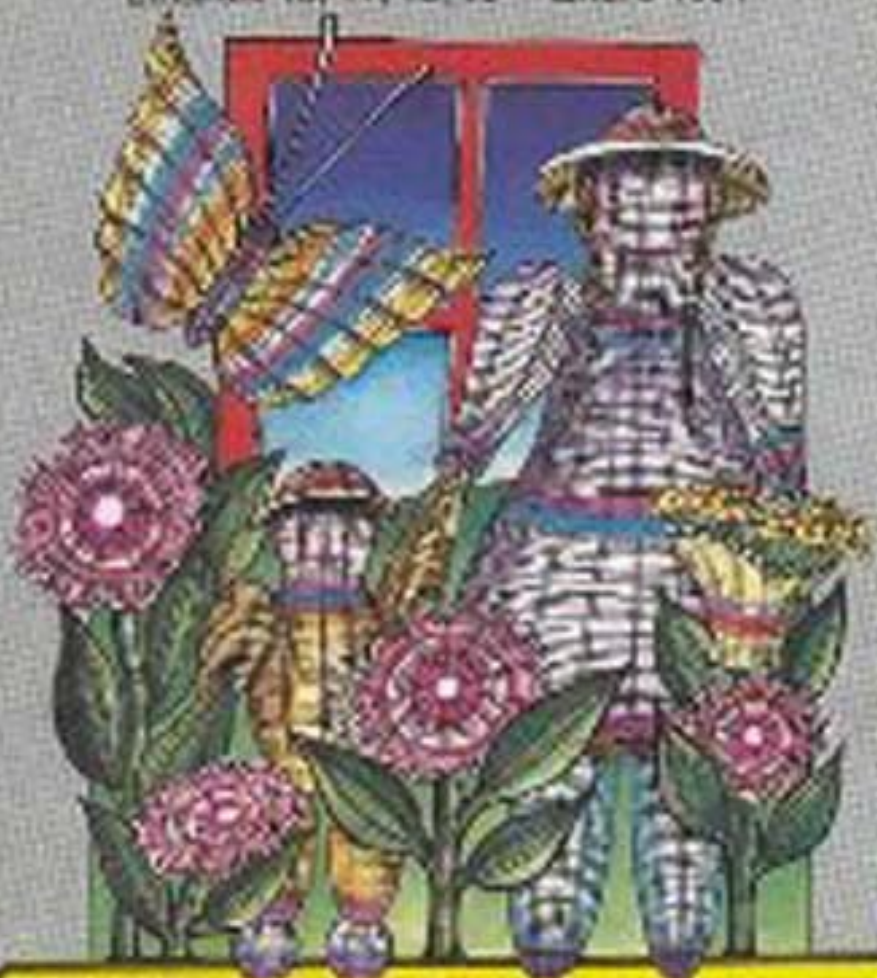


II Seminario de la Región del Maule

Líneas 16, 17, 18, 19 Enero 1991



**Derechos Humanos, Salud Mental,
Atención Primaria: Desafío Regional**



CONTRAS

Registro de Propiedad Intelectual

N° 83.966

I.S.B.N. 956-7260-01-X

Primera edición, agosto 1992

Diseño gráfico e ilustración portada

Jano (Ricardo Pérez Messina)

Composición láser

Inés Becerra

Autorizamos la reproducción parcial
o total indicando la fuente.

El presente libro ha sido impreso y encuadernado por los pacientes de CINTRAS en los talleres de Terapia Ocupacional. El equipo de trabajo estuvo dirigido por los terapeutas ocupacionales *Alejandro Guajardo* y *Cristián Barraza*, con la asesoría del monitor de la institución *Emilio Vargas*. Integraron el taller las siguientes personas: *Pedro Faúndez*, *Carlos Guzmán*,

Vania Juica, *Polonia Pernac*,

Franz Savolainer, *Telma Torres*

Marta Vásquez y *Yolanda Zambrano*

Eulogia Sánchez 064

Fono 6352126 - 6352122

Santiago - Chile

TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO	11
PRESENTACIÓN	13
PROGRAMA DEL SEMINARIO	19
PATROCINANTES	21

PARTE I: SALUD MENTAL Y DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Conferencia:

Ética médica y tortura	27
------------------------------	----

Ole Vedel Rasmussen

Panel:

Tortura: aspectos médicos, psicológicos y sociales. Reparación

Significado psicosocial de la tortura. Ética y reparación	41
---	----

Elisa Neumann, Rodrigo Erazo

Tortura física: secuelas en el sistema locomotor	47
--	----

Bente Danneskjold

Tortura y proceso salud-enfermedad	57
--	----

Carlos Madariaga

Una aproximación al quehacer de la terapia ocupacional en la persona torturada	65
---	----

Alejandro Guajardo

Tortura: un testimonio personal	71
---------------------------------------	----

Nelson Paredes

Conferencia:

Impunidad 79

Daniel Kersner

Panel:

Presos políticos: aspectos médicos, psicológicos y sociales.
Reparación

Algunos aspectos del trabajo psicoterapéutico con
presos políticos 87
Eliana Horvitz

Estudio de salud mental en presos políticos
en período de transición a la democracia 95
Jacobo Riffo, Vivianne Freraut

Presos políticos: aspectos psicológicos, sociales y políticos 103
Jorge Seguel

La terapia ocupacional en el tratamiento de presos políticos . 107
Alejandro Guajardo

Panel:

Exilio-retorno: aspectos médicos, psicológicos y sociales.

Reparación

Reinserción psicosocial del retornado 117
Mónica Esterio

Proceso de reinserción del retornado 123
Yolanda Muñoz, Mónica Esterio, Eliana Morales

Psicoterapia individual en el retornado 127
Yolanda Muñoz

Situación de familia y pareja 133

<i>Eliana Morales</i>	
Testimonio individual de un retornado	143
<i>Yolanda Muñoz</i>	
Grupos terapéuticos de reencuentro	149
<i>María Teresa Almarza</i>	
Exilio-retorno: aspectos médicos, psicológicos y sociales en la familia y la infancia	161
<i>Noemí Baeza</i>	
Conferencia:	
Detenidos desaparecidos en una comunidad rural: daño psicológico y psicosocial. Psicoterapia de grupo	175
<i>Carlos Madariaga</i>	
Panel	
Detenidos desaparecidos y ejecutados políticos. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Reparación	
Hipótesis de trabajo	193
<i>Diana Kordon</i>	
Privatización o trinchera: consecuencia de un contexto patógeno	199
<i>Mauricio Gómez</i>	
Detenidos desaparecidos: consecuencias para la segunda generación	203
<i>Niels Biedermann</i>	
Algunas dinámicas familiares observadas en familias de detenidos desaparecidos	211
<i>Teresa Huneus</i>	
Testimonio: los ideales no se matan ni desaparecen,	

se multiplican 215

Solidia Leiva

Conferencia:

Elaboración del duelo desde el punto de vista psico-social 219

Diana Kordon

Simposium:

El daño psicológico en la represión política

Los caminos de salida del dolor. Una encuesta en CINTRAS 227

Mauricio Gómez

Penal de Santo Domingo, un estudio descriptivo:

cárcel y proceso salud-enfermedad 235

Carlos Madariaga, Alejandro Guajardo, Patricia Herrero

Talleres de terapia ocupacional: una experiencia

con víctimas de la represión política 249

Alejandro Guajardo, Sergio Zurita

Tortura en Chile en el período de transición a la democracia 265

Marisol Espinoza, Bruno García,

María Isabel Alvarez, Guillermo Montalva

Reactancia, indefensión aprendida y autoritarismo 271

Miguel Toro

Atención primaria en niños PIDEE-Talca 287

Néstor Rojas

Los derechos del hombre: datos históricos y reflexión crítica 291

Elsa Campos

PARTE II: SALUD MENTAL, ATENCION PRIMARIA Y
EXPERIENCIAS COMUNITARIAS

Conferencia:

Aspectos psicológicos y socioculturales en la atención primaria en salud	301
<i>Mario Vidal</i>	

Simposium:

Experiencias en atención comunitaria

Una propuesta de salud mental y psiquiatría comunitaria	319
<i>Benjamín Vicente, Mabel Vielma</i>	

Proyecto de salud mental de la cooperación italiana

en la comuna de Peñalolén	335
<i>Teresa Huneus</i>	

Capacitación en salud mental y derechos humanos al personal de consultorios de atención primaria en una

comuna del área metropolitana	347
<i>Mónica Peña, Héctor Faúndez</i>	

El problema de la adaptación del estudiante retornado. Enfoque proyectivo de dos instituciones talquinas: CIT y PIDEE

Hugo Zambra, Gastón Ojeda

Descripción de una experiencia docente en salud mental

Sylvia Raffo, Patricia Hamel, Eliana Morales

Educación popular, salud mental y movimientos sociales

Patricia Dorado

Prevención y derechos en salud

Luis Abarza

Simposium:

Trabajo social, salud mental, experiencia comunitaria Salud mental y la problemática de los derechos humanos en la educación superior de Talca	391
<i>Beatriz Díaz, Ana Salgado, Natalia Rojas, Eduardo Oliva</i>	
Trabajo social de grupo: una experiencia de salud mental con ex-prisioneros políticos	407
<i>Aminta Traverso</i>	
Una experiencia de talleres recreativos de PIDEE en la provincia de Valdivia	417
<i>Silvia Albornoz</i>	
Estudio explorativo del espacio en relación a los subsistemas familiares y función de socialización	421
<i>Marcela Pinto, M. Eugenia Blázquez, Alicia Arriagada</i>	
Proyecto de salud mental y participación comunitaria Consultorio N° 4	435
<i>Lucía Rojas</i>	

Simposium

Salud mental: problemas, experiencias, propuestas Programa de salud mental regional VII Región del Maule	443
<i>Soledad Potthoff, Gloria Sepúlveda</i>	
Intervención en crisis y represión política	465
<i>Daniel Díaz, Nadia Saavedra</i>	
Salud mental y derechos humanos: perspectivas sistémicas	475
<i>Mario Galle</i>	
Transferencia de la atención de salud al sistema estatal	491
<i>Juana Kovalskys</i>	
La salud mental y la afectividad en un	

sector urbano popular de Talca	497
<i>Betty Villena</i>	
Derechos humanos: responsabilidad de todos	503
<i>Rodrigo Hermosilla</i>	
El medio sociocultural como facilitador de la ingesta de alcohol 511	
<i>Verónica Lavín</i>	
Conferencia:	
Terapia familiar y represión política	517
<i>Eliana Morales</i>	
Conferencia:	
¿Educación para qué?	533
<i>Joseph Bandet</i>	
Talleres:	
Taller de terapia familiar: familia y represión política	543
<i>Eliana Morales</i>	
Cómo aprender a saber qué hacer cuando uno va y dice ¿qué te pasa hombre? y su relación con la salud mental y los derechos de las personas	545
<i>Joseph Bandet</i>	
Taller de terapia gestáltica	553
<i>Teresa Huneus</i>	
Taller corporal	555
<i>Patricia Cardemil</i>	
Índice de instituciones expositoras	559

PRÓLOGO

En este libro se reproducen todos los trabajos presentados en el II Seminario de la Región del Maule “Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional” que se realizó en la ciudad de Linares entre el 16 y el 19 de enero de 1991, organizado conjuntamente por los Programas de Salud Mental de la Provincia de Linares y de la VII Región, ambas instancias dependientes del Ministerio de Salud, y CINTRAS, organización no gubernamental especializada en la problemática de salud mental y derechos humanos.

Con la finalidad de destacar mejor las unidades temáticas y facilitar la lectura, hemos estimado conveniente modificar el orden que las presentaciones tenían en el programa original.

Valoramos la presencia en este certamen de los profesionales Dr. Ole Vedel Rasmussen y Dra. Bente Danneskjold del RCT de Copenhague y de los doctores Diana Kordon y Daniel Kersner, psiquiatras del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, todos ellos con una vasta experiencia asistencial y de investigación en el área del daño psicológico y psicosocial producto de la represión política.

