

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

- J. MANZANO: «Estudios sobre las raíces de la patología psicótica y borderline en la adolescencia. Estado actual de nuestra investigación»
- J. C. METRAUX: «El papel de los promotores de salud en la atención a los huérfanos de guerra: descripción de un proceso»
- W. BETTSCHART: «De lo racional y de lo irracional en la relación padres-hijos.»
- A. SCHTEINGART: «Relación precoz y ciertas manifestaciones psicósomáticas en el psicoanálisis de adultos»
- J. PERTEJO: «Las disarmonías evolutivas: concepto y clasificación en la C.F.T.M.N.A. de Roger MISES y colaboradores»

N.^o 7-1989

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

Presidente:

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:

M^a del Valle Martín (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Isabel Gómez (La Coruña)

Juan Manzano (Ginebra)

Ricardo Sanz (Valencia)

Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:

Marián Fernández Galindo

Comité de Redacción:

L. F. Cabaleiro

L. Martín Cabré

B. Rodríguez Braun

M. L. Alfaya

Suscripciones:

Marián Fernández Galindo

Pirineos, 21

28040 Madrid

EL PAPEL DE LOS PROMOTORES DE SALUD EN LA ATENCIÓN A LOS HUÉRFANOS DE GUERRA: DESCRIPCIÓN DE UN PROCESO

Por Jean Claude Metraux*

El propósito de esta exposición es explicar el proceso que nos condujo a considerar la capacitación de promotores en salud mental infantil como el eje central de la atención psicosocial a los niños hijos de caídos y que nos aconsejó los contenidos y la metodología actual. Se pueden distinguir cuatro fases en este proceso: la lectura de bibliografía, el estudio de algunos casos para definir los factores que complican la reacción de duelo en los niños nicaragüenses, los primeros talleres que nos ayudaron a afinar tanto los contenidos como la metodología y finalmente el estudio de casos clínicos de futuros movilizados que nos permitan ampliar el concepto de prevención de los trastornos psicosociales en los niños huérfanos de guerra. Este proceso no es independiente de las investigaciones que ya iniciamos para precisar la problemática del duelo en estos niños.

Trabajamos en la IV Región, en el sureste de Nicaragua, en zona donde no hay guerra. Los huérfanos ubicados en esta región tienen así algunas características específicas: o son huérfanos de la insurrección (1978—1979) o son hijos de movilizados caídos en los últimos años (1982—1988). Casi no se encuentran hijos de víctimas civiles muertas en emboscadas, o ataques a cooperativas por la contra, en la actual guerra. La problemática de las dos generaciones de huérfanos que mencionamos es bastante distinta; primero, ya el tiempo transcurrido desde la muerte

* Jinotepe, Nicaragua.

del padre; segundo por las condiciones sociopolíticas que hoy permiten que el velatorio y los funerales (otros términos, la despedida del padre fallecido), se desarrollan normalmente, que también favorecen la ayuda brindada por la comunidad a los familiares sobrevivientes, por medio de las organizaciones sociales, de la Casa de Apoyo al Combatiente y del Instituto Nicaragüense de Seguridad y Bienestar Social (INSSBI). Finalmente la separación de los niños huérfanos de la segunda generación con su padre, no sucedió en el momento de la caída de éste, sino varias semanas o meses antes, cuando el padre fue movilizado.

Siendo el objetivo de nuestro trabajo la prevención, nos preocuparemos esencialmente de estos huérfanos. No podemos pues silenciar el problema de la primera separación, aquella del movilizado con su familia.

Eso nos plantea una pregunta a la cual tuvimos que tratar de responder: las condiciones en las cuales se produce la separación del movilizado con su familia, su despedida, ¿influyen o no sobre el proceso de duelo de los familiares, y en particular de los niños, si el movilizado cae en el frente de guerra?

Concluiremos dando algunos datos sobre la capacitación actual de promotores en la región IV, detallando contenidos y metodología.

Elementos teóricos

Bowlby (1980) hizo una revisión de bibliografía sobre las consecuencias de la pérdida de un padre en la niñez. Los estudios analizados muestran que los huérfanos suelen tener más problemas emocionales en la primera parte de su vida adulta, deben más frecuentemente que otros niños consultar a un profesional de Salud Mental Infantil, y serán, adultos, más frecuentemente que otros niños remitidos a tratamientos psiquiátricos (sobre todo por ideas de suicidio, depresiones psicóticas o trastornos ansiosos de separación).

Este riesgo sin embargo, no es igual para todos los huérfanos. Según Bowlby, depende de «lo que se dice a un niño y de las oportunidades que luego se le dan para que se entere de lo ocurrido», de las relaciones familiares después de la pérdida (y en particular del mantenimiento o no del huérfano en el mismo hogar), así como de la calidad de las relaciones familiares antes de la pérdida.

Si las condiciones son desfavorables, el niño tendrá más probabilidad de presentar trastornos tales como ansiedad persistente, temor de morir, esperanzas de reunión con el muerto y deseos de morir, persistencia en culpa o culparse, hiperactividad, conducta agresiva, compulsión a prodigar cuidado, euforia y despersonalización, accidentes repetidos, entendidos como síntomas identificatorios (Bowlby 1980) (Furman 1977).

No obstante, cuales quiera que sea las condiciones, el niño tendrá una reacción de duelo. En muchos aspectos la reacción de duelo del niño, por lo menos desde los 18 meses, es muy parecida a la del adulto. En el proceso de duelo se determinaron varias fases (tres, cuatro o cinco según los autores). Bowlby considera cuatro fases: fase de embotamiento de la sensibilidad, fase de anhelo y búsqueda, fase de desorganización y desesperanza, fase de organización. La principal diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico se halla en la duración del proceso de duelo hasta la organización. En los adultos, por lo menos en la cultura occidental, se considera que la duración normal es de doce o dieciocho meses. En los niños, puede ser más larga. Johnson (1981) observó incluso que en los niños puede resurgir el duelo varios años después, lo que él llama «duelo maduracional» diferenciándolo del duelo patológico (presión continua y aguda de duelo). Los autores coinciden en opinar que las diferencias observadas en el duelo de los niños y en el duelo de los adultos son debidas por un lado a la dificultad del niño de representarse la muerte como una separación definitiva e irreversible, y por otro lado a la extrema influencia del ambiente, particularmente de la actitud para con el niño y de la reacción de duelo de los familiares adultos sobrevivientes. Sin embargo, existen divergencias entre los autores sobre la comprensión de

la reacción del proceso de duelo en el niño, en términos de conceptos metapsicológicos (Gourdon Hanus 1980). No nos preocuparemos aquí de este último desacuerdo siendo lo importante para nosotros el síntoma clínico y no los fundamentos intrapsíquicos.

