extensas distancias debido a la escasez de vehículos terrestres que se amolden a la geografía de la zona y además porque eran fácilmente detectables. En este conflicto la mayoría de las lesiones ocurrían durante la madrugada y unido a la falta de visores nocturnos, la escasez de helicópteros disponibles para tales fines y la consecuente demora en la evacuación representaban un riesgo potencialmente mortal. Considerando todas estas adversidades hay que destacar que existe “el periodo de oro”, que ocurre en las primeras dos horas luego de la lesión en las cuales, condiciones médicas críticas como hematomas subdurales o extradurales, hemoneumotorax, ruptura del bazo o hígado, fractura de fémur o lesiones múltiples requieren atención médica inmediata. En el caso de Malvinas, generalmente el herido de primera línea demoraba un promedio mayor a las seis horas para acceder al tratamiento quirúrgico. (Silva, 2006).

Dicha situación, si reflexionamos al respecto, puede generar grandes problemas a futuro. Imaginemos la situación de un soldado que fue herido a muchos kilómetros de distancia del hospital de campaña. Esa demora en la atención, podría agravar a la posteridad alguna herida debido a las dificultades existentes en lo que refiere a la sanidad en pleno conflicto y generar algún tipo de discapacidad o trauma.

Si bien existen muchas situaciones similares para relatar sobre Malvinas en relación a lo expuesto, mencionemos la situación que vivió el veterano Roberto Baruzzo, condecorado con la Cruz de la Nación Argentina al Heroico Valor en Combate:

“Fui herido en Monte Kent en un bombardeo. Me entra un alambre que desprendió la bomba y me entra por un dedo y me sale a la altura del codo... Estuve toda la tarde, la noche y hasta el mediodía sin asistencia y entonces empecé a caminar (ya con fiebre, delirando y mi brazo estaba azul) hacia Monte Challenger y me encuentro a un sargento y me aconseja que vaya hacia Monte Harrier que estaba el regimiento 4 y había una enfermería. Caminar de una montaña a la otra no es un paso, y lo más difícil es caminar en la montaña... Cuando llego a Monte Harriet hay otro bombardeo y los soldados se dispersan por todos lados y uno me pisa el brazo herido... sentí que se reventó mi brazo. Salía mucha pus. Llegué a la enfermería y no había absolutamente nadie. Pero había remedios y aunque no entiendo nada vi uno que decía penicilina y me lo eché todo en el brazo. En ese momento comienza otro bombardeo y a 30 metros vi a un soldado muy herido. Y fui a auxiliar a ese hermano. Y cuando llegué me di cuenta que le faltaba la pierna y tenía los brazos todos pelados. Y partes de un testículo y de uno de los pómulos abiertos. Lo cargué y encontré un camino y lo llevamos al hospital de Puerto Argentino y se salvó! Pero después que

volvimos, ese fue el primero en matarse... Tenía una hermana y su mamá. Para mi fue un dolor muy grande porque dimos todo para salvarlo y toma esa decisión. Solo Dios sabe ” (Baruzzo, 2022, 00:00:47).

Agger, et al (1995) afirman que una falta de atención a los problemas asociados con el trauma son capaces de afectar incluso hasta una o dos generaciones posteriores a través de grandes aumentos de adicciones como puede ser al alcohol o la droga, puede conducir al suicidio, la violencia criminal, doméstica y hasta desembocar en enfermedades psiquiátricas. Una experiencia traumática que no sea resuelta puede causar nuevos odios y nuevas guerras.

Siempre las características de todo el contexto social influyen de manera determinante a la intensidad, severidad y cronicidad en lo que refiere a las consecuencias que tienen eventos extremos como los que pueden ser las guerras (Marsella, Friedman, Gerrity y Scurfield, 1996; Beristain, 1999; Hernández, 2000, Navia y Ossa, 2003) e influyen aquí todos los factores que rodean a la persona y sus condiciones de vida.

3) Impacto en la Salud Mental de los Veteranos

3.1 Vulnerabilidad y Resistencia:

-Discusión sobre la vulnerabilidad de los veteranos ante el trauma psicosocial,

Para Lavell (2001), la vulnerabilidad constituye una serie de características diferenciadas de la sociedad que son propensas a sufrir daños frente a un evento físico y que dificulte a futuro la recuperación.

Las vulnerabilidades son un factor clave a tener en cuenta a la hora de analizar una catástrofe. Para González y García (2000) los grupos vulnerables significan que una persona o un grupo de personas tienen cierta debilidad que hace que las situaciones peligrosas los puedan afectar más fuerte que a otros. Y aquí estamos hablando de un grupo (veteranos) entero con aspectos vulnerables y factores de riesgo preexistentes.

Entonces, siguiendo a González y García (2000) un porcentaje muy alto del impacto en la vida de la persona depende pura y exclusivamente de la experiencia previa y las

condiciones de vida anteriores de las personas afectadas. Eso tiene que ver tanto con la falta de formas de prevención como con las condiciones de pobreza que hacen que haya un círculo vicioso de desastres/pobreza – pobreza/desastres del cual es muy difícil la recuperación.

Por lo cual, nos dice Díaz et al (2007) cuando hablamos de situaciones de vulnerabilidad no podemos hablar de situaciones postraumáticas sin situaciones pretraumáticas que potencien las consecuencias de un hecho. Martín-Baró sostiene la idea de que las variables macrosociales adquieren un gran protagonismo. Funciona como la estructura que impera y sostiene esta disposición.

¿Cómo relacionarlo con el trauma psicosocial? Es importante remarcar que “el trauma psicosocial constituye así la cristalización en los individuos de unas relaciones sociales aberrantes y deshumanizadas. La manifestación sintomática individual de este trauma aparecerá en los individuos biológicamente más vulnerables, más directamente afectados por el conflicto bélico, y/o más desprotegidos” (Ibañez, 2005. p.4).

Lo expuesto por Ibañez es importante de tener en cuenta ya que para Mira y López (1944) una de las características centrales e importantes de la guerra consiste en privar al enemigo de sus dimensiones espirituales y trascendentales para así limitar su accionar, intentando conseguir que solo luche por su mera supervivencia. Por lo cual, es importante tener en cuenta aspectos vulnerables para trabajar sobre ellos. Y fundamentalmente abordar esas vulnerabilidades a la posteridad del acontecimiento para mejorar la rehabilitación de la persona.

Se puede concluir entonces que al finalizar la guerra, quien la vivencia se encuentra en un estado vulnerable. Según la OMS (2011) se entiende estado vulnerable como la reacción subjetiva de un individuo ante el evento peligroso, cuando este ocurre y posteriormente, la persona responde según sea su percepción del evento.

Para Pérez-Sales (2006) aquellas personas más vulnerables que deja la guerra son los soldados ya que son los más expuestos a la misma. Sin embargo, nos dice el autor que ser un soldado entrenado y profesional puede ser un factor protector, como indican algunos estudios de Vietnam. Y la población a la que aquí se hace referencia no son los soldados profesionales sino los conscriptos.

Pensando entonces en el estado de vulnerabilidad que habría experimentado ésta

población al finalizar el conflicto, sería lógico pensar que una medida inicial para empezar con una rehabilitación sería garantizar el acceso a la salud. Según Chao,(2020) en 1993, la Federación de Veteranos de la Guerra de Malvinas junto con el Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) y la Presidencia de la Nación, dieron a conocer algunos datos y los mismos revelaban que en una muestra de 150 veteranos, “el 85 % de los veteranos de guerra no ha tenido revisión médica una vez finalizado el conflicto, y el 80% no ha tenido revisión médica alguna durante estos últimos doce años” (Chao. 2020, p.11).

Entonces, diremos que frente al estado de vulnerabilidad de dicha población, con todos los elementos que fueron expuestos, si le sumamos por ejemplo que muchos de ellos casi no tenían acceso a la salud y lo que hemos expuesto anteriormente sobre el rechazo social se puede considerar que su estado de vulnerabilidad fue muy alto y esto no solo perjudica a la salud, sino que habilita a abordar la situación desde la perspectiva del trauma psicosocial.

¿Qué son los mecanismos de resiliencia y cómo pueden ayudar a enfrentar situaciones complejas? :

Según López (1996) el origen de este término hace alusión a la capacidad de un objeto de volver a su forma original a la postre de recibir un fuerte impacto. Con el pasar del tiempo se comienza a incluir este concepto en lo que refiere a la salud mental. Luego, dice Arciniega (2005) que se observó en un estudio con niños en situaciones de riesgo, los mismos podían superar las distintas adversidades que se le presentaban y tenían la capacidad de proyectar un futuro alentador ya que los mismos tenían figuras de apoyo significativas y esto servía de resistencia a la adversidad y ayudaba al desarrollo de estos niños.