Damos las gracias al RCT de Dinamarca, auspiciador del encuentro, sin cuyo concurso no hubiese sido posible la materialización de esta iniciativa y la publicación de los trabajos presentados.

Las opiniones expresadas en las diferentes ponencias son de responsabilidad estricta de sus autores y no necesariamente coinciden con los criterios de las instituciones organizadoras.

COMITE EDITORIAL:

Beatriz Brinkmann
José Miguel Guzmán
Carlos Madariaga
Simona Ruy-Pérez

PRESENTACION

El certamen que comunicamos en el presente libro tiene una pequeña historia. Como resultado de las nuevas demandas en salud mental surgidas a partir de marzo de 1990, muy ligadas a los hallazgos de osamentas de víctimas de la represión política durante el período dictatorial, CINTRAS se vio impulsado a un mayor acercamiento a las realidades regionales. La necesidad de cubrir con carácter de urgencia los requerimientos de atención psicológica y psicosocial generado por estos acontecimientos, derivó en un plan piloto a través del cual la institución se propuso acoger la parte más sensible de esta situación de salud.

Lo que en una primera instancia constituyó un trabajo preferentemente asistencial, derivó con prontitud en nuevos objetivos a la luz de la pesquisa de significativas carencias regionales en materia de salud mental y derechos humanos. Surgió la impostergable necesidad de capacitar a los profesionales de provincias en el área de nuestra especialidad. Una primera materialización de esta iniciativa se concretó en el I Seminario Regional realizado entre el 27 y 29 de septiembre de 1990 y que titulamos *“Salud Mental y Derechos Humanos: Daño Psicológico y Psicosocial; Reparación”*. Con él nos propusimos, en coordinación con el Ministerio de Salud, abordar la problemática de la salud mental en Chile desde una dimensión específica: el estudio de las consecuencias psicológicas y psicosociales de las violaciones a los derechos humanos.

Las nuevas realidades histórico-sociales han obligado a profundizar la reflexión crítica respecto de las políticas sociales que rigieron para el sector durante el período anterior y a elaborar propuestas metodológica y técnicamente eficientes para absorber las urgentes demandas existentes en los diferentes niveles de prevención en salud mental.

En particular, en relación con los derechos humanos, los procesos mentales individuales, familiares y colectivos derivados de una práctica social perturbada por una estructura autoritaria del Estado, han constituido una realidad no del todo conocida en sus particularidades más profundas. Es ésta una preocupación actual de las organizaciones no gubernamentales que durante largos años intentaron suplir la ausencia de canales institucionales que cubrieran las demandas asistenciales acumuladas.

Esta necesidad es aún más urgente a niveles regionales, dado el retraso objetivo existente en la implementación de proyectos locales de atención y prevención en salud mental.

El seminario abrió un espacio de encuentro, diálogo e intercambio de experiencias entre los especialistas en salud mental y derechos humanos, profesionales de la salud del sistema estatal y del extrasistema, y otros profesionales que desarrollan su actividad en vinculación con colectivos humanos. En los trabajos del taller se hizo una experiencia diagnóstica de las problemáticas locales y se discutieron eventuales propuestas de abordaje terapéutico.

La gran atracción que produjo este certamen en el nivel regional se vio reflejada en la participación entusiasta de más de 100 profesionales; el objetivo fundamental del seminario - la estimulación del interés por la salud mental y los derechos humanos - se cumplió cabalmente. Ello nos alentó a dar un segundo paso en este proceso de capacitación profesional en provincias, que materializamos en el II Seminario Regional "*Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional*", que llevamos a cabo en la ciudad de Linares del 16 al 19 de enero de 1991, en conjunto con las autoridades regionales y provinciales de salud, con el valioso auspicio del Rehabilitation Center For Torture Victims de Copenhague y del cual damos cuenta en esta publicación.

Quisimos en esta segunda oportunidad ofrecer un canal de acogida a la crítica situación percibida en el primer seminario y que se resume en la existencia de impostergables necesidades en el área de la Salud Mental y en insuficiencias diagnósticas que limitan el conocer científicamente esta realidad.

En el II Seminario intentamos ahondar en algunos objetivos ya abordados en el anterior y nos propusimos otros nuevos:

1. Profundizar en el conocimiento de algunos aspectos específicos del daño psicológico y psicosocial producidos en la comunidad como consecuencia de la represión política, y estudiar algunos modelos de reparación.
2. Conocer algunas experiencias internacionales en el tratamiento de problemas de salud mental y derechos humanos.
3. Conocer y discutir diversas experiencias regionales ligadas a la atención primaria y al trabajo comunitario.

4. Capacitación en algunas técnicas específicas tanto terapéuticas como de educación participativa orientada a la salud mental.
5. Discutir los aspectos socio-históricos, jurídicos, éticos y psicosociales de los derechos humanos dentro del período de transición democrática y su relación con el desarrollo a escala nacional de una conciencia social en los derechos del hombre.

Más de 150 profesionales de la región, del país y algunos invitados internacionales participaron activamente en las diversas modalidades que ofreció el certamen: conferencias, paneles, simposios y talleres. Su organización correspondió al equipo CINTRAS, al Programa de Salud Mental de la Región del Maule y al Programa de Salud Mental de la Provincia de Linares. Su realización no habría sido posible sin el concurso auspiciador del Rehabilitation Center For Torture Victims (RCT) de Dinamarca, el que aportó al enriquecimiento de su nivel científico con la participación de dos de sus profesionales más destacados: el Dr. Ole Vedel Rasmussen y la Dra. Bente Danneskjold, ambos con una vasta experiencia en el trabajo médico solidario con las personas del tercer mundo afectadas por las violaciones a los derechos humanos. Este intercambio de conocimientos en una dimensión internacional se vio realzado con la valiosa presencia de Diana Kordon y Daniel Kersner, psiquiatras del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial.

De igual relevancia fue la participación activa de las organizaciones locales y regionales de derechos humanos en los debates. Ellas son depositarias legítimas de la memoria histórica de nuestra sociedad y contribuyeron con el dato testimonial y el estímulo moral a la construcción de una conciencia social crítica en los derechos universales del hombre entre los asistentes.

El acto inaugural, realizado en el salón de actos del Hospital Base de Linares del Servicio de Salud del Maule, fue presidido por el Dr. Rafael Gracia, Secretario Regional Ministerial de Salud, quien en su discurso ratificó la disposición del Ministerio de Salud a profundizar los lazos de intercambio con las organizaciones no gubernamentales del sector, en orden a impulsar desafíos conjuntos que contribuyan a recuperar el panorama de la salud en nuestra sociedad; el Dr. Héctor Montoya, Director del Hospital de Linares, dio la bienvenida a los participantes y manifestó los expresos deseos del equipo de salud mental provincial de establecer líneas de colaboración permanente con las instituciones afines; el Dr. Mario Vidal, Director de CINTRAS,

expresó los propósitos del Seminario haciendo hincapié en la importancia estratégica del Nivel de Atención Primaria en Salud como instrumento de cambio en el proceso salud-enfermedad mental; finalmente, el Dr. Ole Vedel, de RCT, resaltó la colaboración internacional en iniciativas como ésta, que permiten el fortalecimiento de los vínculos solidarios entre los agentes sociales promotores del derecho a la vida entre el primer y tercer mundo.

Intentamos ofrecer espacio en este seminario a todas las experiencias del quehacer regional que, estando en estrecha relación con las redes sociales y las instancias de base social, hubiesen desarrollado algún tipo de experiencia comunitaria que contemplara preocupaciones específicas y acciones en relación no sólo con los derechos civiles y políticos sino también con los derechos económicos, sociales y culturales. La gran cantidad y variedad de trabajos presentados por los distintos profesionales e instituciones de la zona constituye un material de inapreciable valor, pues refleja las necesidades, insuficiencias, problemas, complejidades y urgencias existentes en materia de salud mental y derechos humanos a nivel regional. La constatación de este hecho nos ha motivado a publicar lo que se expresó en esa ocasión, respetando celosamente los matices, discrepancias, imperfecciones y contrastes implícitos en las diversas ponencias.

El Seminario fue clausurado en un plenario con el foro “Derechos humanos y transición democrática: aspectos psicosociales, jurídicos, éticos y sociales”. En él participaron el diputado Jaime Naranjo, actual presidente de la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Diputados, el abogado y escritor Juan Mihovilovic, recientemente nominado Secretario Regional Ministerial de Justicia, el diácono de la Iglesia Católica Guido Gossens, el psiquiatra argentino Daniel Kersner y el Dr. Mario Vidal de CINTRAS. Constituyó un momento de intenso y activo debate en el que la concurrencia mostró una especial motivación por el complejo problema del tratamiento de la temática de los derechos humanos por los diversos actores sociales en el período post dictadura.

Queremos agradecer en especial al Servicio Regional Ministerial de Salud y al Servicio de Salud de Linares por su excelente disposición al éxito de esta iniciativa; al Dr. Julio Hernández, Coordinador Provincial del Seminario, que nos inundó de afecto y mística por el trabajo; a las Agrupaciones de Familiares de Detenidos Desaparecidos de Linares y Parral por la confianza que nos tuvieron y su aporte desinteresado; a la Iglesia Católica de Linares, que nos acogió con comprensión; a la

Agrupación de Profesionales Democráticos de Linares, imprescindible a la hora de los esfuerzos; a las 38 instituciones y organizaciones regionales que patrocinaron el certamen.

Nuestro agradecimiento especial al RCT de Dinamarca, entusiasta promotor de las iniciativas sociales que impulsan la defensa del derecho a la vida.

Los trabajadores de CINTRAS dedicamos este libro, con profundo cariño, a nuestros pacientes y sus familiares, todos ellos fieles testimonios del sufrimiento individual y social de un pueblo que durante casi dos décadas fue víctima del terrorismo de Estado. Ofrecemos este libro como pequeño aporte para una tarea aún pendiente en la sociedad chilena: verdad sobre los crímenes de lesa humanidad y justicia para las víctimas.

DR. CARLOS MADARIAGA A.
Coordinador del Seminario

Santiago, enero de 1992

PROGRAMA GENERAL DEL SEMINARIO

Miércoles 16 de enero

Recepción de los participantes e inscripción

Acto Inaugural, intervienen:

Dr. Rafael Gracia, Secretario Regional Ministerial de Salud del Maule

Dr. Héctor Montoya, Director Hospital de Linares

Dr. Mario Vidal, Director CINTRAS

Jueves 17 de enero

Conferencia:

Etica y Tortura

Simposium:

El daño psicológico en la represión política

Panel:

Tortura: aspectos médicos, psicológicos y sociales. Reparación

Simposium:

Trabajo social, salud mental experiencia comunitaria

Simposium:

Salud mental: problemas, experiencias, propuestas

Video

Conferencia:

La terapia familiar en víctimas de la represión política

Taller:

Represión política, familia y enfoque terapéutico

Panel:

Exilio-retorno: aspectos médicos, psicológicos y sociales. Reparación

Viernes 18 de enero

Conferencia:

El duelo como problema psicosocial

Panel:

Detenidos desaparecidos y ejecutados políticos. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Reparación

Conferencia:

Detenidos desaparecidos en una comunidad rural: daño psicológico y psicosocial. Psicoterapia de grupo.

Conferencia:

Educación ¿para qué?

Taller: Cómo aprender a saber qué decir después que uno va y dice ¿que te pasa, hombre? y su relación con la salud mental y los derechos de las personas.

Panel:

Presos políticos: aspectos médicos, psicológicos y sociales.

Reparación.

Conferencia:

Aspectos psicológicos y sociales en la atención primaria de salud.

Simposium:

Experiencias en atención comunitaria

Sábado 19 de enero

Taller:

Técnicas de educación participativa

Taller:

Terapia Gestáltica

Exposición:

Técnicas de Psicoterapia breve en la represión política

Exposición:

Terapia ocupacional en la represión política

Conferencia:

Tortura y reparación. Experiencia RCT, Copenhague

Foro:

Derechos humanos y transición democrática: aspectos psicosociales, jurídicos, éticos y sociales.