En los niños menores de dieciocho meses, aún si la reacción de duelo no es igual a aquella de los mayores, existe por lo menos una reacción a la separación, sino una reacción a la muerte del padre (D. Burlingham y A. Freud 1942—1944 Fairbairn 1941—1943; Fairbairn Bowlby 1977—1980).

Por otro lado, será importante que esos niños cuando crezcan conozcan sus orígenes, su genealogía, tengan una idea de quién era su padre, (Boszormenyi Nagy) y eso dependerá mucho de la capacidad de los adultos sobrevivientes a brindarles este conocimiento, capacidad que depende de su propia superación del duelo. Por fin, se sabe también que los huérfanos tempranos pueden padecer condiciones de vida muy dañosas para su Salud Mental, tal como es su posible ubicación en instituciones que impidan por su estructura, cualquier apego emocional.

Se observa que la totalidad de los autores mencionados aquí son norteamericanos o europeos. ¿Tales estudios serán válidos en América y especialmente en Nicaragua? Por un lado, se ha observado que el proceso de duelo tenía muchos rasgos comunes en todas las culturas (Bowlby 1980, Eisenbrunch 1985). Pero no es igual: por ejemplo la duración pudo ser más o menos larga (Eisenbrunch). Además los ritos funerarios varían muchísimo, no solo de un lugar a otro (Eisenbrunch), sino también de una época a otra. (P. Aries 1975). Por fin los códigos culturales de la expresión de los sentimientos varían de un sitio a otro: por ejemplo, la expresión de la tristeza para un hombre latinoamericano no es igual a aquella del hombre norteamericano, en relación con los valores machistas que condenan el llanto en el hombre. De eso se puede decir que existe una reacción de duelo en los niños cuales quiera sea su cultura, y que su reacción de duelo puede tener un curso más o menos favorable. Pero para poder comprender estas reacciones es necesario observar las

diferencias individuales, existentes y conocer (o por lo menos concretar en esta primera labor) los códigos de expresión de los sentimientos en la cultura estudiada. Es solo con este doble paso que el profesional en Salud Mental europeo o norteamericano podrá ser de alguna utilidad para los huérfanos nicaragüenses.

Hablamos hasta ahora de los huérfanos, sin distinción según la causa de la muerte del padre o de la madre. Los estudios específicos sobre los huérfanos de guerra son escasos y casi todos estuvieron hechos en un contexto, social y político muy distinto al de Nicaragua.

En efecto, los pocos conocimientos sobre este tema provienen de Israel, en estudios que se ocupan exclusivamente de los hijos de soldados israelíes muertos y no de los huérfanos palestinos.

Estos estudios, sin embargo, permitían verificar que la reacción al duelo del huérfano de guerra es, como se podía esperar, muy parecida a aquella de otros huérfanos. Kaffman y Elizur (1979) observaron que el niño todavía pequeño ya tenía una fuerte reacción emocional en el momento de enterarse de la muerte de su padre y frecuentemente reaccionaba con cólera y agresividad. Después podía desarrollar cualquier tipo de síntoma (problema de aprendizaje, trastorno de sueño, trastorno de la conducta, etc.), pero en la mayoría de los casos, un aumento de la dependencia de la madre. Los mismos autores (1983) determinaron los factores que complicaban el proceso de duelo en el niño, favoreciendo así la aparición de problemas psicológicos más duraderos: dificultades emocionales anteriores, características de la personalidad del niño, (tales como la intolerancia a la frustración, la sobredependencia o el retraimiento), problemas familiares anteriores, incapacidad de la madre a compartir con el niño expresiones de duelo y recuerdos del padre fallecido, dificultad de la madre a superar el duelo). Además creen que los problemas son mayores si ya había antes una larga separación con el padre.

El tema de la separación anterior con el padre movilizado es también tratado en un estudio israelí (Baider y Rosenfeld 1974). Esto es interesante porque nos muestra la importancia que tiene el hecho de las explicaciones claras al niño chiquito (ya de dos años) sobre la ausencia del padre, y pone en evidencia el riesgo que corren los niños a los cuales «para protegerles» se les miente, parcial o totalmente. Eso confirmaría nuestra idea según la cual la prevención en salud mental en los niños huérfanos puede empezar mucho antes de la caída del padre, en las semanas precediendo su movilización y durante ésta.

La omnipresencia de Israel en los estudios mencionados nos fuerza a considerar como urgente efectuar estudios sobre los huérfanos de guerra en otros contextos, por ejemplo, en Nicaragua. No obstante, aún cuando se observan las enormes y relevantes diferencias en estos dos contextos (Israel y Nicaragua) vale la pena llamar la atención sobre una similitud: en los dos casos la memoria del padre muerto en el frente de batalla hasta está promocionada en, y para la sociedad, y los huérfanos de guerra reciben una atención particularmente sostenida económica y socialmente, comparándola con otros huérfanos. Esta responsabilización de la sociedad para los huérfanos de guerra ¿es únicamente positiva para la Salud Mental ulterior del niño, o puede tener a veces, como defiende J. Hattab (1983) en el caso de Israel, algunos aspectos negativos?

Si no existe literatura latinoamericana, por lo menos que yo conozca, sobre la guerra y los huérfanos sí hay varios escritos sobre otras situaciones de stress que afectan a todas las sociedades y en las cuales abundan las problemáticas de duelo: los desastres naturales, terremotos y erupciones volcánicas. Los autores enfatizan sobre la capacitación de promotores de Salud Mental y su importante papel en una labor a la vez preventiva y terapéutica, con las víctimas del desastre. Pocos de esos escritos se refieren especialmente a la atención primaria en Salud Mental de manera global (M.A. Dupont, 1987, entre otros) nos ayudarán también mucho a sentar las bases de nuestra capacitación de promotores en la región cuarta de Nicaragua.