La resiliencia entonces se puede conceptualizar como una capacidad que tiene el individuo para resistir ante adversidades que le surgen en la vida y salir adelante a pesar de las mismas sin que esto ocasione cambios bruscos y negativos en el desarrollo. Dicha capacidad de resiliencia, no corresponde únicamente a la individualidad del sujeto, sino que está interrelacionada y es interdependiente de elementos tales como los factores sociales en los que viven, la relaciones con los otros, los factores ambientales y también por la individualidad de cada sujeto, sea su estado psicológico o biológico.(D’Alessio, 2008; Guillén et al., 2013).

Por su parte, para Connor y Davidson (2003) la resiliencia opera como si fuera un escudo o una protección a la hora de enfrentar situaciones estresantes. Los mismos mencionaron

cinco factores de relevancia: las habilidades personales, la confianza en los instintos, y tolerancia a situaciones negativas, la aceptación positiva de los cambios y las relaciones seguras, el control y la influencia de la espiritualidad en las personas. Vemos entonces que una situación riesgosa para la integridad de la persona genera en la misma diversas formas de afrontamiento a lo cual llamamos resiliencia. Siguiendo este pensamiento, para Krauskopf (2007) tienen mejores herramientas para afrontar un evento negativo aquellos que desarrollen resistencias que los que no.

Entonces los acontecimientos traumatizantes, extremos o disruptivos en el entorno psicosocial de la persona, además de elementos negativos, también genera o posibilita la aparición de elementos resistentes para así afrontar una o varias adversidades con positividad. Arregui (2002) citando a Silva (1997) lo definen como: “la capacidad universal de todo ser humano de resistir ante condiciones adversas y recuperarse desarrollando paulatinamente respuestas orientadas a la construcción de un ajuste psicosocial positivo al entorno, a pesar de la existencia simultánea del dolor y el conflicto intrapsíquico” (p. 245).

Si observamos estudios desarrollados en tiempo de guerra (Pumanäki, 1982, Martín-Baró, 1990) se llega a la conclusión de que las personas que están más involucradas en las causas, sea política, social o militarmente en uno de los bandos enfrentados resisten mejor los desequilibrios generados por el conflicto que aquellos que no lo están. (Ibañez, 2005).

Investigaciones como la de King (1988) afirman que las personas que encuentran elementos positivos en sus vivencias pueden superar mejor las adversidades que aquellas que tienen una mirada completamente negativa de los hechos, que incluso se aíslan o culpan de sucesos ocurridos. La relación emocional con los hechos es fundamental para integrar experiencias traumáticas de manera sana en el psiquismo de la persona. Y estos sentimientos son muy importantes si aparecen en los más jóvenes y también ayuda a los adultos a darle sentido a sus vidas luego de experimentar estas vivencias. Aquí se vuelve entonces primordial el apoyo familiar y social que sirvan de manto protector para el individuo.

A su vez para Vanistendael (1994) la resistencia es la capacidad de protegerse en situaciones de gran peligro creando un comportamiento positivo ante la adversidades que acontezcan. Loarche, Piperno y Sierra (2011) afirman que existen factores protectores específicos que son los que actúan como los pilares de la resiliencia, tales como: autoestima, introspección, independencia, interacción, iniciativa, creatividad, sentido del humor, pensamiento crítico, ideología personal.

Existen al parecer algunos rasgos de la personalidad resistente (resiliencia). Es decir que hay individuos que tienen más resistencia para enfrentar situaciones traumáticas o difíciles. Entre estas características se encuentran: 1) las posibilidades de dar sentido a la experiencia, 2) el grado de compromiso de la gente con la situación; si la gente se siente más comprometida, más activa, va a movilizar más recursos 3) La sensación de control que tiene del hecho (Vázquez, et al. 2000).

Finalmente, para alcanzar la resiliencia se necesita tener recursos de afrontamiento, los cuales, si funcionan, pueden mejorar el bienestar de las personas. Estos recursos son tipo cognitivos, emocionales y conductuales. Pero es propicio mencionar que existen mecanismos de afrontamiento que según la situación pueden ser efectivos o no, adaptativos o desadaptativos dependiendo del contexto (Ibañez, 2005).

Si bien en la guerra todo tiende a ser devastador, hay sensaciones u ocasiones que ayudan a mitigar los miedos o a combatir contra la desesperanza fortaleciendo la resistencia. Por ejemplo, el miedo baja si el sujeto experimenta situaciones como ser ayudado por la presencia de un grupo cercano y visible, se halla, o cree hallarse, protegido contra un golpe directo, conoce la localización del peligro y sabe como puede ser dañado por él o si está consciente de su propia fuerza sabe qué ha de hacer en todo momento (Mira y López, 1944).

Pero más allá de lo expuesto, para Ibañez (s.f) resulta evidente que los mecanismos de afrontamiento no alcanzan para satisfacer las necesidades provocadas por todas las atrocidades que ocurren en la guerra. Pero ayudan en el fortalecimiento de ciertos mecanismos donde posteriormente se debe centrar la intervención profesional.

Durante la guerra de Malvinas hubo un elemento que ofició de ser, en líneas generales, la mayor resistencia. Como lo llama Kasanzew (2019) “el escudo de la fe”. Y el autor nos dice que dicho escudo no solo le hacía sentir a los soldados que estaban protegidos del enemigo, sino también de las miserias que vivieron en la guerra.

El veterano, en entonces conscripto Miguel Savage al respecto relata lo siguiente:

“estábamos en el pozo aguantando la artillería, había muertos afuera y heridos adentro. Era un momento caótico, terrible, en cualquier momento moríamos. Yo agarré el rosario y entré a rezarlo a los gritos entre las bombas. Y de golpe yo y todo mi grupo sentimos como una

tranquilidad, algo mágico, una paz interior que nos daba la certeza de que íbamos a volver y nuestras vidas iban a ser buenas.” (Kasanzew. 2019, p.224).

Por lo cual, observamos que los mecanismos de afrontamiento son importantes para la salud mental por sí solos no pueden cambiar un cuadro de salud entero. Sino que deben estar acompañados de otros recursos para que todos, en conjunto, puedan ayudar al estado de salud global de la persona. Incluso, estos recursos de afrontamiento, podemos tomarlos como antecedentes para futuras intervenciones, como si fueran puntos de partida, para así a largo plazo alcanzar emociones positivas y contribuir al bienestar.

3.2) Efectos a largo plazo:

Efectos psicológicos de la guerra y su persistencia después del conflicto; trauma psicosocial en la salud mental de los veteranos:

Como se dijo al principio del ensayo, para Ibañez (s.f) la experiencia de vivir una guerra se torna tan sumamente violenta y brusca que resulta imposible imaginar que la vivencia de la misma no deje secuelas de algún tipo como lo pueden dejar otras situaciones de la vida cotidiana con características similares.

Es importante tener en cuenta el hecho de que la mayoría de los estudios (Arcel, 1994; Bracken, 1997; Deahl, 1994; Mollica, 1987, 1999; Ramsay, 1993, Richman, 1993; Thuselius, 1999; Weine, 1995) sobre consecuencias de la guerra se han realizado en estas situaciones de posguerra. Las consecuencias a largo plazo después de una guerra pueden ser múltiples. Y siempre, esas consecuencias deben de afrontarse con los distintos recursos que se dispongan.

Se tiende a creer que el trastorno por estrés pos traumático es la consecuencia en general de toda la guerra. Según el DSM IV (1995), lo que caracteriza principalmente al trastorno de estrés post traumático (TEPT) es la aparición de ciertos síntomas en la posteridad de haber estado expuesto a un acontecimiento de alto estrés y altamente traumático donde la persona vivió reales peligros para su integridad física o algún otro tipo de amenaza. Lo primero que menciona el DSM IV es el de los combates en el frente de guerra. Y además, es de donde se origina el estudio específico de dicho trastorno, ya que “las guerras de Israel y del Vietnam supusieron un impulso a los estudios sobre trauma que desembocaron en la descripción del Trastorno de Estrés Postraumático que se incluyó en el DSMIII “ (Ibañez, s.f.

p.4).