Clausura

PATROCINANTES:

Servicio Regional Ministerial de Salud del Maule
Dirección Regional de Salud del Maule
Obispado de Linares
Departamento de Ayuda Fraternal Vicaría de Linares
Capítulo Médico Linares
Comisión Derechos Humanos Linares
Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos Linares
Profesionales Democráticos Linares
Capítulo de Enfermeras Linares
Asociación de Matronas Linares
Colegio Médico Regional Talca
Consejo Regional de Asistentes Sociales Talca
Colegio de Psicólogos Talca
Colegio de Profesores Talca
Asociación de Orientadores VII Región
Colegio de Enfermeras Talca
CATEV
Simiente
CODEPU Talca
Comisión de Derechos Humanos Talca
CENPROS
Fundación Domodungu
PIDEE Talca
Taller Nosotros
SERPAJ
Comisión Derechos Humanos San Javier
Agraria Linares
INDESO Curicó
ONG Pehuenche
SEP
Comisión Derechos Humanos Curicó
CUT Provincial Talca
Agrupación de Familiares de Presos Políticos Talca
Coordinador de Derechos Humanos Talca
OMIDECHI Talca
MUDECHI Talca
Coordinadora de Mujeres Talca
Comité Pro-Retorno Talca

PARTE I

**SALUD MENTAL Y
DERECHOS CIVILES Y
POLITICOS**

CONFERENCIA:

ETICA MEDICA Y TORTURA

Ole Vedel Rasmussen

ETICA MEDICA Y TORTURA

*DR. OLE VEDEL RASMUSSEN
RCT, Dinamarca*

Señoras, señores, colegas del equipo de CINTRAS, amigos:

Muchísimas gracias por la invitación a participar en este Seminario tan importante para el desarrollo del trabajo por las víctimas de la represión.

Es un gran honor para mi colega Bente Danneskjold Samsøe y para mí representar al RCT Dinamarca y colaborar en esta actividad de tanta relevancia.

He visitado Chile en mayo del año pasado con la directora del RCT, Dra. Inge Kemp Genefke, quien hace llegar a todos sus saludos y desea que este Seminario sea de mucho provecho.

Voy a tratar el tema "Ética médica y tortura" en los siguientes puntos:

- Reglas de ética médica.
- Violación de esas reglas.
- De qué manera podemos combatir la violación de esas reglas.

I. REGLAS DE ETICA MEDICA

Los médicos han sido obligados a observar las reglas médicas desde la antigua Grecia con el Juramento Hipocrático, que muy claramente dice que el médico "actuará en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror".

Y también: "A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres y hombres, libres o esclavos".

Eso es muy claro y con respecto de la tortura tenemos la Declaración de Tokio adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1975, que dice:

"El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradan-

tes, cualquiera sea la ofensa atribuida a la víctima, sea ella acusada o culpable, cualquiera sean sus motivos o creencias y en toda situación, conflicto armado y lucha civil inclusives.

El médico no proveerá ningún lugar, instrumento, substancia o conocimiento para facilitar la práctica de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para quebrantar la capacidad de resistencia de la víctima hacia tales procedimientos”.

Existe una declaración muy similar para las enfermeras: la Declaración de Singapur.

Naciones Unidas también ha adoptado una declaración: Principios de Etica Médica, en 1982. Su 2º principio expresa:

“Constituye una violación patente de la ética médica así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyen participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos”.

Esas reglas me parecen las más importantes para los médicos.

Desde una perspectiva global para combatir la tortura, creo que la Convención Contra la Tortura de Naciones Unidas, adoptada en 1984, es un instrumento importantísimo, especialmente porque crea un Comité que permite hacer visitas (inspecciones) en diferentes países para investigar acusaciones de violaciones de la Convención. Nosotros tenemos al Dr. Bent Sorensen en este comité especial, quien ha sido el presidente de la Junta Directiva de RCT, y dice que el Comité está trabajando muy bien.

II. VIOLACION DE LAS REGLAS DE ETICA MEDICA

Estos ejemplos de las reglas, declaraciones y convenciones son importantes, pero cada día están siendo violados y ustedes, chilenos, saben que esa es la realidad; ustedes han sufrido una dictadura muy fuerte durante 16 años y en esa represión los médicos han tenido parte.

He participado en un viaje para examinar violaciones de los derechos humanos en Santiago en 1982. Nosotros hemos examinado víctimas de la tortura y permítanme leer sobre el asunto de la participación de los médicos en ésta:

“En el curso de la investigación comprendida en el presente informe, el 75% de los entrevistados describieron sus encuentros en el centro de torturas secreto en donde dijeron haber sido torturados con personas que presuntamente eran médicos. Los contactos denunciados fueron de tres tipos:

1. Exámenes médicos.

a) Antes de las torturas. El 65% de los entrevistados dice haber sido examinado a su llegada al centro de interrogatorio.

b) Después de las torturas. El 55% de los entrevistados dice haber sido examinado después de terminada la tortura.

2. Asistencia directa de personal médico en las torturas denunciadas.

Según los entrevistados, alguien que parecía ser un doctor, asistía a los agentes de la CNI durante o inmediatamente antes de las torturas descritas. El 33% de los entrevistados afirma que se les administraron fármacos no terapéuticos para que perdieran el control de sí mismos y colaboraran con los interrogadores.

3. Tratamiento médico.

Tratamiento con fines terapéuticos a solicitud del detenido o cuando éste se encontraba grave a causa de las torturas descritas. El 33% de los entrevistados dice haber sido atendido médicamente de esta forma, el 11% de ellos por dificultades respiratorias atribuidas a la tortura con descargas eléctricas.”

En el transcurso de su visita a Chile los delegados hablaron con el Dr. Juan Luis González, Presidente del Colegio Médico de Chile, quien dijo que dicha organización está enterada de las denuncias sobre médicos que participan en las torturas y que ha condenado tal práctica. Añadió que no se ha podido identificar a los médicos en cuestión y que debido a ello no ha sido posible sancionarlos. Afirmó, además, que había gran preocupación por dicho problema entre los médicos chilenos.

He hecho un análisis de 200 víctimas que han sido tratadas en 18 países diferentes.

Voy a leer el resumen sobre la participación médica en la práctica de la tortura:

“La participación de los profesionales médicos en la tortura está bien documentada. En el presente estudio, 41 de 200 víctimas exami-

nadas denunciaron la participación del personal médico en las torturas infligidas. Existían niveles variables de participación: 15 personas sostuvieron haber sido examinadas por un médico antes de ser torturadas, 9 dijeron que se les administraron drogas no terapéuticas, 10 manifestaron que un doctor estaba presente durante la tortura y 15 recibieron atención médica debido a la pérdida de conciencia durante el proceso de tortura.”

Las formas en que un médico puede participar o involucrarse en la práctica de la tortura, pueden clasificarse como sigue:

1. Hacer un diagnóstico.
2. Atender a la víctima.
3. Lo opuesto al trabajo profiláctico.

Este último grupo incluye a médicos que participan en la creación e invención de nuevos y sofisticados métodos de tortura: en amputaciones punitivas, en llevar a cabo la pena de muerte y en el abuso de la psiquiatría.

III. COMO COMBATIR LAS VIOLACIONES DE LA ETICA MEDICA

A pesar de numerosos testimonios en los que víctimas de la tortura han identificado a los médicos participantes, se han realizado muy pocas acciones legales.

Las asociaciones médicas nacionales son responsables de la conducta ética de sus miembros. Declaraciones de mucha precisión, como la de Tokio, sirven de guía. Las asociaciones médicas nacionales deberían ser estimuladas por todos los medios, tanto nacionales como internacionales, para impulsar estas iniciativas.

Se recomienda que a los médicos que se les ha encontrado culpables de torturas, no se les permita ejercer su profesión en ningún país del mundo.

Las organizaciones médicas internacionales gubernamentales y no gubernamentales deben ser alentadas para que incorporen la prevención de la tortura en sus programas. Se recomienda en forma especial que la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluya este aspecto en sus programas de actividades.

¿Cómo combatimos la tortura que existe en todo el mundo y, especialmente, cómo luchamos contra la participación médica en la práctica de la tortura?

Antes de hacer las recomendaciones especiales voy a explicar un poco cómo hemos trabajado.

El RCT comienza su trabajo en 1980 asumiendo que el tratamiento de las víctimas de la tortura es una de las más importantes tareas, por lo que trabajamos constantemente por desarrollar y mejorar ese aspecto.

Estamos en contacto con otros centros intercambiando experiencias. Hemos hecho seminarios para enseñar el tratamiento en otras partes del mundo. Hemos colaborado en ello con equipos en Argentina, Filipinas, etc.

También luchamos internacionalmente contra médicos que participan en la tortura. Hemos tenido bastante colaboración con Uruguay. El gremio médico en Uruguay en 1984, durante la dictadura, estableció una convención permanente para juzgar a médicos militares por su participación en la tortura.

El Dr. Gregorio Martirena, muy valientemente, ha escrito sobre ese trabajo en su libro "Uruguay, la Tortura y los Médicos":

"Reivindicar para los médicos militares la condición de civiles en el ejercicio de la profesión en los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas, dado que ésta constituye simplemente una relación laboral, igual a la que tiene el médico en Salud Pública o en una Institución de Asistencia Colectivizada.

La sanción definitiva y universalmente orgánica de un conjunto de normas que obliguen al médico en el ejercicio de su profesión, en sus relaciones con la sociedad en que vive, y con el gobierno al que esté vinculado. Hecho de trascendencia capital en un mundo hoy agitado por la violencia y el avasallamiento de los derechos humanos diariamente, que debe comprometer en su acción a todos los médicos para el logro de su sanción a través de las Naciones Unidas.

Finalmente, unamos nuestra voluntad y recordemos en nuestra condición de médicos esta frase de la Declaración de Ginebra:

'Mantendré el mayor respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción, aún bajo amenazas no emplearé mis

conocimientos médicos contrariamente a las leyes humanitarias'. Hagamos carne en nuestra conciencia que la sociedad y todos los órganos institucionales no pueden aceptar que la práctica de la tortura vuelva a ocurrir en su seno, ni admitir que médicos enajenados de su condición de tales actúen como autómatas inconscientes del poder militar. No permitamos, bajo ninguna circunstancia, por extraordinaria que sea, que exista estatuto, recinto o jerarquía que ampare la ignominia y la barbarie.”

El 3 de diciembre de 1990 se publicó una estadística sobre el trabajo de la Comisión Nacional de Ética Médica en Uruguay.

Se presentaron denuncias relativas a 79 médicos que, de acuerdo con su disposición de acatamiento frente al organismo instituido por la VII Convención Médica, diferenciamos en los distintos apartados :

1. Médicos militares citados que no comparecieron: 11

a) Actuaciones archivadas por falta de pruebas: 9

b) Denuncias probadas por testigos y sancionadas por la Comisión: 2

2. Denuncias que no ameritaron instrucción por ser genéricas o por falta de ratificación de los denunciantes: 40

3. Médicos militares citados que comparecieron: 28

a) Denuncias clausuradas por falta de pruebas: 21

b) Médicos sancionados: 7

Total de médicos sancionados: 9

Argentina no ha establecido una comisión similar. El gremio médico en Argentina no ha tomado mucha iniciativa para enjuiciar casos de médicos acusados por participación en la tortura, pero en diciembre de 1987 tuvo lugar un Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad.

Como fundamentación y objetivo de este tribunal se señaló:

“Nuestro país, la Argentina, ha sido severamente dañado. No sólo por haber vivido bajo la dictadura, sino por los efectos que la misma generó.

La sanción de la Ley de Obediencia Debida legalizó la Impunidad en la Argentina. Se abre así el camino no sólo para la amnistía que piden

las Fuerzas Armadas, sino para la exigencia de reivindicación de lo actuado en la llamada “guerra sucia”. Hoy los asesinos están libres y son una amenaza permanente como lo demostró Semana Santa.