Otros artículos y experiencias nos ayudaron en estos primeros pasos de constitución de una red de atención primaria en salud mental infantil (empezando por los niños huérfanos y esperando seguir con otras poblaciones de niños con mayor riesgo), y nos convencieron de la relevancia de tal respuesta a los problemas psicosociales de los niños en un país que no cuenta con más de cuatro psiquiatras especialistas en Salud Mental Infantil (B. Lima 1986, N. Sartorius y P. Graham 1986; OMS—1987; 1986; Who 1982).

Tres casos de huérfanos de guerra

La madre de Mario pidió una consulta en psiquiatría Infantil para su hijo único de siete años, pocos meses después de la caída del padre: Mario había tratado de ahorcarse con una cuerda de la rama de un árbol «para acercarse a su padre». El padre había sido movilizado seis meses antes, y su hijo no lo volvió a ver. Cuando se anunció la muerte de su padre a la familia, la madre primero ocultó la verdad al niño, aún cuando habían empezado, en presencia del niño los preparativos del velatorio. Este día fue además un día muy tenso dentro de la familia porque durante largo rato hubo una riña entre la madre y sus suegros para saber dónde tendría lugar el velatorio, en qué casa.

La madre y Mario viven en la casa de los abuelos maternos, la madre es maestra y desde el fallecimiento de su marido no mostró ninguna tristeza en presencia de sus padres, de sus hermanos o de sus colegas de trabajo; cuando entra en el consultorio y cuenta los acontecimientos, rápidamente se pone a llorar, diciendo que siempre presentó una máscara, una cáscara, a los otros desde la muerte del marido.

La madre se declara por otra parte muy sorprendida por la tentativa de suicidio de su hijo «porque nunca Mario pareció

afectado por la muerte de su padre»; ya en el velatorio se quedó muy retraído y callado, «casi indiferente». Es así, retraído y callado, como se mantiene Mario durante la gran parte de la entrevista.

Apareció poco a poco que, en los meses transcurridos desde la caída del padre movilizado, sólo se desahogaba la madre en la noche cuando se encontraba sola en su cuarto con Mario. En estos momentos, frecuentemente lloraba la madre y era Mario quien se preocupaba por ella y la consolaba.

Cabe todavía señalar otro problema: ¿cuál sería el porvenir de esta familia? Los abuelos paternos de Mario querían que este único hijo reconocido de su hijo caído fuera a vivir a su casa, mientras la madre también necesitaba su presencia constante y cercana para no caer en la depresión.

Los ejes del trabajo terapéutico fueron los siguientes: permitir a la madre tener un lugar donde podía expresar sus emociones, su sufrimiento y su dolor; sugerir a la madre comunicar a sus padres y hermanos su estado de tristeza en esta situación de duelo; ayudar a la madre para que pueda hablar claramente con su hijo lo que le sucedió al padre y recordarle por ejemplo mirando la fotografía que tenían y yendo a visitar la tumba en el cementerio (hasta la fecha de la consulta, Mario temía entrar en el cuarto donde se quedaron los vestidos del padre y a la madre no le gustaba ir a la tumba «porque eso no me ayuda a olvidar»); favorecer encuentros entre la madre y los abuelos paternos para que tomen una decisión en lo que se refiere al futuro y que no sea «negra o blanca», es decir, una solución que permita a Mario seguir viendo a sus abuelos sin que eso signifique un corte de la relación con la madre.

Con cuatro entrevistas subsiguientes (entre las cuales una visita domiciliaria a la casa de los abuelos maternos y otra al hogar de los abuelos paternos), se pudieron superar bastante bien los problemas presentados: Mario no solo no

reincidió, salió de su retraimiento, empezando a manifestar más emociones y relacionarse más con otros; la madre, aunque a veces triste no se sentía tan deprimida, y los abuelos paternos habían logrado un acuerdo con su nuera arreglo que preservaba la relación del niño con todos. Claro que seguía la reacción de duelo, pero desde ahora, esta podía desarrollarse normalmente.

• • •

Alberto, 14 años, y Cecilia 12 años son huérfanos de padre desde hace dos años. El padre, militar, cayó mientras estaba movilizado desde hacía ya varios meses. Como la madre había abandonado el hogar cuando sus hijos eran chiquitos, sin nunca dar noticias, los niños se fueron a vivir a la casa de una tía, hermana mayor del padre, donde se quedaron después de la muerte de este. Esta tía había criado antiguamente a su hermano «como un hijo» y quedó siempre muy vinculada a él. Además la tía entró en conflicto con todos los otros miembros de su familia, de tal manera que a parte de su hermano, y de sus sobrinos y de su hijo ya mayor «no tenía a nadie».

Alberto, después de la muerte de su papá, empezó a tener importantes problemas escolares y tuvo que repetir dos veces sexto grado. Además su asistencia a la escuela era irregular. Durante la clase, está inquieto y falto de concentración.

La Casa de Apoyo al Combatiente se propuso hacer una visita domiciliaria (lo que está haciendo con todos los huérfanos), pero la tía, que había rodeado de alambre su pobre casita y fijado un portón de madera cerrado con un inmenso candado, rehusó abrir. Desde la muerte de su hermano, persistía echando la culpa a toda la gente más o menos cercana al ejército excepto para lo que era dinero (pensión de los niños) que recibía como algo que le era debido a ella.

Una trabajadora social tuvo más éxito y pudo entrar en contacto con la familia, proponiendo una visita al hospital para investigar un problema de sordera que presentaba Alberto y ver si el psiquiatra infantil podía ayudar al muchacho en sus problemas de aprendizaje.

La tía y sus sobrinos acudieron a la cita. La tía se comporta de manera muy dura con el muchacho, acusándole de no tener una conducta de hombre, de no ser bastante fuerte. No sólo no le permitió expresar sus sentimientos después de la muerte del padre, sino que además no reconoció que tal vez pudo tener unos. Era un poco más tolerante con Cecilia porque era mujer. En esta entrevista, nos enteramos que los niños nunca volvieron

de visita a la comunidad donde vivían con el padre desde la muerte de éste.