En lo que concierne a los veteranos de Malvinas, a pesar de la carencia de datos oficiales o investigaciones extensas en un gran número de excombatientes, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) según un informe de 1999 estima que entre el 25 y el 39% de los veteranos argentinos podrían haber sufrido TEPT. Por otro lado según una investigación que llevó a cabo Jalil (2006) con veteranos argentinos sobre la existencia de indicadores de TEPT a los 23 años de terminado el conflicto los resultados que obtuvo la muestra sobre estos veteranos es que un 76% de los participantes podrían reunir los criterios necesarios para un diagnóstico de TEPT.

Si lo comparamos con el “Estudio Nacional de Readaptación de Veteranos de Vietnam” (Kulka, 1990) sobre la prevalencia del TEPT en los veteranos de Vietnam, arroja la cifra de que el 30,6% de los soldados sufrieron TEPT en algún momento de sus vidas. Y en general, según diversos estudios sobre la prevalencia a largo plazo en la vida de las personas que padecen el TEPT, las cifras oscilan entre 1% y 8% de las personas que viven una experiencia traumática. La mayoría de casos de TEPT se resuelven por sí solos entre el primer y el cuarto mes. (Pérez-Sales, 2006). Por lo cual las cifras antes mencionadas son altas en comparación con el promedio.

Pero, los efectos de la guerra van mucho más allá. Para Pérez-Sales (2006) una explicación sencilla y plausible es que el TEPT es una de las respuestas posibles ante el trauma, pero no la única. Teniendo en cuenta la perspectiva psicosocial, además del TEPT también son de igual importancia problemáticas como la ansiedad, la depresión, los duelos no resueltos, los síntomas somáticos después de la guerra, los problemas de relacionamiento personal que experimentan los veteranos y otras tantas variables posibles. El TEPT como enfermedad psiquiátrica sería un concepto interesante y que aporta importantes avances en muchos terrenos, si bien en este sentido, conceptualmente limitante.

Si evaluamos el impacto psicosocial se tiende a hacer una valoración de los problemas de salud mental como un factor importante. Viendo la bibliografía que habla del impacto y desplazamiento de las catástrofes, en general se habla de estudios sobre afectaciones en lo que refiere a la depresión, ansiedad, TEPT e incluyen alcoholismo u otros problemas psicóticos. (Summerfiel y Hume, 1993).

Por su parte, Mollica (1998) en sus modelos tienen enfoques más abiertos que adaptan en las evaluaciones tradicionales que se centran en los síntomas, la historia, el significado

simbólico del trauma y el grado de incapacidad funcional de la persona con el argumento de que la funcionalidad de es fundamental en el acompañamiento de quien padece y sus respectivos procesos terapéuticos.

Para Vera (2007) en cambio, las consecuencias psicológicas entre dicha población son varias y de extrema gravedad. Las personas pueden experimentar daños de diversos tipos, tales como moral o traumático. Las consecuencias psicosociales de una guerra se expresan en la ruptura del tejido social, la división de las comunidades, el enfrentamiento, la polarización social. Todos son afectados de una u otra manera por la guerra.

Para Liría y Vega (2002) una guerra no es un acontecimiento que produce un impacto, sino que es un proceso el cual que exigen un trabajo de adaptación. Y cuando esa adaptación y su dialéctica con el medio comunitario o social es negativa el bienestar y la salud se ven perjudicados.

Elementos sociales y estatales que influyeron en la salud mental de los veteranos de Malvinas, desmalvinización y trauma psicosocial:

Para Hernández y Blanco (2005) conceptualizar al trauma como psicosocial es una invitación a considerar diversos factores que rodean al individuo que son los que le dan sentido y significado al trauma y de esa manera expresar las consecuencias del mismo. Para Mollica (1999) al trauma se lo debe analizar de la mano de cuatro situaciones: a) el hecho real tal cual ocurrió, b) el significado cultural del trauma, c) lo que se oculta detrás del trauma, como las vulnerabilidades, y d) la relación entre quien escucha la historia y quien la narra.

Para Cuadros Riobó (2011) el trauma psicosocial es una profunda herida emocional que nace como respuesta a diversos procesos. Estos procesos, muchas veces sociopolíticos, son destructivos que exceden la capacidad de tolerarlo en la psicología de los individuos. Para el autor las crisis traumáticas podrían resultar o bien de un evento o de una serie de sucesos que devienen traumáticos. El proceso sociopolítico que causa el trauma también determina su desarrollo. El trauma constituye pues, un proceso, determinado por la interacción entre el entorno social y la situación psíquica del individuo (COSUDE, 2006).

Según Silva (2006) los veteranos argentinos, además de no haber tenido asistencia psicológica o médica, padecieron un enorme vacío social, como también un proceso de

“desmalvinización”. Dicho concepto nace del politólogo francés Alain Rouquie, y el mismo fue pensado y dirigido por la dictadura pero nunca revertido en democracia. Comenzó con la visión de un conflicto bélico, como la guerra, despojado de sus principales actores, silenciando a los soldados apenas volvieron al continente. De esa forma los soldados se convirtieron en víctimas de la dictadura, de la guerra y del silencio.

Para Kasanzew (2019), la desmalvinización no es más que una forma de censura que comenzó al día siguiente de la rendición hasta el presente y consiste en el ocultamiento de la historia completa de la Gesta de Malvinas.

Siendo así, es útil en este caso mencionar el concepto de trauma biopolítico de Giorgio Agamben (Agamben, G s.f. citado por Puget, 2006) para esclarecer el origen social de las situaciones de violencia frente a los efectos traumáticos en las situaciones de catástrofe. Incluir este concepto de lo biopolítico nos permite reconocer que el hecho de la violencia social muchas veces es producida estructuralmente con intencionalidad desde un gobierno o sobre el intento de control sobre una población específica y los efectos psicológicos de las personas serán las respuestas de las personas frente a estas acciones intencionadas en su contra. Al igual que con el trauma psicosocial, la característica central de esta violencia es que es originada fuera de la individualidad de la persona, actúa dejando inerme al sujeto, desestructurando su realidad y poniéndolo en una posición pasiva frente a sus perpetradores (Puget, 2006). Este concepto será importante para tener en cuenta en el estado de salud en la posguerra de Malvinas.

Al poco tiempo de haber finalizado el conflicto, nace la *Ley 23109 de Beneficios a Ex Combatientes*, la misma, establecía reconocimientos en la salud, el trabajo, la vivienda y educación y estaba dirigida a los que habían sido conscriptos para su recuperación inmediata, ya que los mismos habían quedado por fuera de la cobertura militar. Dicha ley decía que los soldados soportan de por vida las secuelas, y lesiones físicas y psicológicas por haber estado en conflicto y establecía como obligación del Estado normalizar sus condiciones de vida realizando tratamientos contra las secuelas físicas y psicológicas que padecían los veteranos (Chao, 2020).

No obstante, la ley no tuvo decreto de reglamentación hasta el año 1988 y su ejecución nunca se realizó, manteniéndose así el problema en cuestión. Sin embargo, mientras esto se discutía, la realidad se dio de forma muy distinta. Los veteranos no recibieron ningún tipo de ayuda o tratamiento y tuvieron que continuar con sus vidas y la realidad evolucionó de manera divergente. “Recién en el año 1990, se presentó un proyecto de pensión vitalicia

que luego se convertiría en la Ley 23848, la primera sobre pensiones de guerra.” (Chao, 2020, p.5).

Esto lo explica muy bien el veterano de Malvinas Augusto E. Vilgre Lamadrid al unirse a la Dirección de Bienestar del Ejército en la unidad de veteranos de guerra en el año 2009:

“ahí encontré, no lo que el ejército tenía para los veteranos de guerra, que lo poco que podía tener y lo poco que podía hacer... Lo que el Estado Nacional tenía para sus veteranos! Ahí entendí que era mejor ser veterano inglés que ser veterano argentino (...) así sintetizo lo que me encontré. Lo que el Estado Nacional tenía para sus veteranos era: nada. Nada. Una porquería . Alguien en el año 1983 sacó una Ley, la 23109 que decía todo lo que el Estado argentino iba a ser con sus veteranos. Tanto le importó al Estado que la reglamentó en 1988, un montón de años después. Y no se ejecutó nunca.” (Lamadrid, 2022, 00:00:29).

Silva (2006) citando a Rubén (2002) nos dice que en el caso de los veteranos de Malvinas, el derecho a la salud es algo que se les fue negado ya que “a muchos de los que después fueron considerados "locos de la guerra" les resultó traumático ese brusco retorno, fundamentalmente por la falta de empleo y contención. Algunos se aislaron o cayeron en la depresión, el alcohol o la droga porque no tenían trabajo o una familia que los respaldara” (Silva, 2006, p.6).