Con todas las pruebas habidas la Justicia condenó a médicos que intervinieron en torturas, pero la ley de Obediencia Debida los liberó y se les restituyó la matrícula profesional.

Los trabajadores de la salud de diversas organizaciones oficiales y privadas gestamos un Tribunal Etico que juzgará a los profesionales de la Salud comprometidos en crímenes de esa naturaleza. Lo haremos en representación del cuerpo social y en el espíritu de mantener viva la memoria histórica de los crímenes cometidos durante la dictadura.

Consideramos que estos médicos no pueden seguir utilizando los conocimientos científicos, sus títulos legales, para dañar a más seres humanos. No deben trabajar en instituciones. No debemos tolerar que ejerzan ninguna forma de actividad profesional.

Recogiendo el sentimiento general de indignación, proponemos:

1. La creación de un Tribunal Permanente para juzgar la participación de los profesionales de la Salud en crímenes de lesa humanidad.
2. Que como resultado de este juicio, la condena aplicada sea lo suficientemente ejemplar como para fundamentar las sanciones concretas que deberán tomar las instituciones sociales y profesionales.
3. Que esta iniciativa sea retomada por otros sectores sociales.
4. Que este Tribunal, constituyéndose en un jalón de referencias históricas, exija al Estado el castigo a todos los culpables”.

La Fiscal durante el Tribunal fue la Dra. Diana Kordon, presente en ese Seminario, quien dijo:

“En las comunidades humanas todos tenemos reponsabilidades hacia nosotros mismos y hacia nuestros prójimos. Pero el grado de las mismas depende de las capacidades que poseamos y de las posibilidades que nos fueron ofrecidas. Aquellas personas que más han recibido, están obligadas a prestar en igual medida sus servicios a la sociedad”.

En el año 1986 el Gremio Médico de Dinamarca y el RCT realizaron un Congreso Internacional dedicado a los problemas de Etica Médica, en el que participaron representantes de muchos países.

El Dr. Juan Luis González, Presidente del Colegio Médico en Chile, y el Secretario de ese gremio, Dr. Francisco Rivas, no pudieron salir de Chile. Francisco Rivas estaba encarcelado.

El seminario estuvo dedicado al Colegio Médico de Chile y a los dos doctores que no podían participar.

La lectura de la intervención del Dr. Rivas ante el encuentro estuvo a cargo del Presidente del RCT, Bent Sorensen. El documento ofrecía detalles sobre la existencia de la tortura en Chile y la determinación de la profesión médica de excluir de su seno a los médicos que prestan su cooperación a tales prácticas.

Algunas de las recomendaciones de este seminario fueron:

- Instar a la implantación de un sistema internacional de denuncia e información con relación a tales infracciones de los principios éticos en el seno de la profesión, con el fin de facilitar que la profesión excluya internacionalmente a aquellos médicos que sean declarados culpables de participación en actos de tortura.

- Instar a la facilitación de apoyo internacional por parte de la profesión médica a aquellos colegas que adopten medidas como las tomadas por la profesión médica de Chile y Uruguay, y la orquestación de denuncias a nivel internacional de cualquier intento de obstruir a la profesión al llevar a la práctica tales iniciativas destinadas a la defensa de los principios éticos más sublimes del médico.

- Instar al establecimiento de una cooperación internacional permanente en los aspectos médico-legales con el propósito de vigilar y combatir todos los aspectos de la existencia de esta plaga del siglo XX.

En diciembre de 1987, la segunda reunión tuvo lugar en Montevideo, organizada por el Gremio Médico de Uruguay. Una de las recomendaciones fue la estabilización del "Grupo Montevideo", constituido por el Gremio Médico de Uruguay, el Gremio Médico de Dinamarca y el RCT. Este grupo tuvo como responsabilidad establecer tribunales para la investigación de médicos acusados de participar en la tortura.

La tercera reunión internacional tuvo lugar en Tromsø, en Noruega, en junio del año pasado.

En esta reunión seguimos con el trabajo de estabilización de este Tribunal Internacional y tengo aquí una recomendación para los estatutos del Tribunal Internacional para la Investigación de la Tortura.

Es muy importante el hecho que el Tribunal es independiente, internacional y permanente, y está compuesto por 5 a 9 miembros, pero un miembro no participa en el Tribunal cuando se trata de un caso de su propio país. El grupo está planificando su primer tribunal, pero todavía falta dinero y una organización permanente.

Hemos discutido la importancia de recibir informaciones sobre los médicos que están acusados de la participación en la tortura. Una recomendación fue que los centros para la rehabilitación de víctimas de la tortura incluyan una entrevista sobre ese asunto entre los pacientes. Hemos hecho un esquema para eso y RCT está planificando obtener las informaciones en forma continua para su análisis.

Creo que es muy fundamental que no exista impunidad para los médicos, es importantísimo que todos los médicos acusados por la participación en la tortura tengan un juicio.

Eso no es algo teórico o abstracto. No, la relación entre el enfermo y el médico es una relación muy frágil y depende de la confianza, el sigilo profesional, la conducta ética, etc. Si ello es violado, la relación es destruida. Tengo un ejemplo desde Uruguay: Una víctima de la tortura tuvo necesidad de una operación. Cuando estaba en la sala de operación vino el anestesiólogo; este hombre fue uno de sus torturadores, el médico había participado en la tortura. No es necesario decir que la señora rápidamente salió del hospital con un miedo increíble. Fue operada finalmente en Dinamarca.

IV. NO IMPUNIDAD PARA LOS MEDICOS TORTURADORES

Un representante del gremio médico en Chile, EL Dr. Gunther Seelman, ha dicho en Tromsø:

“Considerando la situación desde nuestra perspectiva, pensamos que no podrá haber una democracia estable, ni una coexistencia pacífica en nuestra sociedad, si no se logra una base firme de verdad y justicia”.

Tengo que mencionar también una declaración muy importante, la Declaración de Madrid, que tiene recomendaciones del Comité Permanente relativas a médicos, ética y tortura, adoptada en noviembre de 1989 por todas las asociaciones médicas y comités europeos.

Voy a leer algunos puntos muy importantes :

- "Que todos los organismos médicos deberán incorporar en todos los países los principios de la Declaración de Tokio en sus estatutos.
- Instar a la inclusión e integración en el currículum de los estudios médicos de toda información relativa de la existencia de la tortura.
- Que se establezca un sistema internacional de vigilancia de las infracciones en materia de ética respecto a la profesión, publicando toda información sobre la tortura.
- Que deberá aportarse una ayuda a escala internacional por la profesión a todos los colegas que luchan para impedir que sean implicados los médicos en tales procedimientos y para suscitar una protesta a nivel internacional contra aquellos que se esfuerzan en impedir a la profesión el mantenimiento de los principios de la ética médica”.

Cuando la Dra. Inge Kemp Genefke y yo estuvimos en Chile en mayo del año pasado, realizamos una reunión con el Colegio Médico de Chile y tuvimos la oportunidad de presentar la Declaración de Madrid.

Tengo la buena noticia que hemos recibido una carta del gremio médico en Chile que dice:

“En una reunión en el Consejo General del Colegio Médico de Chile, el 07 de agosto de 1990, relativa a la Declaración de Madrid, el Consejo General ha aprobado la Declaración”.

Eso es un ejemplo de la necesidad que tienen los médicos de una comunicación internacional. Como médicos, como trabajadores en salud, tenemos que luchar juntos en beneficio de los enfermos, contra las enfermedades y también tenemos que luchar por la sociedad y por un mundo sano.

La última vez que estuve en Chile, participé en una manifestación relativa a los 90.000 detenidos desaparecidos en América Latina.

Allí gritamos:

Queremos la vida
queremos la alegría
por eso luchamos,
sin descanso cada día.

Para mí ese es el espíritu que pienso es necesario para todos nosotros que luchamos contra la tortura.

Al final, permítanme porque estamos en Linares, muy cerca de donde nació el poeta Pablo Neruda, este gran poeta, leer uno de sus poemas que se llama “Las Vidas”:

*Ay qué incómoda a veces
te siento
conmigo, vencedor entre los hombres!
Porque no sabes
que conmigo vencieron
miles de rostros que no puedes ver,
miles de pies y pechos que marcharon conmigo,
que no soy,
que no existo,
que sólo soy la frente de los que van conmigo,
que soy más fuerte
porque llevo en mí
no mi pequeña vida
sino todas las vidas,
y ando seguro hacia adelante
porque tengo mil ojos,
golpeo con peso de piedra
porque tengo mil manos
y mi voz se oye en las orillas
de todas las tierras
porque es la voz de todos
los que no hablaron,
de los que no cantaron
y cantan hoy con esta boca
que a ti te besa.*

Muchísimas gracias.

PANEL

**TORTURA: ASPECTOS MÉDICOS,
PSICOLÓGICOS Y
SOCIALES. REPARACION**

Significado psicosocial de la tortura.

Etica y reparación

Elisa Neumann, Rodrigo Erazo.

**Tortura física: secuelas en el sistema loco-
motor**

Bente Danneskjold

Tortura y proceso salud-enfermedad

Carlos Madariaga

**Una aproximación al quehacer de la
terapia ocupacional en la persona
torturada**

Alejandro Guajardo

Tortura: un testimonio personal

Nelson Paredes

SIGNIFICADO PSICOSOCIAL DE LA TORTURA. ETICA Y REPARACION

*ELISA NEUMANN, Psicóloga
RODRIGO ERAZO, Psiquiatra
Equipo Programa Médico Psiquiátrico, FASIC*

I. LA TORTURA

La práctica de la tortura en forma sistemática en los detenidos políticos en nuestro país, data desde los inicios del régimen militar. De ser una experiencia sorpresiva para quienes la sufrieron los primeros tiempos, se llegó a convertir en rutina de los organismos de seguridad y en expectativa posible para todo aquel que se manifestase contrario al régimen dictatorial y que fuese detenido con estas adjudicaciones (opositor político).

En este sentido, la tortura, practicada en forma regular, fue utilizada como instrumento de control político-social, afectando no sólo a aquellos que fueron sus víctimas directas o potenciales, sino al conjunto de la sociedad. Difundida y ocultada a la opinión pública por el régimen, tiene un efecto ejemplificador, generando un clima de amedrentamiento y temor orientado a inhibir a nivel social cualquier manifestación disidente u opositora. Junto a otras formas de violencia sistemática practicadas por el régimen dictatorial, como son la desaparición y las ejecuciones o muertes violentas, la tortura es un eficaz mensaje autoritario que fomenta la obediencia y la sumisión a fin de evitar consecuencias gravemente lesivas para la integridad y la existencia.

Es el conjunto de la sociedad el que ha recibido este potente mensaje amedrentador; una sociedad que utiliza la tortura como método de control es siempre una sociedad amedrentada, enferma de miedo.

El miedo, en conjunto con las estrategias de ocultamiento oficial, han estado asimismo en la base de la negación social de la existencia de la práctica de la tortura. Desconocer la tortura, si bien fue para

amplios sectores de la sociedad una forma de sobrevivencia frente a la amenaza permanente, es también aceptar la violencia de su existencia sin hacernos cargo de ella. Como toda forma de negación y auto-engaño, representa un daño psicológico y psicosocial, toda vez que empobrece la relación del hombre con su realidad y le impide protegerse y tomar las medidas adecuadas para impedir la ocurrencia de aquello que lo amenaza.

El empleo de la tortura como procedimiento habitual con los detenidos políticos ha implicado también la necesidad de sostener y legitimar su uso, en primer lugar para quienes la ejecutan y en segundo lugar, ante el conjunto social. Tal sostén ha estado dado para las dictaduras del Cono Sur por la ideología de la Seguridad Nacional, que bajo el concepto de "guerra interna" y la identificación del oponente político como "enemigo peligroso e indeseable" ha entrenado a sus aparatos de seguridad en prácticas deshumanizadas y crueles. En el mismo sentido, el régimen autoritario se dio el espacio requerido para ejercer la tortura impunemente a través de leyes de excepción y suspensión del *habeas corpus*, todo lo cual ha generado una ruptura de los códigos éticos que regían históricamente la convivencia nacional democrática.