Se habló primero de permitir a la tía expresar sus sentimientos alrededor de la muerte de su hermano y de favorecer en ella el reconocimiento de las emociones de sus sobrinos, avanzando muy lentamente poco a poco, porque la relación de confianza con la tía era muy frágil. Por otro lado, nuestro deseo era contribuir al acercamiento de la tía con sus otros familiares, tratando de resolver progresivamente los conflictos que habían llevado a la rotura con el fin de disminuir el peso que caía sobre los hombros de Alberto y su hermano y permitirles así una mayor autonomía. Este trabajo empezó hace poco, pero el pronóstico es malo. La tía no sólo hizo un duelo patológico, sino que ya tenía verosímilmente un trastorno anterior de la personalidad, y ahora sus síntomas se parecen a un trastorno psicótico de tipo paranoide para el que está rechazando todo tipo de tratamiento farmacéutico.

Quitarles los niños no constituiría una verdadera solución porque no existe otro recurso familiar dispuesto a preocuparse de Alberto y Cecilia.

* * *

Angela perdió a su padre cuando tenía un poquito más de dos años. en los meses siguientes tuvo algunos problemas transitorios, trastornos del sueño y rechazo de la comida, que desaparecieron bastante rápidamente. La relación entre el padre y la madre era buena y la niña tenía un apego emocional bastante fuerte con su padre. La niña aunque chiquita participó en el velatorio. La madre fijó una fotografía del padre en la sala, llevaba a su hija cuando iba al cementerio y regularmente le decía algunas palabras sobre el padre. La madre pasó por momentos difíciles, pero siguió trabajando, dejando a la niña al cuidado de la abuela

materna, como antes, y cuando regresaba dedicaba tiempo a su hija «aún cuando no tenía tantas ganas, por sentirme agotada física y emocionalmente».

Poco a poco la madre superó el duelo y casó con otro hombre, dando así un padrastro a su hija. Desde este momento, rápidamente aparecieron problemas. El padrastro no aceptaba que su esposa y su hijastra hablasen del padre de ésta: por un lado se sentía celoso por este hombre anterior que tuvo su mujer, por otro lado sentía en eso la prueba de una desconfianza de la niña para con él. Angela empezó a presentar una conducta agresiva, no sólo con el padrastro, sino también con otros niños y a veces también con su madre. La situación se tensó aún más cuando la nueva pareja tuvo un hijo y un año después una hija. Un día, furioso, el padrastro descolgó la fotografía del padre, la rompió en pedacitos y la quemó; era la única que tenían.

La madre consultó al especialista de Salud Mental algunos meses después. Angela, ahora de siete años de edad además de agresiva, se volvió muy exigente, gritando y planteando cuando se le rechazaba algo.

Muchas veces, por la mañana, hay que forzarla para que vaya a la escuela.

La madre, se siente bastante deprimida. No sabe qué hacer. Por un lado quería preservar la relación con su actual marido, y así intenta hablar lo menos posible con Angela de su padre. Además disminuyó drásticamente la frecuencia de las visitas a los abuelos paternos que viven en un pueblo ubicado a pocos kilómetros de su casa. Pero, al mismo tiempo siente compasión por su hija y está algo resentida en contra de su marido.

Primero, nos pareció necesario hacer una entrevista con toda la familia, incluyendo al padrastro. Este empezó por decir que la única manera de no sufrir por la muerte de un padre era olvidarlo y que actuó así por eso, «mi madre falleció cuando yo tenía ocho años y tuve que olvidarla».

Profundizando el tema, logramos saber que el padrastro se había dado cuenta que «no obstante no se puede olvidarlo totalmente, aún en la tumba sigue siendo mi madre».

A partir de la propia experiencia del padrastro, se pudo favorecer en éste su reconocimiento por los sentimientos de la niña. Sin embargo, eso no era suficiente porque una parte del problema enraizaba en el «machismo» cultural del hombre. En un enfoque estructural (Minuchin) alentamos el reconocimiento por el padrastro de la distinción entre las funciones parental y conyugal de la madre (y, por extensión, del padre fallecido), sin así tener que atacar al machismo (lo que probablemente habría conducido a un fracaso del trabajo terapéutico).

Esta estrategia tuvo rápidamente éxito y la conducta de Angela fue mejorando excepto con el padrastro. Con este, parece que le quedó un resentimiento que será muy difícil de quitarle.

Observamos por fin que el desarrollo del duelo del padrastro de esta niña, influyó en su actitud frente al duelo de su hijastra (tenía que olvidar tal como él había tratado de olvidar).

Factores que influyen en el duelo de estos niños

Las historias de Mario, Angela, Alberto y Cecilia nos permiten poner en evidencia factores que influyeron sobre el curso de su duelo, y que confirman lo que señala la literatura. No hay, sin embargo, que olvidar que se trata de «casos»; nos dan indicaciones sobre lo que ocurre cuando el duelo evoluciona, pero no se puede deducir de estas descripciones un promedio de las consecuencias de la caída del padre en los niños nicaragüenses.

Se observa primero que los problemas que puede presentar un niño después del fallecimiento de su padre son muy diversos: retraimiento, problemas de aprendizaje, intento de suicidio, trastornos de sueño, trastornos de la alimentación; que su intensidad

varía mucho; que puede ser transitorio o volverse «crónico». Pueden surgir ya problemas en una niña de dos años. En estos casos, la evolución de la reacción de duelo dependió mucho de la capacidad de los adultos sobrevivientes y de la atención que se les brinde después de la muerte del padre. Así la madre de Mario no reconoció primero el sufrimiento de su hijo, y el estado del niño mejoró mucho cuando, por la terapia, ella empezó a reconocer en la conducta de Mario la expresión de un dolor; la evolución distinta de Alberto y Cecilia, aunque hermanos y viviendo en el mismo ambiente, puede entenderse entre otros, como el resultado de la mayor represión de los afectos del varón, la comprensión de la madre de Angela ciertamente le permitió tener, primero, una buena evolución.