Para Hernández y Blanco (2005) casi todas las historias nos invitan a comprender y poner en consideración las limitaciones de algunos criterios diagnósticos occidentales ya que existen formas idiosincrásicas en la expresión de dolor que son normativas. Basoglu, (1992); Pope y García-Peltoniemi, (1991); Somnier, Vesti, Kastrup y Genefke (1992) muestran una amplia coincidencia en que los factores etnoculturales que tienen que ser incluidos a la hora de comprender el trauma debido a que son elementos trascendentales para comprender verdaderamente lo que atraviesa el sujeto y poder así afrontar sus consecuencias. Comprender las consecuencias del trauma sin entender los significados culturales de donde se originan podría limitar mucho el accionar posterior.

Para Pérez-Sales (2006) siguiendo lo expuesto por Martín-Baró, nos dice que el hablar del trauma psicosocial implica asumir un espacio de trabajo o marco conceptual en el que la sociedad en su conjunto podría resultar afectada por el impacto de algún tipo de hecho traumático masivo. Esto, irremediamente afecta la evolución de cada individuo a enfrentar su trauma o superar su vivencia. Es importante desde esta perspectiva de

Martín-Baró tener en cuenta la indivisible relación individuo-sociedad, ya que las mismas son una representación social de lo que desarrolla cada persona en su psiquismo.

Esto nos lo ejemplifica muy claramente, el veterano Eduardo R Roperto:

“a mi me dolió más la guerra interna. El después de la guerra para mi fue diez veces peor que la guerra. Porque vos estabas en la guerra peleando contra el enemigo. Y después cuando llegaste al continente te diste cuenta que tenías un montón de enemigos. ¿Cómo puede ser que haya tanta cantidad de suicidados y no haya atención psicológica? Porque yo tuve la suerte de que tenía laburo pero había un montón de gente que no tenía un carajo, que había dejado la escuela. Y la contención familiar era muy importante y muchos no la tenían” (Roperto, 2023, 00:50:01).

Situaciones como la del veterano Eduardo Roperto nos muestran que en esa dialéctica individuo-sociedad potenciaron aún más el malestar psicológico por lo que fue la experiencia de haber estado en conflicto. Y al mencionar que han sido muchos sus pares que se han suicidado nos llama a tomar en cuenta en que este fenómeno es interpretado así por varios veteranos.

Para González y García (2000) es de fundamental importancia tomar en cuenta los efectos colectivos y sociales, para no ver los efectos colectivos como si fueran una suma de los efectos individuales, o los efectos sociales como la suma de los efectos psicológicos. Primero porque muchas pérdidas humanas, materiales o simbólicas, significan un empeoramiento de las condiciones de vida o incluso condiciones de marginalidad social, pero también por el significado simbólico que tienen muchas pérdidas asociadas a la identidad.

Siguiendo esa línea de pensamiento, es pertinente incluir la mirada de la representación de sí mismo que tiene cada miembro de ese subgrupo de población. La representación sería una serie de múltiples representaciones tomando el concepto de identidad de la persona (que coexisten en un mismo individuo), puede generar que sea compartida por un alto número de personas o por la mayoría de las personas de una comunidad o población en cuestión. Aquí surge la idea de imaginario colectivo o representación social compartida. Entonces, desde esta mirada, cuando ocurre un hecho traumático devastador (en este caso, una guerra), el mismo impacta en toda una colectividad (los ahora veteranos de guerra en este caso) y se puede intuir que existe un efecto más o menos generalizado como como se

representa, interpreta y comparte una realidad y que esto, siguiendo la idea del carácter psicosocial de lo traumático, tenga repercusiones a nivel del procesado individual de los hechos (Pérez-Sales, 2006).

Martín Baró (1990) al plantear al trauma psicosocial como esa relación dialéctica que existe entre la persona y lo social, vemos que el papel de la sociedad es fundamental en la recuperación de los que padecen. Muchas veces la gente ha vivido una experiencia que tiene un carácter colectivo pero a la hora de afrontarlo debe hacerlo con recursos individuales. Y en esta relación dialéctica es de donde creo que tenemos que aprender a entender y medir el impacto traumático.

Entonces, en el trauma psicosocial, es necesario mirar más allá del sujeto e incluir todo aquello que lo rodea. De esta manera, analizando todos los componentes del medio social del individuo podemos entender mejor y comprender con más certeza lo que la persona siente, lo que sufre y lo que piensa. La necesidad de recuperar el contexto: ese es nuestro argumento primordial a la hora de hablar de trauma psicosocial.

En relación con el trauma psicosocial, para Beristain (1999) los efectos psicosociales de las catástrofes colectivas se clasifican en: el impacto directo al individuo como puede ser el trauma, estrés o duelo. El empeoramiento de las condiciones de vida (desplazamiento, pérdidas económicas y desintegración social). Desestructuración familiar (impacto en pérdidas familiares, cambios en la estructura de la familia y las relaciones), Aislamiento social (división comunitaria, distancia social, miedo). Amenazas (riesgos futuros, señalamiento, estigma). Cambios culturales (aculturación, respuestas colectivas de defensa). Desestructuración organizativa (pérdida de referentes, límites al desarrollo).

Según datos de Borini et al. (1999) una investigación realizada a 22 veteranos de guerra argentinos (que habían sido conscriptos) entre los años 1996 y 1998 con edades de entre 32 y 34 años arrojó números inquietantes. La investigación observó que al iniciar la investigación más del 70% de los veteranos presentaba algún tipo de afectación en ese momento (o más de una). Se vieron casos de trastornos relacionados con el descontrol de los impulsos, trastornos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo, cambio de carácter, sentimientos de discriminación, trastornos en el sueño, guerra sentida como catástrofe, situación traumática actual, trastornos en la memoria, violencia, trastornos en el pensamiento, irritabilidad, angustia, ideas frecuentes de suicidio, trastornos en el tiempo, fobias, depresión, intentos de suicidio, síntomas psicóticos.

Es relevante entonces asumir estas catástrofes como colectivas, ya que en general además, según el Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (1995) “alrededor del 10% de los veteranos argentinos de las Malvinas han intentado o consumado suicidios en los años posteriores a su fin, cifras desconocidas en ninguna otra guerra contemporánea. Además de las condiciones inhumanas (sin equipamiento, frío, hambre...) durante la guerra, a su regreso sufrieron una maniobra política gubernamental con amplio despliegue de prensa y fuerte resonancia social en sectores patriotistas de descalificación y acusación mediática como “fracasados” y “cobardes” ”(Pérez-Sales. 2006, p.113).

Hay diversas fuerzas que moldean nuestra manera de ser y nuestro funcionamiento en la vida cotidiana y estamos hablando de las fuerzas sociales, culturales y ambientales. Resulta entonces fundamental la cultura en la que habitamos con todo lo que eso conlleva en lo que refiere a las oportunidades, frustraciones y el entorno, hechos que irremediamente tienen incidencia en la salud mental. También existen factores como el nivel económico de la persona, su origen y lugar de residencia (campo o ciudad). Es importante tomar todos estos factores para pensarlos en conjunto en relación con el trauma psicosocial, debido a que para analizar el trauma, son todos factores de relevancia para considerar. “Y todos estos elementos conceden un determinado tono a nuestras experiencias, limitan o restringen nuestras opciones, e incluso influyen en nuestra concepción de la salud y del trastorno mental” (NACMHC, 1996, p. 722).

En lo que refiere a Malvinas hay algunos datos que son importantes para ejemplificar el problema. Por un lado, en 1995 se realizó un análisis para evaluar la situación de los veteranos en ese momento en lo que refiere a la vivienda, empleo, educación y acceso a la salud. Dicha muestra fue sobre 500 veteranos encuestados. Siguiendo la misma línea encontramos otro antecedente en el año 1996 (a 14 años de finalizada la guerra) de parte de Alejandra Ruiz López, médica psiquiatra y docente de la Universidad de Buenos Aires en el departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina. Aquí se recibían las demandas de sus soldados y ambos estudios coinciden en que las quejas eran sobre aquellos soldados que, terminado su período de conscriptos volvían a la vida civil y reclamaban derechos sociales y laborales. Para la autora en líneas generales se podían satisfacer muchas de las demandas pero en el corto plazo, ya que muchos veteranos terminaban por abandonar puestos de trabajo y muchas veces se generaban situaciones de rupturas familiares muy difíciles debido a esta problemática. (Silva, 2006).