A través del testimonio de las víctimas hemos conocido de formas brutales de violencia física, especialmente utilizadas los primeros años, como colgamientos, pau de arara, electricidad, inmersiones, entre otras. Más adelante, sofisticadas técnicas de tortura psicológica, amenaza de daño a familiares o terceros, incomunicaciones prolongadas, técnicas de privación sensorial, alteración de los ritmos biológicos, etc. Especial mención debe hacerse de la tortura sexual en sus formas de violación o prácticas perversas, que combina siempre en sí misma la brutalidad física y psicológica.

De los mismos testimonios y denuncias sabemos de la existencia de estructuras organizadas, de casas de torturas, de salas especialmente acondicionadas, de equipos humanos y personas especializadas, como asimismo de la participación de profesionales médicos, paramédicos y psicólogos en la sala de tortura, ya sea interviniendo directamente o certificando estado físico o capacidad de resistencia, diagnosticando riesgo vital, o entregando certificados de "buena salud" al terminar el período de incomunicación del detenido.

II. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FISICA

Y MENTAL DE LOS AFECTADOS DIRECTOS Y SUS FAMILIARES

La tortura constituye una experiencia límite de agresión física y psicológica, que pone constantemente a la persona en riesgo vital y que representa un severo y sostenido stress psicossomático.

Dada la masividad y globalidad del daño, así como las particulares condiciones de indefensión en que se vive, se constituye desde el punto de vista clínico-psicológico en una experiencia traumática, con consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud mental.

Las técnicas de quebrantamiento físico-psíquico y moral se dirigen a la destrucción de la identidad del torturado. Tal experiencia de desintegración persiste más allá de la tortura y se manifiesta en pérdida de la auto-estima, del sentimiento de dignidad, vivencias de confusión respecto de sí mismo, extrema fragilidad y culpa, asociadas en el período post-traumático agudo a manifestaciones clínico-sintomatológicas angustiosas y/o depresivas y reiteración agobiante del recuerdo de la tortura.

Más tardíamente se presentan cuadros clínicos depresivos larvados, con empobrecimiento de la vida emocional y psíquica, encapsulamiento e intentos de negación de la experiencia de tortura, aislamiento y perturbaciones secundarias en la vida relacional y familiar. En estos casos, a las consecuencias de la tortura, se asocian las dificultades económicas y laborales, producto de la marginación y estigmatización social.

Con el paso del tiempo es frecuente observar en el torturado cuadros clínicos más estructurados como depresiones severas (frecuentemente asociados a ideas e intentos de suicidio) o cuadros psicossomáticos tales como úlceras gastro-duodenales, psoriasis, alopecias, envejecimiento prematuro, alteraciones de la función sexual. No es infrecuente asimismo que la experiencia de tortura, difícilmente integrable en el contexto de la vida conyugal o familiar, se convierta en un factor de disfunción, patología y aun de desintegración familiar. Especialmente dañina a nivel de la relación de pareja es la experiencia de tortura sexual. Si bien las secuelas físicas - consecuencias de una "mala praxis" - son el daño más evidente de la tortura, lo más extensivo y grave de sus consecuencias, en nuestra experiencia, se expresa a nivel de la salud mental.

No existen cifras exactas de la magnitud de la población que ha

sufrido tortura. Considerando, sin embargo, que la tortura ha estado involucrada siempre en los casos de detención individual y en muchos de los casos de detenciones masivas, sirven aquí para una estimación las cifras de casos denunciados a la Vicaría de la Solidaridad, que alcanzan a 81.051 personas entre 1973 y 1988.

III. IMPLICANCIAS PARA UNA POLITICA DE REPARACION DEL DAÑO

La reparación de los daños, consecuencia de la tortura, debe entenderse en un sentido global y abarcar las consecuencias de la tortura misma así como de la estigmatización y marginación social de que han sido víctimas las personas detenidas y torturadas durante el período dictatorial.

El reconocer que en Chile se ha torturado en forma sistemática como forma de ejercer el control estatal, que con ello se han violado principios éticos básicos del ejercicio del poder y del respeto a la dignidad humana, constituye el contexto sobre el cual la sociedad podrá pensar y enjuiciar lo ocurrido y tomar las medidas para asegurar que no vuelva a ocurrir. Es preciso reconstruir una ética social que norme en el respeto irrestricto a la integridad y la dignidad humana, frente a la cual salden su deuda social quienes han torturado y se proteja a quienes han sido víctimas de la tortura.

Tal norma social operará asimismo como protector del cuerpo social, de las instituciones, de los profesionales, de los afectados directos y aun de los torturadores.

Erradicar el uso de la tortura, fundamento para la reconstrucción de una sociedad democrática, pasa por la conciencia social de su práctica, que abre paso no sólo a la reparación del daño en las víctimas, sino también a la elaboración y saneamiento social que prevenga en el futuro su recurrencia.

Chile enfrenta hoy un momento trascendental: emprender el camino de la reconstrucción de la democracia. Desde la perspectiva de los derechos humanos ello se entronca con dos grandes aspiraciones latentes durante todos estos años: poner fin al horror, a las prácticas de los aparatos represivos, a las violaciones de los derechos humanos individuales y terminar con la impunidad en que tales hechos han permanecido.

Desde nuestra visión de psicólogos y psiquiatras asistentes de las víctimas de tales violaciones, así como desde una mirada más amplia de profesionales de la salud mental, cuya preocupación no son sólo los individuos, sino también los grupos y colectividades, pensamos que el esclarecimiento de la verdad es insoslayable en cualquier intento de recuperación democrática de reconciliación y de reconstrucción de una identidad nacional que albergue al conjunto de la sociedad.

Los derechos humanos, como cuestión política, jurídica, psico-social y ética involucran a la sociedad en su conjunto, a sus distintos estamentos, instituciones y a aquellos valores más básicos que deben regir la convivencia social aún por sobre sus contradicciones.

Sin embargo, es preciso decir que la verdad no basta. Para que estas verdades no se conviertan en un elemento profundizador de las diferencias y polarizaciones, para que estos horrores no tengan que ser arrasados por la negación, para que estas verdades no sean terreno fértil para más violencia y venganzas, es preciso que la sociedad asuma y discrimine culpas, complicidades y establezca sanciones y castigos. No basta la verdad. Debemos también asumir la necesidad de justicia.

BIBLIOGRAFIA

Elisa Neumann, Angélica Monreal, Berta Bel, Victoria Gallardo y Consuelo Macchiavello. Para Romper el Silencio. Una Contribución para el Reencuentro. Ediciones FASIC. Santiago, Chile, 1990.

TORTURA FISICA: SECUELAS EN EL SISTEMA LOCOMOTOR

*DRA. BENTE DANNESKJOLD
RCT, Dinamarca*

La tortura se define como la aplicación abominable, deliberada y sistemática de sufrimiento o tormento físico y mental por una o más personas que actúan ya sea por sí mismas o por orden de la autoridad, para forzar a otra persona a entregar información, hacer confesiones o con otro propósito.

Para tratar y cuidar del sobreviviente de tortura, se necesita un conocimiento previo acerca de su situación psicológica, física y social. Es por eso que es tan importante entender los objetivos que se persiguen con la tortura.

Yo traigo los saludos de la doctora Inge Kemp Genefke del RCT de Copenhague y voy a comenzar repitiendo algo que ella ha dicho; pero antes debo decir que tanto ella como el Dr. Ole Vedel Rasmussen y yo estamos muy impresionados con todos los logros obtenidos en Chile hasta ahora en el trabajo médico-psicológico con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos.

Cito a Inge Kemp-Genefke: "Hoy en día sabemos que el propósito principal de la tortura es quebrantar la integridad de la personalidad. Otros propósitos son extraer información y crear el miedo y el terror en la sociedad que circunda a la víctima.

A menudo los torturados son engañados en el sentido que los torturadores simulan desear obtener una información que, en realidad, ya poseen. De este modo, la víctima de la tortura es orientada a creer que el propósito real del torturador es obtener información.

Sin embargo, el propósito real y final del torturador es quebrantar la personalidad del torturado. Este quebrantamiento se concreta cuando el torturado da los nombres, firma confesiones, etc.; recién entonces el torturador ha alcanzado su propósito. Si las potenciales víctimas

comprendieran este proceso, sería un paso muy importante en la prevención de las secuelas de la tortura."

Sabemos ahora que la tortura no destruye solamente a la persona expuesta a ella, sino que también a su familia y a toda la sociedad. Muchos miembros de la sociedad van siendo neutralizados por el miedo que ella infunde.

I. METODOS DE TORTURA

Los métodos de tortura se pueden describir como físicos o psicológicos; sin embargo, la tortura casi siempre se lleva a cabo como una mezcla de estos dos métodos.

En especial, la tortura psicológica es la responsable de terribles tensiones musculares y sus consecuentes dolores. Es, por lo tanto, muy importante que tanto el tratamiento físico como el psicológico vayan de la mano, además de no dejar de lado la situación social.

En esta exposición me voy a referir a los daños físicos ocasionados por la tortura y a su tratamiento. Tomaremos para ello algunas formas específicas de tormentos corporales.

Tenemos la forma sistemática y no sistemática de *golpes*; una de sus formas más comunes es el "*teléfono*". Este puede tener como consecuencia zumbido de oídos y daño permanente a la audición.

Otra forma de golpes se llama "*falanga*". Esta consiste en golpear la planta de los pies durante horas. Los pies y las piernas van hinchándose mucho, de manera que en su caso más agudo parecen una pirámide en la que las rodillas forman el vértice de esa pirámide y el tobillo y el pie la base. La secuela tardía de la falanga muestra diferentes tipos de síntomas.

La *tortura sexual*, en la que se asocia en ocasiones el uso de animales (perros, ratas, etc.).

La *tortura eléctrica*, con uso de electricidad en las partes más sensibles del cuerpo.

Los *colgamientos*, en las peores posiciones posibles.

La *tortura con agua*, donde encontramos el ejemplo más conocido, el llamado "*submarino*".

No hay duda, la meta de la tortura es destruir a la persona como ser humano, aniquilando su autoestima. Es la identidad y el alma de la persona la que se intenta destruir; es, en realidad, lo más cruel que puede existir, quizás aún más cruel que el asesinato.

II. DAÑOS EN EL SISTEMA LOCOMOTOR

Después de esta introducción quiero concentrarme en los daños que afectan el sistema locomotor como consecuencia de estas formas de tortura que vimos: la falanga, los golpes, el colgamiento o la combinación de ellas.

Quisiera contarles un poco acerca del trabajo de los reumatólogos y kinesiólogos en RCT y sobre los fundamentos fisiológicos de nuestro trabajo, por qué hacemos esto y qué es lo que hacemos. Quiero aquí poner énfasis desde el principio que nosotros usamos siempre métodos convencionales como los procedimientos de tratamiento fisioterapéutico, aunque nosotros los usemos a veces de manera no convencional. Usamos principalmente las manos.

Un principio de crucial importancia para nosotros durante el tratamiento de las víctimas de la tortura es siempre evitar las situaciones que le recuerden sus momentos de tortura.

El tratamiento del cuerpo comienza con un examen hecho por el reumatólogo; aquí hay dos objetivos principales. En primer lugar, un examen detallado de todos los signos y síntomas físicos del sistema locomotor del paciente y una categorización de estos síntomas en relación a las diferentes formas de tortura sufridas por él. En segundo lugar, establecemos un programa fisioterapéutico en un intento por definir nuestro objetivo final de la rehabilitación física y lo que se espera del tratamiento. Todos estos factores serán revisados cada dos o tres meses. El plan del tratamiento estará dirigido, en parte, al funcionamiento del cuerpo y, en parte, a las estructuras y tejidos del cuerpo de acuerdo al daño.