En el caso de Mario, se observa también que se mintió primero al niño. Según Bowlby y otros autores la manera de presentar lo ocurrido al niño influye mucho sobre el desarrollo futuro de su reacción de duelo. Mario no había tenido la posibilidad de darse cuenta de lo ocurrido. Nos pareció en las entrevistas que realmente tenía la impresión de poder reunirse con su padre en el cielo si se suicidaba, lo que nos da a entender que las explicaciones que sus familiares le brindaron no eran muy claras. Las explicaciones ulteriores de la madre, las visitas a la tumba le ayudaron sin duda a aceptar la realidad de la muerte del padre y a superar, por lo menos en parte, la evolución muy preocupante de su duelo, ya que contribuye también generalmente la presencia en el velatorio y la posibilidad de ver el cadáver.

Siempre su tía se negó a dar a sus sobrinos Alberto y Cecilia, la posibilidad de acordarse de su padre: no podían hablar de él. Su pésima evolución está verosímilmente también relacionada con este factor. de la misma manera, el estado de Angela empeoró muchísimo (lo que nos muestra que el «proceso» de duelo está sujeto en el niño a la posibilidad de importantes retrocesos en función, en parte, de las circunstancias) cuando su padrastro le negó toda posibilidad de acordarse de su padre, rompiéndole la única fotografía. Y obligándole a la madre a espaciar las visitas a los abuelos paternos.

Claro que los factores ya mencionados dependen mucho del mismo proceso de duelo de la madre y de los otros familiares conviviendo con el niño. Evidentemente, la capacidad de reconocer los sentimientos del niño, la capacidad de hablar de lo ocurrido y de ayudar al niño a recordar al padre, dependen esencialmente de la propia capacidad de los adultos de aceptar la muerte del marido, hijo o hermano, de no negar, evitar, proyectar sus propios afectos y emociones, es decir, en última instancia, del desarrollo de su proceso de duelo. Así observamos el duelo patológico, sobre el fondo de un importante trastorno de la personalidad, de la tía de Alberto y Cecilia; vemos la fuerte reacción de la madre de Mario que le impedía escuchar, comprender, apoyar a su hijo, y al contrario le llevaba a intentar apoyarse sobre la supuesta solidez de Mario, transformado, para la circunstancia, en el «adulto» de la casa. En cambio, se puede considerar la reacción de duelo de la madre de Angela como bastante sana. Observamos por fin que el desarrollo del duelo del padrastro de esta niña, sin duda influyó en su actitud frente al duelo de su hijastra (tenía que olvidar tal como él había tratado de olvidar).

A la lectura de la historia de Mario, aparece otro factor mucho menos presente en la literatura: se trata de la naturaleza de las relaciones entre compañera y padre del caído, es decir por extensión entre ambas familias de origen. Este factor aparece también en otros casos que conocimos (expusimos uno en una publicación destinado a la capacitación de los promotores en los talleres). Parece que la muerte del padre está agudizando los problemas entre la madre y sus suegros porque el niño deja de ser sólo un niño o un nieto para ser también una «memoria» del fallecido, para ayudar a llenar el vacío dejado por la muerte del hijo o del marido.

Algunas condiciones parecen favorecer el brote de tal cuadro: la ausencia de otros nietos o hijos, familia poco numerosa, apartamiento de la comunidad, otras separaciones o duelos anteriores, (ver por ejemplo el caso de la tía de Alberto y Cecilia).

Queda otro problema de relaciones familiares que hallamos frecuentemente (por ejemplo, en el caso de Angela): aquel del padrastro. Parece que la importancia de este problema en Nicaragua tiene mucho que ver con aspectos culturales ligados con el machismo.

La identificación de estos factores similares a aquellos mencionados en la literatura nos permitió consolidar la hipótesis según la cual los factores que influyen en el duelo de los hijos de «héroes y mártires» nicaragüenses eran parecidos a aquellos encontrados en los huérfanos de padre de los países occidentales desarrollados. Quedan, sin embargo, a definir mejor las especificidades relacionadas tanto con el origen cultural de estos niños como con las condiciones particulares en las cuales perdieron a su padre.

Los primeros talleres de capacitación de promotores

La idea de capacitar a promotores para mejorar la atención en Salud Mental a los niños huérfanos surgió rápidamente fundamentándose en los hechos siguientes: numerosos niños perdieron a su padre en la guerra desencadenada por los Estados Unidos y la «Contra» y por eso tenían más riesgos respecto a su Salud Mental futura; los recursos humanos especializados en salud Mental Infantil eran notablemente insuficientes para prestar atención a toda esta población. La OMS está promoviendo la capacitación de la red primaria, y distintos países experimentaron ya tal política, con éxito, en el caso parecido de los desastres naturales (B. Lima 1986; N. Sartorius y P. Graham 1984; OMS 1977, OPS, 1986; Who 1987; de Wasongarz y Siniego. 1987). Ya existía una potencial red de promotores en las personas perteneciendo a los organismos de masas, a la Casa de Apoyo al Combatiente y el INSSBI, que visitan regularmente los hogares desde el día de la muerte del combatiente; las reacciones de duelo de los niños nicaragüenses eran suficientemente parecidas a aquellas relatadas en la literatura occidental, para que un extranjero

sea capaz de impartir talleres y sobre todo definir un programa de capacitación; el análisis de los factores que influyen en el duelo en el niño permitan fijar pautas en la elaboración de un programa de prevención en salud mental destinados a los hijos de «Héroes y Mártires» nicaragüenses.

Los primeros talleres tuvieron lugar en Carazo, sureste del país, durante el invierno de 1987. Esos primeros talleres no tenían solo una función de capacitación de promotores y por tanto de prevención. Constituían también una primera experiencia que nos permitiría conocer mejor la manera de abordar el duelo en Nicaragua, es decir las costumbres culturales relativas a eso, lo que, a la larga nos permitiría afinar la metodología empleada en los talleres así como precisar los contenidos más relevantes. Es con esa característica de primera experiencia que analizaremos aquí estos primeros talleres de capacitación.