Es importante remarcar que los familiares de los veteranos también padecen sufrimiento. Un relevamiento del Instituto Nacional de Servicios sociales para Jubilados y Pensionados

(PAMI) señala que hay un 35,2% de padres fallecidos y 16,6% de madres fallecidas debido a la afectación generada por el conflicto. Esto se debe a la falta de políticas de salud para los veteranos de guerra durante 25 años y además se registraron afectaciones de salud en otros familiares de veteranos. Un ejemplo puede ser el intento de suicidio de la hija de un veterano en Rosario: “un día a la noche, la hija de un veterano de Malvinas que hace 7 años se arrojó del Monumento Nacional a la Bandera, se tomaba un frasco de psicofármacos y terminaba internada en una clínica con una carta que decía “papá te extraño, te quiero ver, me voy con vos” (Silva, 2006, p.10).

También a fines de 2006 en Rosario hubo otro intento de suicidio. De modo que ahora los que sufren dicha falta de políticas durante 25 años, son los hijos que tienen entre 15 y 20 años de edad. Una madre de Rawson escribe: “mi esposo murió en un accidente de tránsito, aunque supongo que tuvo que ver con sus fantasmas...desde ese momento mi hijo tiene problemas con la droga. Esto pasó en el año 2000 y yo no se como hacer para que el chico deje la droga...La atención en los centros privados es muy cara, pero PAMI no me cubre este caso” (Silva. 2006, p.10). El problema es de tal magnitud que padres, hermanos, esposas e hijos aun hoy carecen de herramientas y elementos que le permitan comprender y comunicarse con los veteranos de guerra porque no han recibido tratamiento psicológico ni asesoramiento al respecto.

Para cerrar este apartado es importante ver el alcance que tiene el trauma psicosocial. Porque al darse en constante interacción del individuo con la sociedad, la situación específica del posmalvinas agrava la herida emocional de los que lo padecieron pero además esto no queda solo en el sujeto individual, sino que se puede trasladar. Por ejemplo con el padecimiento de familiares cercanos o allegados. El impacto psicosocial de un conflicto bélico tiene un alcance muy grande y desde la psicología estos elementos deberían de ser tomados en cuenta desde una perspectiva psicosocial ya que el padecimiento y las causas del mismo tienen una raíz social muy importante que tendría que tomarse en cuenta a la hora de realizar una intervención.

4) Posibles Métodos de Intervención y Rehabilitación

Importancia de pensar acciones dirigidas a mejorar la comprensión y apoyo en situaciones de trauma psicosocial:

Para Fernández Lira y Vega (2002), si propugnamos el desarrollo de intervenciones

psicosociales para las situaciones de catástrofe, guerra y violencia organizada, sería lógico pensar que es porque creemos que estas situaciones, afectan de algún modo a la salud mental.

Según la Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes (2007), las guerras causan graves sufrimientos a nivel psicológico y social a los afectados. Los efectos de estos hechos pueden ser agudos a corto plazo pero pueden deteriorar la salud en el largo plazo. Una situación de estas características puede amenazar la paz, los derechos humanos y el desarrollo de los afectados. Por ende, en situaciones de emergencia es una prioridad proteger e intentar mejorar la salud mental y bienestar psicosocial de los damnificados. Para que se pueda lograr, tiene que ser un objetivo primordial emprender acciones interdisciplinarias para cubrir todas las asistencias necesarias.

La idea aquí es pensar como puede ser el abordaje terapéutico que contemple las problemáticas psicosociales que se han expuesto en el ensayo. Entonces, para idear un plan de acción debemos de incluir no solamente terapias específicas para la población en cuestión, sino también pensar en acciones interdisciplinarias de carácter social-comunitario para mejorar el bienestar de las personas. Para lo individual se propondrán los planteos de la Psicología Positiva. A su vez, en lo que refiere al plano social comunitario, se hablará de distintos métodos que buscan formas de recuperación y rehabilitación a través de acciones comunitarias. La idea aquí no es describir ni detallar paso por paso todo lo que plantean las teorías, sino que hacer una presentación breve y con los datos más relevantes de este enfoque debido a que es muy enriquecedor para la problemática que aquí fue planteada.

Para Ibañez (s.f) en situaciones de estas magnitudes como son las guerras se debería optar por programas psicosociales que tengan como objetivo promover la salud mental y los derechos humanos. Para esto las estrategias deben buscar el reforzamiento de los factores ya existentes que protejan y colaboren con la salud y disminuyan los estresores. Por ende, la intervención debe incluir todos los ámbitos que puedan ayudar a la personas, yendo desde lo más pequeño a lo más amplio. Siempre teniendo en cuenta el contexto y los recursos disponibles. Es razonable fundamentar la intervención sobre todo en lo social, facilitando la movilización de los recursos personales, familiares y de la comunidad, para adaptarse a los nuevos tiempos y, si fuera posible, afrontar la reconstrucción individual y social sobre unas bases que pongan muchos obstáculos al desarrollo de nuevas hostilidades.

4.1) Aportes desde la psicología positiva:

De manera general, la psicología positiva según Seligman (2000) es el estudio de las experiencias y rasgos individuales positivos de las personas, para trabajar sobre ellos y que faciliten su desarrollo y la mejora en la calidad de vida, como así también prevenir psicopatologías. Por su parte, Park, Peterson y Sun (2013) podemos ver a la Psicología Positiva como un enfoque que lo que aporta es plantear una visión que tenga en cuenta, o que tenga en la mira a la vida como merecida de ser vivida, analizando la misma en todo momento.

Para Sheldon y King (2001) una perspectiva interesante que tiene la psicología positiva en el foco de su accionar es la de buscar el máximo potencial humano haciendo hincapié en las capacidades de cada persona y las motivaciones que pueda tener en la vida.

Para Vázquez y Hervás (2009) la psicología positiva busca la concreción de un estado emocional positivo y un estilo de pensamiento que sea positivo sobre el sí mismo y el mundo que nos rodea, para que de este modo las personas pueden tener expectativas en el futuro y adaptarse positivamente a la realidad y alcanzar un mejor desarrollo humano.

La psicología positiva tiene dos conceptos clave para que podamos comprender en todo momento de qué estamos hablando: emociones positivas y la resiliencia. Por un lado, en líneas generales, las emociones nos generan sensaciones de distinto tipo. Estas pueden ser de carácter positivo o negativo. Las emociones positivas, entonces, son aquellas emociones buenas, alegres, o felices. Por lo cual, el objetivo de trabajar sobre este tipo emociones persigue el objetivo de mejorar el bienestar de la persona. Un caso contrario serían las emociones negativas, las cuales son lo opuesto y no mejoran el bienestar de una persona, sino que es perjudicial. La resiliencia por su parte son las capacidades que tiene la persona para afrontar situaciones adversas logrando un posterior estado de bienestar a pesar de haber vivido una situación de tal complejidad (Pérez-Sales, 2008).

En un estudio realizado por Fredrickson et al. (2003) se alcanzó la conclusión de que aquellas personas que sienten algún tipo de emociones positivas en momentos críticos logran reducir los efectos negativos del mismo. Por ende, quienes controlan de mejor manera las situaciones desafiantes, de crisis o caótica, son menos propensos a desarrollar depresión y tienen una mayor capacidad para prosperar en el futuro.

En lo que refiere a la psicoterapia positiva, según Pérez-Sales (2008), para intentar delimitar conceptualmente este campo, se entiende a la psicoterapia positiva como los elementos del conjunto del proceso terapéutico que: (a) por un lado usan el trabajo con las emociones positivas de las personas con el fin de mejorar el malestar, y (b) como un segundo punto, extraen de las situaciones adversas elementos de fortaleza, aprendizaje y resistencia que los mismos mitiguen y prevengan el daño futuro, para que esto pueda permitir un mejor desarrollo personal.

4.2) Aportes desde la perspectiva social comunitaria:

Visualizar la participación de la psicología en el proceso de rehabilitación post-catástrofe, si bien puede reconocerse que esta no es la única respuesta necesaria: “se ha demostrado que las personas que se sienten con un buen apoyo social después de una crisis reaccionan mejor que los que no se sintieron bien apoyados” (OMS, p.28).

Por otro lado, tengamos en cuenta que a lo largo del ensayo hicimos del trauma como fenómeno psicosocial que a la hora de pensar en abordajes que favorezcan el desarrollo personal de las personas no podemos olvidarnos de ese ítem. Para Pérez-Sales (2006) los procesos comunitarios y otras formas sociales colaboran con la mitigación del daño.