También es para nosotros muy importante la continuidad en la investigación para encontrar caminos y medios que nos permitan probar que alguna de estas formas de tortura ha sido aplicada. Esto es en realidad el propósito político de nuestra lucha contra la tortura y también para obtener conocimientos de los efectos de los diferentes tratamientos que aplicamos para mejorar los resultados de ellos.

La capacitación del personal que trabaja en salud, que tiene contacto con víctimas de la tortura, es también muy importante.

Cuando un paciente nuevo llega para ser examinado, la palabra clave para la anamnesis es *dolor*. ¿Cómo podemos hacer un adecuado diagnóstico del dolor en el sistema locomotor? Lo importante para nosotros es evitar reproducir el dolor durante el tratamiento.

Todos nuestros pacientes tienen dolor en su sistema locomotor debido a diferentes razones. Estos dolores deben ser descritos y las razones clarificadas y puestas en relación con la forma de tortura que ha sufrido.

Estamos siempre muy atentos al lenguaje del cuerpo del paciente durante el examen y tratamos de ver la relación de este lenguaje con su dolor. El lenguaje del cuerpo respecto al dolor es diferente en las distintas culturas.

Lo que nosotros vemos cuando el paciente llega, son los efectos tardíos de la tortura; ellos nunca acuden a nuestro centro, sino un año o más después de haber sufrido la tortura, pero aún así encontramos muchos cambios somáticos y disfunciones.

Ahora, me concentraré en una cantidad de síntomas puntuales relacionados con las formas específicas de tortura. Les contaré lo que hemos descubierto y cuál es la racionalidad que fundamenta los tratamientos que escogimos.

Los torturadores trabajan en el cuerpo para destruir el alma, nosotros trabajamos el cuerpo para restablecer la función tanto del cuerpo como del alma. Y aquí utilizamos el concepto de *el cuerpo propio*.

Cuando una persona ha sufrido agravios y humillaciones, como la han sufrido nuestros pacientes, se termina despreciando su propio cuerpo y temeroso de cualquier contacto físico con otra persona. Una parte importante de la fisioterapia consiste en hacerlos aceptar y querer su cuerpo nuevamente y enseñarles que puede ser agradable ser tocado.

Cuando comenzamos el tratamiento, normalmente a ellos no les gusta ser tocados y evitan mirarse a sí mismos en el espejo o sencillamente reprimen la visión de su propio cuerpo y nos dicen que no ven nada cuando les hacemos mirarse en el espejo. Esto es una función muy importante que hay que restablecer y toma bastante tiempo lograrlo.

Cuando uno vive durante años y años con el peso de estas experiencias terribles antes de comenzar el tratamiento, la ansiedad y el dolor producen una enorme tensión muscular. Examinamos los músculos, palpándolos y registramos su tensión en diagramas: hemos desarrollado un sistema de grados, de modo que el máximo de tensión en los músculos de la espalda da 24 puntos, de frente 12 puntos y en la cabeza 24 puntos. Luego volvemos a examinar al paciente cada tres meses y cuando la tensión ha cesado, el tratamiento se suspende. Nosotros solemos decir: «Los músculos siempre dicen la verdad». Si todavía hay cierto grado de tensión, es porque persisten algunos problemas psicológicos ocultos.

Tenemos aquí el resultado de 22 pacientes y de sus índices de tensión muscular*. Antes le llamábamos índices de fibrositis, pero ahora sabemos que la fibrositis es otra cosa. Como ustedes pueden ver en la lámina, todos se sintieron mejor excepto uno que por ese tiempo, al final del examen, tenía una gran cantidad de problemas agudos que no estaban relacionados directamente con la tortura.

Sabemos que en la gente sana con tensiones y dolor muscular localizado, durante el tratamiento con masajes su concentración de mioglobina aumenta, pues el masaje induce el aumento de la mioglobina en el plasma; este aumento no se percibe en personas sin dolor.

No son todos los músculos, sin embargo, los que devienen tensos y doloridos. Tenemos dos tipos de reacciones musculares de acuerdo al contenido de fibras especiales en los músculos: los músculos *posturales*, que siempre tienen un grado de tensión y que nos mantienen erectos, y los músculos *fásicos* que devienen débiles y se tornan hipotónicos cuando están estresados. Los músculos posturales y los fásicos están localizados en capas (ingl. *layers*), por lo que hablamos de «*layers síndrome*». Cualquiera que tenga una severa disfunción en el sistema locomotor desarrollará este síndrome, y todas las víctimas de la tortura lo tienen. Esto, por supuesto, hace que todo el sistema muscular funcione muy disarmónicamente y su efecto se ve en las posturas generales.

Esta lámina tiene relación con la orientación postural y espacial. A mí me impresionó mucho ver el dibujo que hizo un torturado, porque él fue capaz de ver las diferentes imágenes de su propio cuerpo y captar

* *Esta exposición fue acompañada de dispositivos alusivos.*

detalles de modo que yo me imagino que él hizo esto sintiendo cada parte dañada de su cuerpo. La mayoría de los pacientes llegan con este tipo de posturas cuando acuden a nosotros.

Lo que ustedes están viendo aquí no es la postura normal de las personas depresivas, con hiperlordosis en la parte lumbar y cervical y con hipercifosis en la parte torácica. Se puede apreciar que les han ordenado pararse derechos con la cabeza erguida y con los brazos a lo largo del cuerpo. Sin embargo, a pesar de ello intentan cubrir algunas partes débiles de su cuerpo, de modo que empujan los hombros hacia adelante en vez de pararse derechos, con la espalda derecha. Incluso hacen una pequeña flexión con las rodillas. Ellos presentan además una cifosis torácica que baja a la zona toraxolumbar, de modo que la lordosis lumbar deviene demasiado corta. Esto se debe a las diferentes posiciones a las que fueron sometidos cuando fueron maltratados.

Ahora, debido a las posturas anormales durante la tortura, ellos desarrollan un cierto patrón en las articulaciones de la columna, algunas carillas articulares quedan fijas y otras se sueltan y quedan inestables. Cuando examinamos las articulaciones, encontramos articulaciones hipomóviles, por ejemplo el síndrome de la carilla articular en el área cervical superior, lo que produce mucho dolor de cabeza. Vemos también la hipomovilidad en la articulación cérvico-torácica, en el área medio torácica y en la región lumbar superior, esto es, en la región donde vimos las posturas musculares referidas al síndrome de "layers", al que aludíamos antes. Sin embargo, en aquellas partes donde están los músculos fásicos, débiles, encontraremos articulaciones inestables hipermóviles, tales como en la parte medio cervical, entre las escápulas. Ello es muy importante, porque usamos esta parte de la espalda para estabilizar los brazos y cuando esta parte se debilita, los brazos se cansan más rápidamente durante el trabajo.

Luego, tenemos una articulación inestable toraxo-lumbar, que da síntomas que irradian a los glúteos y a la articulación entre la quinta vértebra lumbar y el sacro.

La tortura con electricidad produce contracciones en los músculos, contracciones muy rápidas que activan el reflejo de elongación. El reflejo de elongación es activado cuando la placa motora se estira y esto se puede ver en la mayoría de los casos cuando las víctimas sufren colgamiento durante la tortura eléctrica. De este modo, las fibras musculares se hacen pedazos y la mioglobina pasa entonces al torrente sanguíneo y a la orina. Esto puede ser medido solamente

durante las primeras 72 horas después de la tortura, pero lo que sí podemos encontrar cuando el paciente llega a nosotros es que los músculos están muy duros y debilitados debido a la desorganización del tejido conectivo entre las fibras musculares. El tratamiento entonces será masaje y entrenamiento.

En la *falanga* los torturadores destruyen las funciones de la piel en la planta del pie, el celular subcutáneo del talón ("los colchoncitos del pie"), la aponeurosis, los músculos del pie y las articulaciones.

En la planta del pie, que se llena de escaras, hay muchas terminaciones sensitivas nerviosas que envían impulsos aferentes al cerebro, informándole dónde está localizado el cuerpo, lo que nos permite mantener el equilibrio. Esta función se destruye con la falanga y deberá ser restablecida con entrenamientos o ejercicios de equilibrio.

El celular subcutáneo del pie y del talón tienen normalmente la función de absorber golpes, de modo que las articulaciones de la columna, de las caderas y de las rodillas estén protegidas.

Después de la aplicación de la falanga, estos tejidos quedan macerados y semejan una rueda pinchada. Esta función no se puede regenerar, no se puede reparar este tejido, pero lo que sí podemos hacer es proporcionarle al paciente zapatos con suela muy blanda y enseñarle a caminar de una manera diferente, para proteger la estructura de las piernas.

La aplicación de la falanga produce diferentes efectos en la aponeurosis plantar. Normalmente está adherida por debajo a la piel y sube al hueso adherida con cuerdas de tejido conectivo que se contraen y se levantan al caminar, formando el arco del pie.

Cuando estas cuerdas se destruyen, el pie caerá y quedará como un pie plano y el efecto de trampolín de la aponeurosis se perderá.

No podemos reparar estas cuerdas, pero sí podemos reemplazar la función, poniendo en entrenamiento un pequeño músculo del pie, que es el cuadrado plantar que hace el pie más corto.

Otra cosa sucede además a la aponeurosis. Esta se cubrirá de escamas de fibrina como pequeños nódulos dolorosos, que uno puede sentir al palparla. Estos son residuos de la inflamación después del trauma y del sangramiento. Pueden ser removidos con masajes y también algunas veces con la aplicación cuidadosa de ultrasonido.

La última estructura son las articulaciones. Cuando son golpeadas se tornan disfuncionales debido a los daños de las cápsulas, los edemas y las inflamaciones. Ellas deberán ser tratadas con terapia manual para suprimir el dolor y devolverles la movilidad. Estamos haciendo una investigación sobre daños ocasionados por la falanga y podemos ahora, mediante el examen clínico, determinar si un paciente sufrió esta forma de tortura. Esto lo podemos usar para ir donde los torturadores, literalmente hablando, con una prueba de que esa forma de tortura ha sido aplicada.

Cuando la víctima sufre *colgamiento*, a menudo durante horas y en la peores posiciones posibles, las articulaciones son dañadas. Todos los pacientes que han sufrido colgamiento tienen dolor de articulaciones durante años, especialmente en los hombros, que son los más inestables, pero también en otras articulaciones, tanto periféricas como en la columna. En realidad, encontramos hipermovilidad en las articulaciones junto con inflamaciones pariaarticulares. El tratamiento será movilización o estabilización de acuerdo a lo que encontremos, combinada con masoterapia.

Después de la *tortura dental*, los afectados tienen problemas con su función mandibular. Pero también los que no han sufrido esta forma de tortura tendrán problemas con la articulación temporomandibular por la tendencia a hacer rechinar los dientes o presionar la lengua contra los dientes durante los períodos de angustia, ansiedad y pesadillas. Para proteger las articulaciones temporomandibulares de los daños al disco y de la artrosis, deberían ser vistos por un dentista especializado en funciones mandibulares que los provea de una placa protectora. Esto mejorará también su sueño, ya que se relajarán las terminaciones nerviosas sensitivas ubicadas bajo la raíz de los dientes.

Lo que por supuesto nosotros hacemos es que los músculos del sistema masticador tengan un tratamiento de masajes y ejercicios.

Como dije al principio, usamos métodos fisioterapéuticos ordinarios, normales, pero los usamos de forma no convencional. Esto no es tan difícil como pareciera, es un problema de combinar los conocimientos de las funciones y estructuras del cuerpo con el conocimiento de las formas específicas de tortura que la persona sufrió. Y la única manera de aprender es haciéndolo.

Por ello, mi mensaje es: sigan adelante.

TORTURA Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

CARLOS MADARIAGA
Psiquiatra
CINTRAS

I. ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

La tortura - en tanto fenómeno esencialmente sociopolítico - ha producido esperables modificaciones en el proceso de salud-enfermedad de los diferentes grupos y clases sociales en Chile. El daño a la salud y a la salud mental está vinculado causalmente a una realidad histórico-social concreta: una dictadura militar que violó sistemáticamente el derecho a la vida durante casi 17 años. Tal precisión obliga a identificar al agente patogenizante con un aparato terrorista conformado por funcionarios del Estado que asumieron - en una práctica social lúcida y altamente tecnificada - un rol instrumental a los intereses económicos y políticos de las clases sociales que hegemonizaron el poder durante ese período histórico.