Como métodos didácticos usamos esencialmente las exposiciones participativas, el trabajo en grupo y sociodramas. Es en los sociodramas donde sobresalieron las conductas usuales de los promotores frente a los familiares del caído. Algunas de aquellas eran realmente generales, es decir adoptadas por todos.

- Dedicarse casi exclusivamente a los adultos e ignorar o por lo menos no preocuparse mucho del niño en el momento de la primera entrevista que frecuentemente coincide con el anuncio de la muerte del padre (hermano, hijo, etc.).
- Tratar de reprimir las manifestaciones emocionales de los niños (llanto, angustia, etc.), con frases como «no te preocupes», «resígnate», etc.

Otras conductas, sin ser tan generales pudieron observarse en la mayoría de los promotores:

- grandes dificultades a reconocer los afectos y emociones en los niños;
- creencias, sobre todo para los niños menores de cinco años, de que ellos no lo sienten;

- gran dificultad a abordar el tema de lo ocurrido, la caída del padre, con el niño;
- tendencia a tratar de favorecer el olvido en los adultos, y particularmente en las compañeras de los caídos, madres de los hijos huérfanos de padre, olvido en el sentido de incitar a no pensar demasiado en «él», y no hablar demasiado de «él».

Este último aspecto puede parecer contradictorio con el mantenimiento de la memoria de los «Héroes y Mártires» por la sociedad nicaragüense así como con el gran apoyo dedicado por distintos organismos del estado a los familiares como fuente de sufrimiento que es mejor, no borrar totalmente pero por lo menos «aliviar». Se distingue también un trato diferencial a los distintos familiares de los caídos: se permite más espacio al recuerdo de las «madres de Héroes y Mártires» que a las compañeras e hijos de los caídos.

Resulta de las conductas identificadas en la mayoría de los promotores (esencialmente eran mujeres), una tendencia a evitar el tema central del duelo y de los afectos y emociones que le están relacionados tanto con los niños como con sus madres y una dificultad a abordar con ellos asuntos como las visitas al cementerio, la mirada a la fotografía del caído, las explicaciones útiles que dar al niño.

No obstante, hay que destacar otros rasgos relevantes de estos primeros talleres. Aún cuando están presentes las tendencias predominantes mencionadas arriba, los promotores tuvieron mucha más facilidad a hablar de sus propias experiencias de duelo, de la cólera que pudieran sentir, de su tendencia a echar la culpa a otros (así está una militante muy comprometida que contó cómo quiso hechar fuera de su casa a todas las personas de uniforme en la primera semana después de la caída de su hermano de sus momentos depresivos, de sus angustias. Así los recientes duelos de los promotores mismos ocuparon mucho lugar en estos talleres y ayudaron mucho a los participantes a comprender mejor a las compañeras e hijos de caídos, a cambiar progresivamente su actitud en los sociodramas. Resulta además

que los talleres no tuvieron sólo función de capacitación, sino que desempeñaron también un papel terapéutico de grupo.

Costumbres culturales y proceso de duelo

Las enseñanzas de la bibliografía sobre el tema del duelo así como aquellas que deducimos de casos clínicos, nos llevaron a buscar en los talleres por un lado favorecer el reconocimiento de los sentimientos, sufrimientos y emociones tanto en los niños que perdieron a su padre como en las mujeres que perdieron a su compañero, y por otro lado permitir tanto al niño como al adulto darse cuenta de lo ocurrido y recordar al padre o marido fallecido. Pero los primeros talleres nos mostraron que la costumbre de los promotores nicaragüenses era completamente distinta. Surge así una pregunta esencial: esta tendencia a la evitación ¿constituye un riesgo cultural?, actuar en contra de la costumbre ¿sería, por lo tanto, un grave error?

La intensidad de los sentimientos expresados en los talleres y desencadenados por el abordaje de la problemática del duelo (que afecta personalmente a casi todos los nicaragüenses) sin que nosotros incitemos a eso (inicialmente la reunión de los promotores tenía el único propósito de la capacitación, y no le habíamos imaginado un papel terapéutico) nos enseña que la dificultad a reconocer los afectos de los niños y adultos procede más que todo de un mecanismo de defensa. Así lo que podía aparecer primeramente como una característica cultural constituye más, según nosotros, un mecanismo de defensa compartido por toda la sociedad y desarrollado para permitir a ésta defenderse en contra de las múltiples angustias relacionadas con la historia reciente (y menos reciente) de Nicaragua. Pero hay que ser muy prudente con tal formulación. La presencia de los sentimientos evocados en los nicaragüenses, es clara, y como tales necesitan ser reconocidos, lo que no tiene nada que ver con su modo de expresión que es y se mantiene una característica típicamente cultural.

Por fin, la cuestión de saber si un mecanismo de defensa social puede a lo largo, convertirse en un rasgo verdaderamente cultural sobrepasa nuestro propósito.

Trastornos psicósomáticos y su prevención en los futuros movilizados

Varios futuros movilizados (es decir jóvenes en edad de ser movilizados que hasta ahora no fueran llamados al servicio militar) llegaron a la consulta de psiquiatría del hospital de Jinotepe con síntomas psicósomáticos. Emitimos la hipótesis en términos sistémicos, de que se trataba de la expresión de una angustia familiar no formulada. Lo que podía aparecer como un intento consciente de engañar al médico para poder evitar el cumplimiento del servicio militar, nos parecía ser más que todo, una manera inconsciente de resolver temporalmente una angustia compartida por toda la familia por un posible retraso en la fecha de movilización del joven. Si así era, no se trataba de un intento de engaño sino de un sufrimiento psicósomático real.

Apoyándonos sobre esta hipótesis, buscamos en cada caso reunir a la familia para que cada miembro pueda expresar verbalmente su angustia ante la marcha próxima del joven. Eso quería decir no sólo hablar de la separación de dos años, sino también del claro riesgo que corre la vida del muchacho, es decir de la posibilidad de su muerte. En un segundo tiempo intentamos alentar la preparación de la próxima separación: ¿cómo pensaba proceder la familia para recordar los miembros ausentes?, ¿pensaban mantener una comunicación, aunque irregular y espaciada, entre ellos?, ¿cómo en caso de muerte del movilizado éste iba a perdurar en el recuerdo de los supervivientes?