Este tipo de medidas, según el autor, pueden ser implementadas en el corto o mediano plazo, pero lo ideal es pensarlas en el largo plazo. Para que persistan en el tiempo y también colaboren con la memoria histórica. Nos referimos a situaciones como: la conmemoración oficial de fechas o hechos especiales, monumentos y espacios de reconocimiento simbólico o bien a los veteranos o a los caídos, luchar contra la impunidad si amerita en algún caso, procesos de recuperación de la memoria histórica (lo opuesto a la desmalvinización), formas de mitigación del daño como pensiones económicas, reconocimiento social, acceso a la salud u otras formas y otras formas de reconocimiento de lo ocurrido con debates, libros o películas. (Pérez-Sales, 2006. p.180).

Para Ibañez (s.f) cuando pensamos en esta serie de elementos comunitarios es importante tener en cuenta que por ejemplo, en la reparación y prevención de secuelas es de vital importancia evitar la negación y facilitar la reparación de daños. Como proponía una psiquiatra de Mostar en un escrito durante la guerra (Díaz del Peral 1995), que decía que hay que condenar a los que fueron responsables para que la gente no se sienta culpable, y así ayudar a las víctimas para que se liberen del dolor, la rabia, la culpa. Es necesario analizar de dónde viene la violencia, qué y quiénes son los responsables, y cómo denunciar

esto de manera segura, fomentando la educación para la paz. De esta forma las sociedades tendrían formas de detección y resolución de conflictos antes que intereses ahora no declarados o tal vez controlados por unos pocos que las llevaran a la guerra.

Para Vera (2007) en estos casos es importante el papel de la memoria. Entendida esta como un recurso milenario que ayuda a saber quienes somos como grupo, como pueblo y como colectivo. Transmitiendo la memoria de los hechos se mantienen vigentes una gran cantidad de valores. La autora también nos dice que en el libro abusos de la memoria de Tzvetan Todorov (2009) dice que la recuperación del pasado es algo indispensable en la vida de toda persona. Pero esto no debe significar que el pasado riga el presente. Por el contrario, el presente hará del pasado el uso que prefiera. Para la autora, el acto de recordar y discutir la memoria no es para quedarse anhelando un pasado, sino para aprender de él y encontrar respuestas para transformar el presente y trayendo los recuerdos que aunque sean dolorosos no puedan ser olvidados. De esta manera también se muestra el efecto devastador de una guerra y así reflexionar sobre que eso no debe suceder más.

El concepto de memoria se encuentra implicado de manera central en cualquier abordaje del trauma psicosocial. Como vimos, en este caso, producto de lo que fue la desmalvinización esto se vió alterado y terminó por ser desadaptativo.

Teniendo esto en cuenta, podríamos pensarlo desde el plano de la reconciliación. Para Lira y Loverman (1999) los procesos de reconciliación en procesos de violencia política radicaría en que los procesos de reconciliación y las acciones reparatorias, llevan implícitos lineamientos ideológicos y políticos que deben ser acatados por el colectivo de “víctimas” para alcanzar la reconciliación. Y cabe tenerlo en cuenta debido a que la guerra de Malvinas fue en el marco de una dictadura militar.

Siguiendo ésta idea, para Páez y Basabe (1993) hay que buscar un modo de intervención en lo que refiere a las políticas de reparación en donde, en la misma, se encuentre a los responsables de la catástrofe, se encuentre porque existe una evitación del recuerdo y su recuerdo convencionalizado, que tiene la misma función aunque su contenido sea diferente.

Pero aquí hay que destacar un elemento fundamental. Si bien se pueden pensar en diversas formas de resarcimiento es importante no hablar en términos de víctimas, porque eso contribuye a una adaptación negativa y en cierto sentido también puede ser despectivo y discriminatorio. Como lo fue en Malvinas llamarlos “chicos de la guerra”, o “los pibes”. Incluso la creación de películas que de cierta manera discriminan, alteran la realidad, y

minimizan las acciones y el valor de quienes lucharon por su patria.

Para Benyakar (2006) es de vital importancia no utilizar el término “víctima” ya que el mismo promueve y produce una sensación negativa en la persona que atravesó dicha situación. Esto se debe a que la persona puede interpretar que se los toma y describe únicamente por la situación que vivieron y no como sujetos que narran una experiencia única y además son sobrevivientes.

Para Echeburúa y Corral (2007) es importante remarcar la manera en que se habla de la persona que vivió una situación extrema y nos dice que hablar de víctima le hace daño a la identidad de la persona ya que es contraproducente porque genera que se alarguen los duelos y trunca la capacidad de la persona de rehacer su vida.

Para Echeburúa y Cruz (2003) todo aquello que dañe a quien fue “víctima” es una amenaza para la integridad de esa persona. A su vez, Pérez-Sales (2006) la identidad hace referencia a quien soy ahora, en cómo integran a su identidad personal el trauma y debido a eso buscar un cambio positivo. Por ejemplo, que dicho cambio no sea, por ejemplo, verse como una víctima, sino como un superviviente, lo cual es una connotación totalmente diferente y eso puede ayudar en el crecimiento postrauma, como mencionamos recientemente.

En un caso de vivir una gran experiencia de trauma se da la transformación de la identidad social del individuo. Si la identidad se define como la imagen de sí en cada contexto, no hay una identidad como tal que sea propia y defina a la persona, sino múltiples identidades en coexistencia (Pérez-Sales, 2006).

Entonces, para finalizar, es bueno remarcar que en situaciones de trauma psicosocial es necesario intervenir con la mayor cantidad de recursos y herramientas posibles. Al ser un conflicto simbólicamente importante hasta la fecha, el cual genera muchas emociones, pensar en la psicología positiva es un abordaje pertinente. Y por último, el carácter indivisible del individuo y la sociedad en una situación de semejantes características hace imprescindible la implementación de lo social-comunitario en los procesos de rehabilitación.

5 Recapitulación y Reflexión Final.

A modo de repaso y conclusión del presente ensayo es bueno mencionar primero que la situación puntual explorada es altamente compleja y en parte poco conocida incluso para la psicología. Por lo cual, con la información que se pudo recabar y desde el enfoque del

trauma psicosocial es un tema valioso a tener en cuenta.

Si analizamos cualquier guerra, todas ellas tienen elementos y se viven experiencias como las que aquí se pretendió analizar. Ya sea muchas veces un carácter disruptivo, tipos de vivencias extremas de diverso tipo e incluso puede ser sentida como una catástrofe. Pero más allá de estos hechos que se presentan en los conflictos armados la noción del trauma psicosocial nos ayuda a ver más allá del mismo y comprender así que el los padecimientos en las personas que sufren un conflicto son una sumatoria de múltiples elementos.

El individuo como tal es indisoluble de su medio social, por lo cual, a la hora de pensar en quién padece o en quién vivió algún tipo de experiencia traumática como es el caso, si no comprendemos cuál es el contexto en el que ocurren las cosas es muy difícil comprender por lo que la persona está atravesando y es muy difícil pensar en una manera correcta de ayudarla. Por consiguiente, el papel de la sociedad juega un papel de suma importancia en la condición de cada individuo. Además, también el elemento político es propicio tener en cuenta.

Por lo que abordamos aquí, si bien la experiencia de la guerra misma fue extremadamente hostil como en la mayoría de las guerras, el mayor sufrimiento se da a la posteridad del mismo. En la lucha por el reconocimiento, la condena simbólica de la sociedad, el sentirse que uno no es parte de la misma y para colmo se le cierran puertas o que se les dificulte el acceso a algo tan elemental para todos los seres humanos como lo es por ejemplo la salud nos da evidencia de un caso posiblemente único que debe ser analizado con más profundidad.

Recordemos que Argentina tuvo 649 caídos en el conflicto, pero se estima incluso que los suicidios de veteranos en la posguerra o de aquellos que indirectamente murieron por el conflicto es similar o mayor. Con lo cual estamos hablando de cifras verdaderamente altas. Y lo peor radica que, si bien la guerra finalizó hace 41 años, la problemática en cuestión sigue vigente y mientras vivan los veteranos, siempre se puede estar a tiempo de reconocer, apoyar o al menos dar a conocer situaciones e historias como las que hubo en este conflicto para que contribuya con la memoria histórica y que, pese al tiempo y los que ya no están se puede hacer algo positivo con dicha población.

Entonces resulta de gran importancia mirarlo desde el punto de vista de la psicología por múltiples aspectos. Primero porque lamentablemente las guerras siguen ocurriendo en el mundo y debido a su carácter azaroso es imposible predecir ciertos acontecimientos. Por lo

cual no está mal la precaución y el saber cómo se podría actuar en el hipotético caso de que suceda una situación semejante.