Si entendemos la tortura como hecho histórico, es decir, integrada a procesos más globales de la sociedad (violencia social, conflictos de clases), entonces no parece posible avanzar en la comprensión científica de los nuevos problemas de salud que ésta ha generado, si nos aproximamos a su estudio con el arsenal positivista y biologista del modelo médico tradicional. Las variaciones en el proceso salud-enfermedad, es decir, las nuevas modalidades de enfermar que se han registrado en Chile a partir de la contingencia política, son una demostración objetiva de la estrecha e inevitable relación existente entre la medicina y la política. Esta interdependencia: proceso social < > proceso salud-enfermedad, es la que obliga al trabajador de la salud a interpretar estos nuevos problemas médicos y psicológicos desde su ligazón técnico-política, tanto para el análisis de su origen como de las estrategias sociales y de salud posibles de implementar.

El *pathos* tortura, observado como problema de salud, no hace sino ratificar el hecho de que la manera de enfermar de grupos y clases sociales en un momento histórico dado, tiene sus determinantes primarias en sus condiciones concretas de existencia, en la manera como viven esos grupos y clases. En Chile no se torturó indiferenciadamente; la práctica sistemática de la tortura recayó particularmente sobre los sectores obreros y populares, sobre aquellos estamentos de la sociedad que eran depositarios de un proyecto histórico antagónico al dictatorial. Así, el riesgo de ser torturado y, por lo tanto, el riesgo de enfermar, tenían una relación directa con la posición de clase del sujeto. Esta interpretación es tan válida para la tortura como para el problema de la desnutrición, el alcoholismo, el de las enfermedades infecciosas, los trastornos psicossomáticos, en suma, para la enfermedad en general.

La salud y la enfermedad son estados de la persona humana y de la sociedad que permanecen siempre ligados dialécticamente, en constante movimiento; ambas conforman un proceso en primer término histórico-político y secundariamente médico. En el proceso salud-enfermedad se materializa en buena medida la calidad de vida de cada individuo; su perturbación o deterioro concita la acción de una práctica médica. Para una concepción médica tradicional, este deterioro tiene sus explicaciones causales en *lo patológico*, en un *algo enfermo*, generalmente algún proceso o sistema perturbado *dentro* del organismo del sujeto. Según este enfoque, lo *natural* (o lo correcto) será entonces que esto patológico sea apropiado de manera excluyente por la práctica médica. En la medida que se niega la posibilidad de que eso patológico o ese algo enfermo tenga su origen fuera del organismo y fuera del individuo, se tenderá a suponer que los problemas médicos son tareas sólo para los médicos. Los hechos muestran lo contrario: la práctica médica no es sino una parte - en ocasiones de relevancia secundaria - de un conjunto de prácticas sociales, que inciden en la manera de enfermar de la población, como la práctica económica (modalidades de reparto de la riqueza social), la práctica política (políticas sectoriales de estado, políticas de gobierno central y local), la práctica ideológica y cultural, etc. A nadie se le ocurriría que los problemas de desnutrición o de alcoholismo son una tarea primariamente médica.

No se actuaría científicamente frente a la tortura - consabido detonante de graves trastornos de salud - si se pretendiera su investigación sólo desde una perspectiva médica. Como tampoco se actuaría científicamente ante la toxemia gravídica, la desnutrición infantil, la hepatitis sérica o el hipotiroidismo si se hace abstracción de las

variables estructurales o sistémicas implicadas en su origen y desarrollo. Proponemos hacer una lectura del problema médico de la tortura superando los marcos ideológicos estrechos del modelo médico tradicional. La práctica social de la medicina, tanto en los países capitalistas de punta como en el tercer mundo, ha sido hegemonizada por este modelo. Apertrechado culturalmente en el biologismo neopositivista, la ahistoricidad y el mercantilismo, el modelo médico ha impuesto una visión autónoma y exclusivista sobre el proceso salud-enfermedad. Tal aproximación postula la enajenación de lo histórico-social y se circunscribe a los hechos médicos *puros*, menospreciando el papel que le compete en su propio objeto de estudio a otras áreas del conocimiento, específicamente, a las ciencias sociales. La metodología contenida en él lleva invariablemente a una disociación del síntoma respecto del conflicto que le subyace; la enfermedad del sujeto es reducida a una mera abstracción, despojada del ser social del hombre enfermo. Por este camino se consuma la sustracción del sentido personal de la enfermedad, sentido que se entiende a partir de las singulares relaciones sociales que el individuo entabla con el mundo circundante, con los demás hombres, relaciones materiales y económicas que lo determinan en última instancia.

Creemos no equivocarnos al afirmar que en Chile, como consecuencia del hegemonismo del modelo médico, tanto la enfermedad en general como aquella derivada de las violaciones a los derechos humanos, han sido abordadas con preceptos excluyentes de algunos aspectos sustanciales del fenómeno, despojándolas de parte de su esencia, de su historicidad. El nivel primario de atención en salud, por ejemplo, no llegó a conocer científica ni técnicamente un aspecto crucial de la realidad médica que enfrentó en dictadura: los cambios generados en el proceso salud-enfermedad por el terrorismo de estado.

II. EL DAÑO

El daño que la tortura produce en la salud tiene distintos planos de especificidad, según se trate de su efecto en la persona, los microgrupos sociales (la familia) o los grandes conglomerados humanos (partidos políticos, sindicatos, grupos poblacionales, clases sociales).

La *persona humana* es conmocionada en su unidad biopsicosocial originándose variados procesos patológicos a nivel corporal, psíquico o relacional del sujeto con la sociedad. La experiencia traumática

opera sobre un individuo que está definido previamente es su singularidad por una estructura biológica, una biografía, una personalidad, un determinado nivel de desarrollo de su conciencia social y un consiguiente proyecto histórico e ideológico. La conjunción de todos estos elementos dará al daño una configuración particular y única, una diferenciada manera de enfermar, propia de ese individuo. En ocasiones, el cuadro sintomático central estará dado por evidentes alteraciones orgánicas; en otras, por un trastorno disfuncional en el plano psicológico o por procesos desestructurantes del proyecto personal de vida. Lo corriente ha sido la pesquisa de alteraciones de variada profundidad que afectan globalmente la tríada constitutiva de la persona humana: lo biológico, lo psicológico y lo social.

En el *nivel familiar*, la tortura genera una situación de amenaza vital que afecta a cada uno de sus componentes. El tormento de un familiar no es sino un momento específico de un continuum represivo que está accionando sobre todo el grupo; lo antecede la vigilancia, la intimidación, el secuestro y es seguido por la detención ilegal y clandestina, por la cárcel. Destaca en la mayoría de las familias la irrupción de dinámicas interpersonales muy perturbadas, fuentes de severos conflictos dentro del sistema. Estos conflictos, dificultados en su resolución espontánea durante la crisis, actúan en el período post-traumático inhibiendo la reelaboración terapéutica del proceso desatado. Sentimientos de culpa, situaciones de doble vínculo se congelan en el transcurso del tiempo horadando la cohesión familiar, reduciendo el acontecimiento vivido a un drama privado, a veces constituido en secreto de familia, facilitando la trasposición de la violencia sufrida hacia el interior del grupo.

A *nivel de los grandes grupos*, la tortura cumple una tarea de amedrentamiento ciudadano con fines de paralogización de la respuesta social activa al conflicto político, objetivo propio de la guerra psicológica. La reproducción del terror, amplificada por la fantasía popular, contamina al colectivo social consolidando una serie de fenómenos psicosociales como el miedo, la apatía, la indiferencia; estos procesos se constituyen en estados psicoemocionales permanentes que inclinan la conducta de los grupos humanos hacia la negación de la realidad, la ruptura de los vínculos solidarios y la automarginación. La anomia social consecutiva facilita el control político.

Todo este conjunto de perturbaciones de la salud mental, con sus interrelaciones, conserva siempre en su desarrollo una íntima

relación con la secuencia del proceso sociopolítico. La grave prolongación de la dictadura por 17 años - con la repetición constante de horribles crímenes que quedaron impunes - fue la principal fuente perpetuadora de los procesos psicosociales anormales ya señalados y determinó en muchos casos individuales un curso evolutivo irreversible hacia la cronicidad del sufrimiento físico o psíquico.

Hoy, casi a un año de transición democrática, muchos de estos trastornos psicosociales mantienen plena vigencia. Ello se explica, de una parte, porque las transformaciones producidas en la superestructura social tienen sus ritmos diferenciados; los acontecimientos políticos derivados de la confrontación de clases impactan en la conciencia espontánea de la población generando imágenes, estados de ánimo y estereotipos cuya extinción o modificación obedece a complejos procesos psicológicos, pero también ideológicos y culturales. De esta manera, su evolución hacia formas más maduras de la conciencia social es un proceso lento y fluctuante, y está en íntima correspondencia con el propio accionar teórico-práctico de los grupos sociales afectados. Por otro lado, el que aún subsista la práctica de tortura por algunos estamentos del Estado que no se desprenden del tutelaje doctrinario dictatorial, agrega más gravedad al daño acumulado socialmente. La impunidad reactiva los sentimientos de abandono, inermidad y minusvalía preexistentes en la población y es fuente potencial de crisis política. De la manera como se resuelvan estas contradicciones dependerá el grado de adaptabilidad social que contengan los procesos psicosociales.

III. LA PREVENCIÓN

Una política preventiva en salud debe incluir, junto a la práctica médica, psicológica y psicosocial, todo un conjunto de perspectivas aportadas por las ciencias sociales. Programas de acciones en salud con fines de reparar el daño producido por la tortura, deben integrar a un equipo interdisciplinario de salud, pero además a una serie de profesionales, trabajadores e instancias organizadas de la sociedad civil, que en su calidad de conocedores y protagonistas de esta realidad, deben aportar su experiencia en las distintas fases del programa.

En el *nivel primario de prevención* está el desafío de fomentar condiciones apropiadas en la salud mental de la comunidad para forjar, como objetivo estratégico, el desarrollo de una conciencia social en la

doctrina de los derechos humanos. Ello exige, primero, el cabal saneamiento del trauma social generado por la dictadura. Categorías éticas como verdad y justicia y el rechazo a la impunidad, le dan una dimensión social y política a la prevención, involucrando en ella a la sociedad en su conjunto. El nivel de atención primaria en salud, en su concepción más moderna, define la acción en salud como un sólido proceso vinculante entre el servicio de salud, el sujeto, su familia y la comunidad organizada. Por lo tanto, la atención primaria está involucrada de lleno en el diseño y puesta en práctica de estrategias de prevención primaria en derechos humanos; o sea, está involucrada en el desarrollo de la cultura nacional.

La *prevención secundaria*, el nivel curativo, exige un alto nivel de complejidad técnica y también un concepto de trabajo interdisciplinario. Un modelo de intervención terapéutica integral en el que confluyan distintos especialistas, en relación estrecha con los grupos de pertenencia del sujeto y las instancias organizadas que operan en el sector, es una opción recomendable. Nuevamente razones políticas relegaron en dictadura la prevención secundaria y también terciaria a las ONG de salud, quedando ausente el servicio estatal de una práctica terapéutica reparadora, y sus técnicos marginados del proceso formativo y capacitador. En el actual período histórico se crean buenas condiciones para revertir esta situación. Surgen proyectos de colaboración Ministerio de Salud-ONG que aseguran un significativo mejoramiento de la cobertura. En ellos una vez más el nivel primario de atención tiene el desafío de asumir un rol preponderante, a partir de la pesquisa y captación de aquellos casos que hoy circulan por miles por los consultorios disfrazando su experiencia traumática con dolencias físicas o psíquicas mimetizadoras. Postulamos para la atención primaria la tarea de capacitar a sus equipos de salud en conceptos sólidos acerca del daño y la reparación.