Nos dimos cuenta de que en la totalidad de estos casos había existido anteriormente una total denegación del futuro acontecimiento doloroso: todos sabían pero nadie hablaba de eso. Por otro lado el trabajo terapéutico, tal como lo describimos (una

descripción más amplia sería útil pero fuera del marco de esta exposición), resultó muy exitoso y en el 80% de los casos desaparecieron los síntomas en un promedio de tres entrevistas aunque ninguna medida en favor de una dispensa médica haya sido pedida. Al contrario alentamos al joven a emprender lo más rápidamente posible trámites de inscripción, para que todos, el y su familia, sean fijados sobre su suerte, esperando así disminuir la angustia de todos, convirtiéndola, en el peor de los casos, en un miedo bien definido.

Este éxito confirmó nuestra hipótesis. Pero, más que eso, nos permitió sentar las bases de un trabajo preventivo con los movilizados y sus familiares. No sólo prevención de los trastornos psicósomáticos en los futuros movilizados (que hay que distinguir claramente de los trastornos psicóticos los cuales surgen, según nuestra experiencia clínica, cuando el muchacho está propiamente atrapado por el doble vínculo «double bind» tejido por su familia: «si te vas al servicio militar, nunca podremos aguantar» y «pero de todos modos eres tu quién decides» mensajes que coinciden con la definición de doble vínculo dada por G. Bateson; la terapia de tales trastornos en los futuros movilizados es evidentemente mucho más difícil) sino también una prevención de otros trastornos que pueden desarrollarse durante el tiempo de movilización del joven tanto en él mismo como en otros miembros de su familia, una prevención de algunos trastornos típicos del desmovilizado y una prevención de las reacciones patológicas de duelo en los sobrevivientes en caso que cayera aquel que está prestando su Servicio Militar. En efecto, se puede suponer que si la angustia, y por lo tanto la lealtad familiar callada —no expresada verbalmente— es capaz de hacer brotar trastornos psicósomáticos en el futuro movilizado antes de su salida, será también capaz, si se mantiene callada hasta la incorporación a filas, de provocar otros trastornos ulteriores en cualquier miembro de la familia, y de agravar la sintomatología usual hallada tanto en el proceso de duelo como en el momento de la desmovilización.

La relación con la problemática de los hijos de combatientes caídos es doble. Primero se observa que los factores que favore-

cen la aparición de los trastornos en los futuros movilizados son parecidos a aquellos que constituyen un riesgo para los niños huérfanos de padre: es el caso particularmente de la manera de presentar, de hablar de lo ocurrido (o de lo que va a ocurrir), de la posibilidad otorgada de darse cuenta de lo ocurrido (o de lo que va a ocurrir). Segundo, como la existencia de una separación previa con el padre complica el proceso de duelo en el niño (Elizur y Kaffman), es muy probable que las condiciones en las cuales se desarrolla esta primera separación (en este caso la movilización del padre) influirán sobre una ulterior reacción de duelo y, por las razones arriba expuestas, de la misma manera que actúan sobre la salud Mental del futuro movilizado. Otros puntos de convergencia: una acción terapéutica orientada hacia la clara formulación de lo que ocurrió o de lo que va a ocurrir parece tener semejante eficacia en los dos casos; actitudes preventivas desarrolladas por promotores de salud en la comunidad son, en las dos situaciones, bastante fáciles de determinar y de promover, y además tendrían, por las similitudes de los factores identificados, un alto grado de relación.

Por todo ello deducimos que el trabajo de prevención de la red primaria dirigido a los huérfanos de guerra podía ya empezar antes de la muerte del combatiente, en las semanas precediendo su movilización, es decir la primera separación: de tal prevención previa, no se beneficiarían sólo los hijos de movilizados que perdieron a su padre en la guerra, sino también todos los otros así como otros familiares cercanos a los jóvenes llamados a cumplir su Servicio Militar (padres, hermanos, etc.).

Conclusiones

Las observaciones que hicimos en las etapas preparatorias del trabajo nos permitieron definir más precisamente un programa de capacitación de promotores de salud infantil dedicados primero a la atención de los hijos de caídos.

1. Nuestra experiencia comprobó la validez y la factibilidad de un proyecto centrado en la capacitación de la red primaria.

2. Los talleres tienen que estar dirigidos, o por lo menos supervisados, por profesionales de salud mental infantil en razón del carácter terapéutico que pueden tomar esos talleres.

3. Por las mismas razones, así como para permitir la factibilidad de técnicas metodológicas como los sociodramas y las exposiciones participativas la asistencia por taller no podía exceder 15 promotores.

4. Los contenidos tienen que incluir principalmente:

a) La técnica de entrevista de los familiares sobrevivientes (respetar a la familia y su sufrimiento, establecer una relación de confianza con ellos, tomar en cuenta al niño).

b) Favorecer la posibilidad para el niño de darse cuenta de lo ocurrido.

c) Reconocimiento de los sentimientos, afectos y emociones del niño.

d) Detección de los familiares con riesgo (según la estructura y el modo de comunicación familiar).

5. El trabajo de los promotores no se limita a las familias de los caídos sino que se extiende también a las familias de futuros movilizados. Por lo mismo su labor preventiva no concierne sólo a los niños sino a toda la familia del movilizado y del caído.

6. Tanto los contenidos como la metodología tienen que tener en cuenta las características culturales sin que sean confundidos, no obstante, rasgos culturales y mecanismos de defensa sociales.

Así es como definimos el programa de capacitación destinado a la IV Región, cubriendo todo su territorio. Recientemente, se

hizo un primer taller regional de formación de los agentes del programa (psicólogos del ministerio de salud, trabajadores Sociales del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar, coordinadores de los programas «caídos» en las Casas Zonales de Apoyo al combatiente). Seguirán los talleres zonales de capacitación de los promotores.

Claro que se necesitará además desarrollar investigaciones permitiendo la evaluación del programa.