Pero no solo la psicología debe estar y reflexionar sobre este tipo de acontecimientos, sino diversas áreas y disciplinas, ya que la guerra es un fenómeno social muy grande que abarca todo. Incluso, como decía Mira y López (1944), que hoy en día la guerra ya no está dirigida únicamente por soldados mercenarios, sino que ahora en la guerra en cierto sentido los miembros de una sociedad toman parte desde donde le toca. Y esto también incluye la posguerra y el trato que se le da a los participantes, que en este caso la perspectiva del trauma psicosocial nos permite decir que la forma deshumanizada de relación del veterano con la sociedad en términos generales contribuyó al empeoramiento de ciertos cuadros de salud mental.

Por otra parte, las características propias de cualquier conflicto armado muestran niveles de violencia muy elevados. Lo que significa que indefectiblemente queden consecuencias en los combatientes a nivel individual. Por eso se hizo mención a los aportes de la psicología positiva debido a que, si bien todos los tipos de terapia son positivos, en este caso ésta perspectiva podría ser más productiva para este tipo de problemática, como en otros problemas podrían ser más eficaces otros enfoques.

Para finalizar, reflexionando brevemente desde la mirada de la psicología, si bien lo ideal sería que este tipo de conflictos no ocurran, sabemos que esto no es así, ya que sí suceden. Por lo cual, nunca es malo estar preparados desde ciertas disciplinas, desde la sociedad misma y en este caso puntual desde la psicología para, en el caso de ocurrencia, poder afrontar mejor situaciones semejantes. Esto podría ser por ejemplo: con el mejor estudio de las especificidades del trauma que puede ocasionar una situación tan puntual como una guerra; teniendo en cuenta los pormenores y detalles que la distinguen del resto para así poder actuar de manera efectiva. Promoviendo vínculos empáticos en el medio social para con ex-combatientes. Y mejorando las respuestas ante las emergencias de estas características haciendo una inclusión de la salud mental a mayor escala en dispositivos encargados de afrontar y atender a estas poblaciones.

Siendo así, ya que lo que aqueja a la persona tienden a ser los factores psicosociales y colectivos y no factores de la individualidad de cada uno resulta importante a la hora de pensar un abordaje, incluir en él los aspectos colectivos y psicosociales para contrarrestar dichos malestares que se vieron a lo largo del trabajo. Un objetivo fundamental de un abordaje de estas características sería apuntar a que la persona se sienta bien rodeada

fortaleciendo sus redes personales, sociales o hasta incluso laborales para que la persona sienta un sostén importante para salir adelante. Como vimos en distintos puntos a lo largo del ensayo es fundamental la estructura que contiene a los individuos en relación con su medio social y trabajar con ese objetivo en situaciones semejantes se estima que puede resultar de gran ayuda para alcanzar un estado de bienestar general a la posteridad de haber vivido un conflicto de estas características. De concretarse, se puede lograr que dichos individuos se desarrollen de manera favorable y se reduzca el margen para que en la interacción con la sociedad, el individuo se sienta desvalido y caer en la soledad existencial que puede conducir a problemáticas severas como por ejemplo conducir al suicidio. Un enfoque que tenga como fin lograr redes de apoyo psicosociales en el individuo y su círculo cercano para crear espacios de confort en el sostén de la persona, impidiendo el agravamiento de la problemática con el pasar del tiempo y apostar a un pleno desarrollo futuro sería enriquecedor no solamente para quien padece sino para la disciplina en sí misma de cara al futuro en problemáticas similares.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anzaldúa Arce, E. R. (2012). Infancias y adolescencias en el entramado de los procesos de subjetivación. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*, (36), 177-208.

Argentina (1984, noviembre, 1) Ley N° 23.109. *Prioridad a ex combatientes de Malvinas respecto a viviendas, trabajo, educación y salud pública.*

Argentina (1990, septiembre, 27) Ley N°23.848. *Otórgase una pensión vitalicia a los ex –soldados combatientes conscriptos que participaron en efectivas acciones bélicas de combate, en el conflicto del Atlántico Sur y civiles que se encontraban cumpliendo funciones en los lugares en los cuales se desarrollaron estas acciones, entre el 2 de abril y el 14 de junio de 1982.*

Agger, I., Vuk, S. & Mimica, J. (1995), *Theory and Practice of psychosocial projects under war conditions in BosniaHerzegovina and Croatia (Teoría y práctica de proyectos psicosociales bajo condiciones de guerra en Bosnia- Herzegovina y Croacia)*, Zagreb, ECHO/ECTF.

Arcel LT (1994). *War Victims, Trauma and Psycho-Social Care*. Zagreb, ECTF.

Arciniega, U., & de Dios, J. (2005). *La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo.*

Basoglu, M. (1992). *Introduction. In M. Basoglu (Ed.), Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University.

Benyakar, M. (2003). Desastres y salud mental. Abordajes teóricos y modos de intervención. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. Vol. 2, nº 1, 14-36.

Benyakar, M. (2006). Lo disruptivo: amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. *Biblos*.

Benyakar, M., Ramos, E., Taborda, A., & Madeira, C. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. Nueva Editorial Universitaria. Universidad Nacional de San Luis.

- Beristain, C. M., & Dona, G. (1999). *Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria* (Vol. 146). Icaria Editorial.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2004). *Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés protraumático*. *Clínica y salud*, 15(3), 227-252.
- Bracken, P.J., Giller, J.E. and Summerfield, D. (1995). *Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts*. *Social Science and Medicine*, 40(8): 1073-1082.
- Blanco, A., Díaz, D., Schweiger, I., Yubero, S., & Larrañaga, E. (2007). *Argumentos para una propuesta psicosocial del trauma I: la intencionalidad del daño*. In *Convivir con la violencia* (pp. 17-46). Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha.
- Bourdieu, P. (2002). La “juventud” no es más que una palabra. En: *Sociología y cultura* (pp. 163-173). México: Grijalbo, Conaculta.
- Casas Rivero, J., Ceal González-Fierro, M. J., del Rosal Rabes, T., Jurado Palomo, J., & de la Serna Blázquez, O. (2006). *Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, físicofuncionales, psicológicos y sociales*. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(61), 3931–3937.
- Castaño, B., Jaramillo, L., & Summerfield, D. (1998). *Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate*. Santa Fe de Bogotá: Corporación AVRE.
- Chao, D. (2020). *Especial y marginal: hacia una problematización de la intervención estatal en la salud de los veteranos de Malvinas (1984-2000)*. *Salud colectiva*, 15, e2205.
- Cibils, J. P. (2021). UNICEF. *Características de la adolescencia. ¿Qué cambios y conductas son esperables en la adolescencia?*
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)*. *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Comitee, I. S. (2007). *Guía IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*.
- Corral, E. & Gómez, F. (2009) *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Técnico en emergencias sanitarias*. Madrid: Arán Ediciones pp. 164.
- COSUDE (2006): *Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial*. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación.
- Cuadros Riobó A. (2011) *Escenarios del dolor: Trauma Psicosocial consecuente al racismo institucional con migrantes en España*. Madrid: III Congreso anual de la REPS.
- D'Alessio, L. (2008). *Mecanismos neurobiológicos de la resiliencia*. Polemos.

Deahl MP y otros (1994). *Psychological Sequelae Following the Gulf War*. *British Journal of Psychiatry*, 165, pp 60-65.

Echeburúa, E. y M. Cruz (2003). «De ser víctimas a dejar de serlo: un largo proceso». En *Revista de Victimología*, (DOI1012827-RVJV-1-03), pp. 83-96.

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿ Cuándo, cómo y para qué*. *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.

El-Batawi, M. (1988). *Problemas de salud psicosociales de los trabajadores en países en desarrollo*. En R. Kalimo, M. El-Batawi, y C. Cooper (comps.). *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 15-20). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Fernández, I., Martín Beristain, C., & Páez, D. (1999). *Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor y conductas de pánico*. In J. Apalategui (Ed.), *La anticipación de la Sociedad. Psicología Social de los movimientos sociales*. (pp. 281-342). Valencia: Promolibro.

Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). *What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001*. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 365.

Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.

Gonçalvez Boggio, L. (2020). *Trauma y pandemia: efectos psicosociales e intervenciones clínicas*. Editorial Psicolibros Universitario.

Gonzalez, L. García, S. (2000) "*Acción Civil por Veracruz*" desarrollado en Papantla, y promovido por la Red de Organismos Civiles de Veracruz (ROCVer). PRODUSSEP.

Guillén, S., Villarraga, G., Pachón, R., & Roncancio, E. (2013). *Resiliencia en el fenómeno de violencia intrafamiliar desde la terapia narrativa: Una nueva perspectiva*. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 58-68.