Por eso, ya empezamos dos investigaciones en zonas donde hasta ahora no hubo talleres: una destinada a conocer el perfil epidemiológico de la salud mental de los niños nicaragüenses. otra permitiendo el conocimiento de la salud mental de los niños hijos de caídos. Estos estudios nos servirán de puntos de referencia cuando tratemos de comprobar la eficacia del programa.

En un segundo tiempo, nuestro objetivo será aplicar la solución de los talleres a los niños abandonados y maltratados, a los hijos de padres separados, que, en ciertos aspectos, no es tan alejada de aquella de los niños huérfanos. A medio y largo plazo, esperamos poder desarrollar un verdadero programa de prevención en Salud Mental Infantil apoyándonos sobre la capacitación de la red primaria. En eso, la elaboración con el MINSA de un programa de educación popular en salud mental infantil, constituye un primer paso.

Quedan dos preguntas teóricas: ¿en qué se diferencia la problemática del huérfano de guerra de aquella de los otros huérfanos? ¿En qué esta problemática depende del contexto sociopolítico? Si los datos actuales no nos permiten sacar conclusiones definitivas, permiten sin embargo avanzar algunas hipótesis.

El huérfano de guerra tuvo que afrontar una separación con el padre, a menudo larga, en el momento de su movilización. Además vive en un ambiente donde la angustia, verbalizada o no, está muy presente, además, la incitación a la memoria de los

«Héroes y Mártires» actúa por sí misma en contra del olvido fomentado frecuentemente por las familias (como denegación y evitación), pero por otro lado marca socialmente al niño como huérfano, y según la práctica de los organismos encargados de brindarles atención, puede contribuir en la familia el desarrollo de una mentalidad asistencial. Alguno de estos elementos complica la problemática de duelo del niño, otros, sin duda favorecen la superación del duelo. Pero, por lo menos, la identificación de estas diferencias nos permite suponer que no se puede completamente confundir la problemática del huérfano de guerra con aquella de cualquier otro huérfano.

Por supuesto, la influencia del contexto sociopolítico no está contemplada por los estudios israelíes, pero es posible que ésta exista, ya en lo que se refiere a la identificación del pueblo con la misión de los combatientes, ya también en lo que se refiere a la estructura social que favorece o no la constitución de una red primaria de atención.

Aún si tales influencias parecen indirectas, sin embargo pensamos que debieran existir.

Por esas razones, se debe urgentemente estimular nuevas investigaciones con lo hijos de combatientes fallecidos en combate y con huérfanos de guerra en otros países del mundo, como por ejemplo en Nicaragua. Eso sin despreciar el valor de los estudios israelíes que nos ayudaron mucho a establecer las bases teóricas de nuestro proyecto.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIES P. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age a nos jours*, Paris, Seuil, 1975.
2. BAIDER L. y ROSENFELD E., *Effects of parental fears en children i wartime*, *Social Casework*, Vol. 55,8, 497—503, 1974.
3. BATESON G., JACKSON D. y col., *Toward a theory of schizophrenia*. *Behav. Sci.* 1, 251—264. 1956.
4. BOSZERMENYI—NAGY I., SPARK G.M., *Lealtades Invisibles*, Amorrortu Ed. Buenos Aires. 1980.
5. BOWLBY J., *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*, Paidós, Buenos Aires, 1983 (edición en inglés 1980).
6. BOWLBY J., «The Making and Breaking of Affectional Bonds», *Brit. J. Psychiatry*, 130, 201—10 y 421—31, 1977.
7. DUPONT M.A., «Una técnica de capacitación para promotores de salud mental en situación en crisis», in *Psicología para casos de desastre*, Editorial Pax México, 151—174, 1987.
8. ELIZUR E. y KAFFMAN M., *Factors influencing yhe severity of childhood be-reavement reactions*, *AM.J. Orthopsychiatry*, Vol. 53 (4), 668—676, oct. 1983.
9. EISENBRUCH M. *Cross—Cultural Bereavement*, *Ethnology amb Family Therapy*, 283—343, 1985.
10. FAIRBARN W.R.D., «*Psycoanalytic Studies of the personality*», Londres, Tavistock Publications, 1943.
12. FREUD A. y BURLINGHAM D., *Infants without families*, *Internacional University Press*, New York. 1944.
13. FREUD A. y BURLINGHAM D., *War and childrens*, *International University Press*, New York. 1942.
14. FURMAN R., *Aptitude de l'enfant au deuil*, in ANTHONY E. y KOUPERNIK C., *L'enfant dans la famille*, Paris, Masson, (vol 2), 1974.
15. GOURDON HANUS D., y col., *Le deuil chez l'enfant*, *La psichiatrie de l'enfant*, Vol. XIII (1), 319—340, 1980.
16. HATTAB J., *Psychothérapie d'un jeune orphelin de guerre*, *Génitif*, Vol. 5(4) 88—94, 1983.

17. JOHNSON P. y ROSENBLATT P., Grief following a childhood loss of parent, *Am. J. of Psychoth.*, Vol. XXXV(#), 419—424, July 1981.
18. KAFFMAN M. y ELIZUR E., Children's bereavement reactions following death of the father, *Int. Journal of Family Therapy*, 6 (4), 259—284, 1984.
19. LIMA B. «La atención primaria en salud mental infantil», *Salud Pública de México*, 28, 354—360, 1986.
20. METRAUX J. C., ESPINOZA C., Atención en salud Mental a Niños Huérfanos de Guerra, Folleto, MINSA IV Región, NICARAGUA, 1987.
21. MINUCHIN S., FISHMAN H., Técnicas de Terapia Familiar, Paidós, Barcelona, 1984.
22. OMS, Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del niño, nº 613—, 1977.
23. OPS, Asesoría en salud mental a raíz del desastre de Armero en Colombia, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol 101(6), 678—683, dic. 1986.
24. SARTORIUS N. y GRAHAM P., Salud mental infantil: experiencia de ocho países, *Crónico de la OMS*, 38(5), 213—217 919840.
25. de WASONGARZ A., y SINIEGO A., Una experiencia educación, in «Psicología para casos de desastre», Editorial Pax México., 131—150. 1987.
26. WHO, A manual on child mental health and psychosocial developmeny, SEA—, HENT—65,66,67,68, Restricted, 1982.