Hernández, P., & Blanco, A. (2005). *Violencia política y trauma psicosocial*. *Madrid*, 281-310.

Hernández, P. (2000) *A personal dimension of Human Rights Activism: Narratives of Trauma, Resilience and Solidarity*. University of Massachussets.

Ibañez, V. (2005). *La sociedad ante la guerra*. Mimeo 2000. En: www.psicosocial.net.

Ibañez, V. *Efectos de la Guerra y la Violencia Organizada en la Salud Mental*. Grupo de Salud Mental. Médicos del Mundo. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/historico/index.php>.

Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (1995). *Informe sobre la situación de los Veteranos de las Malvinas*. Buenos Aires. Argentina.

Jalíl, A. L (2006) *Trastorno por Estrés Post Traumático en Veteranos de Malvinas*. Universidad Siglo 21.

Kalimo, R. (1988). *Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general*. En R. Kalimo, M. El-Batawi, y C. Cooper (comps.). *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 3- 8). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Kasanzew, N (2022, 3 de setiembre). *Malvinas | Peleando a cuchillo para salvar un camarada*. YouTube.

https://www.youtube.com/watch?v=PN_iYH-Gzx4&t=506s

Kasanzew, N (2019). *Malvinas a Sangre y Fuego*. Argentinidad. Buenos Aires.

King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA.(1998) Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol*.

Kirmayer, L. (1996). *Confusion of the senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD*. En: A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity, & R. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.

Krauskopf, D. (2007). *Sociedad, adolescencia y resiliencia en el siglo XXI*. M. Munist, N. Suárez Ojeda, D. Krauskopf & T. Silber (Comp.), *Adolescencia y resiliencia*, 19-36.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., & Fairbank, J. A. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. New York, NY: Brunner.

Laplanche, J., Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Lavell, A. (2001). *Sobre la gestión del riesgo: apuntes hacia una definición*. *Biblioteca Virtual en Salud de Desastres-OPS*, 4, 1-22.

Lira, E., & Loverman, B. (1999). Reconciliación Chilena, entre el pragmatismo y el fundamentalismo. *Mensaje* N°481, 41-45.

Liria, A. F., & Vega, B. R. (2002). *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política*. *Revista de psicoterapia*, 12(48), 96.

López, A. (1996). *La resiliencia, algo a promover*. Ginebra.

Loarche, G., Piperno A. & Sierra, P. (2011). *Vulnerabilidad en las áreas inundables de la ciudad de Artigas. Impacto del evento de diciembre de 2009*. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*.

Martín Baró, I. (1988). *La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador*. Revista de Psicología de El Salvador. Vol. VII, N° 28 (pp. 123-141).

Martín-Baró, I.(1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. El Salvador: UCA Editores.

Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*.

Mesa, A. M. E., Núñez, K. J. R., Charry, D. R., Antolin, N., Céspedes, M. P., Acuña, M., ... & Ramírez, A. *Psicología Social Crítica: Estrategias para la Atención del Impacto Psicosocial Acumulado en Jóvenes, y sus Redes Sociales, Afectados por el Conflicto Interno en Colombia*.

Mira y López, E. (1944) *La psiquiatría en la guerra ("Psychiatry in War")*. Universidad de Buenos Aires.

Mollica RF y otros (1987). *The Psychosocial Impact of War Trauma and Torture on Southeast Asian Refugees*. *American Journal of Psychiatry*, 144, pp 1567-1572.

Mollica, R.F. (1998) *Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva*. En P. Pérez (Ed.) *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: ExLibris.

Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, et al (1999). *Disability associated with psychiatric morbidity and health status in bosnian refugees living in Croatia*. *JAMA*. 282: 433-439.

Navia, C. & Ossa, M. (2003). *Family functioning, coping, and psychological adjustment in victims and their families following kidnapping*. *Journal of Traumatic Stress*.

NCAMHC (1996). *Basic Behavioral Science Research for Mental Health*. *American Psychologist*, 51 (7), 722-731.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud Mental del Adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Salud del Adolescente*.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Páez, D., & Basabe, N. (1993). *Trauma político y memoria colectiva*. *Psicología Política - Universidad del País Vasco*, 7-34.

Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). *La psicología positiva: investigación y aplicaciones*. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.

Pérez-Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. *Hacia una Psicoterapia integradora*. Desclée de Brouwer.

Pérez-Sales, P. (2008). *Psicoterapia positiva en situaciones adversas*. *Psicología positiva aplicada*, 1, 155-190.

Pérez-Sales, P; Eiroá, F; Fernández, I; Olivos, P; Vergara, M; Vergara, S; y Barbero, E. (2014). *La medida del impacto psicológico de experiencias extremas. Cuestionario VIVO, diseño, validación y manual de aplicación*. Madrid: Irredentos Libros.

Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2(3), 15-23.

PIAGET, J. e INHELDER, B. (1968) "Memoire et intelligence". París: PUF. (Versión española: *Memoria e inteligencia*. Buenos Aires: Ateneo, 1972).

Pichot, P., Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson, SA Primera Edición. México.

Pope, K., & Garcia-Peltoniemi, R. (1991). *Responding to victims of torture: Clinical issues, professional responsibilities, and useful resources*. *Professional Psychology Research and Practice*, 22, 269-276.

Puget, J. (2006) *Violencia social y psicoanálisis. De lo ajeno estructurante a lo ajeno-ajenizante*. En J. Puget, & R. Kaes (Ed.), *Violencia de Estado y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen.

Punamaki, R.L. (1989) Political violence and mental health. *International Journal of Mental Health*, 17, 3-15.

Ramsay R. Psychiatric Morbidity in Survivors of Organised State Violence. *British Journal of Psychiatry* 1993, 162, pp 55-59.

Razoux, P. (2002). La guerra de las Malvinas. *Istor: revista de historia internacional*, año II, número 8, primavera de 2002, pp 9-28.

Rodríguez Galende, L. (2012). *Subjetividades, adolescencias y violencias*. Tesis Psicológica, (7), 188-193.

Richman N. Annotation: Children in situations of Political Violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993, vol 34, nº 8, pp 1286- 1302.

Samayoa, J. (1990) *Guerra y deshumanización: Una perspectiva psicosocial*. En I. Baró (Ed.), *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia*. San Salvador: UCA Editores.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). *The age of adolescence*. *The lancet child & adolescent health*, 2(3), 223-228.

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.

Sheldon, K. & King, L. (2001). *Why positive psychology is necessary*. *American Psychologist*, 56(3) 216-217.

Silva, M. A. (2006) *Salud y derechos humanos: el caso de los veteranos de la Guerra de Malvinas*. Boletín Virtual Enredando, Rosario, Santa Fe.

Somnier, F., Vesti, P., Kastrup, M., and Genefke, I.K. (1993). *Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence*. In Basoglu, M. (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 56-71). Cambridge: Cambridge University Press.

Summerfield, D. & Hume, F. (1993). *War and Post-Traumatic Stress Disorder: The Question of Social Context*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181:522.

Thuselius H, Hakansson A (1999). A screening for PTSD among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 12: 167-174.

Todorov, T. (2009). *Los abusos de la memoria*. *Revista de Investigación y Crítica Estética, Cartaphilus*, 5, 200-203.

Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2005). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.

Vanistandael, S (1994) *La Resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado*. BICE La Infancia en el Mundo.

Vazquez, C., Crespo A. Y Ring, J (2000) En A. Bulbena, Fernández de Larrinoa, P., y G. Berrios (2000). (Eds.). *Medición en Psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *Salud positiva: del síntoma al bienestar*. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (2da edición) (pp. 17-39). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Vera, C. S. (2007). La mirada psicosocial en un contexto de guerra integral de desgaste. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 1(1), 14-28.

Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*, Montevideo: Trilce

Voces de Malvinas (2022, 19 de octubre). Augusto E. Vilgre La Madrid. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=XWXZkWuktsk>

Voces de Malvinas (2023, 2 de marzo) Eduardo Gasparini. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=P0FAleqsBa8>

Voces de Malvinas (2023, 10 de marzo) Eduardo R. Roperto. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=NOt2uKLGKAs>

Voces de Malvinas (2023, 23 de marzo) Orlando G. Gonzalez. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=r5LRoaC1-9Q>

Voces de Malvinas (2023, 27 de enero) Francisco La Regina. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=5SlwmfYKvtM>

Voces de Malvinas (2023, 21 de marzo) Germán C Farias. YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=5NPqzuEAlu8>

Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, et al (1995). Psychiatric consequences of ethnic cleansing. American Journal of Psychiatry. 152: 536-542.