La *prevención terciaria*, finalmente, plantea no sólo exigencias técnicas en salud, sino también intersectoriales. La rehabilitación en

UNA APROXIMACION AL QUEHACER DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PERSONA TORTURADA

ALEJANDRO GUAJARDO
Terapeuta Ocupacional
CINTRAS

I. INTRODUCCION

Al reflexionar sobre la labor que desarrolla la terapia ocupacional en la persona víctima de la tortura, queremos precisar que nuestros objetivos están básicamente relacionados con la rehabilitación. Este propósito nos exige definir antes qué áreas son las que abordaremos para alcanzar estos objetivos.

El paciente llega a tratamiento habitualmente motivado por un cuadro sintomático: trastornos del sueño, disminución del ánimo, dificultad para establecer relaciones interpersonales abiertas y flexibles, desconfianza, etc. Apreciamos, sin embargo, que los síntomas son expresión de un daño mucho más profundo.

Vemos con frecuencia un proceso no resuelto: la tortura, que adquiere especial relevancia en relación al daño. La tortura destruye aspectos básicos de la imagen personal, del *sí mismo*. Esta destrucción se expresa en la incapacidad para establecer una identidad sana, coherente y empática.

Así, la vivencia traumática no sólo deja huellas en el cuerpo sino también en las ideas, afectos, valores, autoestima y proyectos de vida.

Hay una gran cantidad de esfuerzo y energía puestos por el sujeto en evitar el paso a la conciencia de la experiencia vivida. Percibimos una autoestima seriamente dañada, un modo de ver la realidad a veces rígido, cambio de roles y significaciones a nivel familiar y grupal, reacciones defensivas en lo relacional, aislamiento o dificultad para estar solos. Estos procesos son habitualmente manejados por parte del paciente con una gran racionalidad o negación de lo vivido.

La complejidad de la vivencia exige una aproximación terapéutica flexible y diversificada, en la que se traten planos relacionados con lo interno, comunicacional-relacional, lo social, la inserción laboral, etc.

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TRATAMIENTO

Es la actividad concreta que desarrolla el paciente en terapia ocupacional el instrumento que intenta facilitar, orientar y canalizar la experiencia. La actividad consciente puede posibilitar la transformación de la realidad interna y externa del sujeto. Esta actividad se realiza en los talleres terapéuticos de ergoterapia y de inserción laboral.

Nuestro trabajo se orienta a reordenar la identidad dañada a partir de una reconstrucción de una imagen personal creativa, de la imagen social-comunicacional y de la imagen laboral.

Funcionamos con un binomio: grupo y actividad (ergoterapéutica o laboral), que impulsa la evacuación del dolor intentando dar continuidad a un duelo que, por lo general, está congelado y detenido.

Es importante crear en los talleres una *atmósfera terapéutica*, que posibilite al individuo situarse junto a los demás compañeros en un plano igualitario, simétrico, donde cada uno de los participantes del grupo es protagonista de experiencias represivas diversas, pero que dan luz a un fenómeno más global: la tortura, como hecho político-social destinado a destruir a través del individuo al cuerpo social.

En el transcurso del tratamiento, habitualmente cada paciente da testimonio colectivo de su experiencia. El que habla de la tortura lo hace ante quienes lo comprenden y acogen; también existe la posibilidad de que el grupo muestre al sujeto aquellas facetas de la experiencia que no logra percibir individualmente.

De esta forma, el grupo terapéutico rescata un primer elemento recuperador de la identidad: la pertenencia a un colectivo. La interacción grupal y la reafirmación tanto en el trabajo concreto realizado como en lo comunicacional, reafirma el sí mismo.

La reconstrucción vincular y la red social generada, pasan a ser favorecedores de la identidad colectiva. Ponemos en juego el acompañamiento en vez de abandono, la solidaridad grupal en vez de la inermidad, la pertenencia en vez de la soledad.

La necesidad de ser confirmado por los otros como elemento central de la conciencia de sí mismo es, en parte, obtenida en este colectivo. A modo de ejemplo y resumiendo, podemos señalar que en el período de descubrimiento de osamentas a comienzos de año, se produjo en el colectivo de consultantes de terapia ocupacional un estado de gran ansiedad y expectación. Una de nuestras pacientes encontró en Pisagua a su ser querido, otros revivieron y actualizaron su propia vivencia traumática. En el caso de algunos pacientes torturados se produjo el espacio que permitió evacuar experiencias individuales. Testimoniaron respecto de cada paso del camino recorrido en la tortura, generándose dinámicas colectivas que favorecieron el resituar el hecho desde una perspectiva histórico-social, pero también lográndose un proceso de acompañamiento del dolor. El sufrimiento encapsulado encontró ante este nuevo contexto un estímulo para su verbalización y, en parte, para su elaboración.

III. LA ACTIVIDAD COMO INSTRUMENTO TERAPEUTICO

En otro plano, en el de la actividad práctica (ergoterapéutica o laboral), nos aproximamos a otra faceta de la identidad. Cuando el paciente comienza a reproducir un objeto ya creado o un trabajo previamente estructurado, estamos consolidando aquella área sana y creativa de la imagen personal, el llamado *yo creativo*, con el objeto de desarrollar y rescatar sus habilidades y recuperar, en lo posible, las perturbadas.

El vivenciar la posibilidad de crear, construir, desplegar una tarea personal, con sello individual, con valor social, permite adaptar el sí mismo a una realidad más objetiva. El paciente descubre que su persona no ha sido totalmente destruida, comienza a respetarse y a reafirmar su calidad de ser personal.

El producto material de la creación individual tiene un valor mediatizador entre la experiencia interna y su expresión externa. Lo que es muy difícil de simbolizar conscientemente - la experiencia de tortura, que ha sido encapsulada y que se expresa en lo sindrómico - encuentra en este hacer la posibilidad de ser evacuada y experienciada abiertamente.

Se simboliza ahora no a través de la angustia, sino de una arcilla moldeada o un cobre repujado o una tela pintada. Se empieza a expresar así el dolor, los miedos, los valores, las culpas, las expectativas.

Ahora, cuando el hacer tiene un sentido laboral, mostramos las posibilidades reales de aquel rol perturbado por la tortura. Reafirmar la identidad laboral es también un aspecto central de la recuperación de la autoimagen.

La actividad social más importante del hombre, el trabajo, es condición básica para reordenar el *sí mismo*. Resituarse en el contexto familiar, generar recursos materiales, el análisis y orientación de los proyectos sociales y laborales hacia la búsqueda de un trabajo más estable, forman parte de la integración de la experiencia en una dimensión más totalizadora. En el caso de Jorge, uno de nuestros pacientes, la repetida experiencia de detenciones y tortura generó una gran inseguridad para enfrentar a los otros, surgió un tartamudeo que cuestionaba aún más su imagen personal. Pero también la pérdida de fuentes laborales y el deterioro económico agravaron su estado. Tenía temor a salir en busca de trabajo, asumía conductas evitativas. Su situación empeoró cuando su esposa asumió la generación de recursos económicos, inhibiendo aún más sus capacidades. Los trabajos que esporádicamente conseguía eran objeto de interpretaciones autoreferentes en el sentido que lograba acceder a ellos porque le tenían lástima.

Una vez integrado a talleres y utilizando cierta formación previa en gráfica, reforzamos lo ya aprendido y luego nos trasladamos a lo nuevo. Asignamos roles básicos de monitor, hecho que lo situó en un plano algo superior que el resto de sus compañeros, reforzando habilidades y con ello su autoestima. Gradualmente interaccionó con mayor espontaneidad. Colaboró activamente en la impresión de nuestra revista institucional. Finalmente, en una edición posterior, quedó a cargo del trabajo con otros compañeros como ayudantes. Con esta experiencia concreta lo enfrentamos al trabajo remunerado en una imprenta, lo que terminó por reforzar definitivamente su identidad laboral.

Hoy está en una actividad fija con un sueldo que lo sitúa en una mejor posición a nivel familiar y en la búsqueda de otro puesto que le genere mayores expectativas.

IV. CONCLUSION

En resumen, la terapia tiene una doble faceta: individual y colectiva. La catarsis, el simbolizar de otra forma la experiencia, el estimular la autenticidad y la no resistencia a lo vivido, constituyen un ejercicio reordenador de aquellos mecanismos rigidizados. Ya no se racionaliza sino que se siente y vivencia; ya no se niega, sino que se enfrenta y se habla. Pero no se experimenta solo todo esto, sino que colectivamente, lo que permite integrar mejor la experiencia de tortura como un hecho histórico. De esta forma, se ayuda a recomponer otra parte de la identidad del torturado: la histórico-social.

La terapia ocupacional, como disciplina ligada a la rehabilitación, ejerce su acción curativa asumiendo que el hacer práctico de la persona es facilitador del proceso de reparación. Pero estamos conscientes de que nuestra acción constituye sólo una parte de un conjunto de acciones terapéuticas que intentan rehabilitar al paciente torturado.

Nuestra efectividad es limitada. Ninguna rehabilitación será tal, si no se incorporan otros desafíos propios de la tarea global de reparación a las víctimas de la represión política. De todos ellos, el más relevante es la verdad y la justicia, tarea que el paciente torturado intenta asumir activamente.

TORTURA: UN TESTIMONIO PERSONAL

NELSON PAREDES
Exiliado - Bélgica

Dar un testimonio sobre mi experiencia personal como torturado, ex-preso político y hoy exiliado en Bruselas, Bélgica, no es fácil. Al hacerlo no dejo de pensar en aquellos compañeros que hoy son detenidos desaparecidos, ejecutados y muertos en torturas. Todos ellos fueron torturados antes de su muerte. Con el permiso de Uds., solicito guardar un minuto de silencio en memoria de todos los caídos durante estos 17 años de dictadura.

Desde el momento de mi detención como militante del MIR, el 11 de enero de 1974 en la ciudad de San Felipe, comenzó para mí una larga pesadilla de dolor y sufrimiento, que se inició con una rápida pasada por algunos locales clandestinos de detención en Santiago, siendo trasladado posteriormente al centro de tortura de Tejas Verdes de San Antonio, el día 13 del mismo mes. Permanecí en ese campo hasta el mediodía del 15 de enero, fecha en que fui trasladado a la Escuela de Artillería de Linares.

Durante estos primeros cinco días recibí en mi cuerpo las más atroces torturas que la enajenada mente humana pudiera inventar. No voy a explicarles a Uds. cómo las recibí, sino que enumeraré algunas de ellas:

- Extracción de uñas de manos y pies.
- Extracción de dientes con alicates.
- Golpes, culatazos, aplicación de corriente eléctrica, submarino, su-mersión dentro de toneles con aguas servidas, colgamientos, estiramiento de brazos y piernas amarrado sobre un potro de madera.
- Quemaduras con fuego en pies, dorso y manos hechas con sopletes, quemaduras con cigarrillos.

El resultado de todos estos apremios ilegítimos produjo en mí un estado de salud muy crítico. Por la gravedad de las heridas recibidas y por el peligro de que la infección avanzase, fui trasladado al Hospital

Militar de Santiago. Esta medida se tomó debido a la denuncia hecha por mis compañeros presos a la delegación de la Cruz Roja Internacional, que estaba de paso por Linares visitando a los detenidos políticos. En el Comando de la Escuela de Artillería, los jefes de operaciones de los detenidos de Linares recomendaron mi traslado a Santiago.

Mi estadía en el Hospital Militar tiene una importancia vital para testimoniar la implicancia de los médicos en la tortura. Allí tuve el orgullo de estar junto a Osvaldo Puccio, Julio Palestro, Daniel Vergara y otros compañeros anónimos que estaban en el recinto hospitalario. Fue un período muy amargo para mí, sobre todo en lo emocional, ya que no me explicaba mi permanencia en ese lugar junto a importantes dirigentes de la Unidad Popular. Incluso me instalaron en la pieza donde según ellos se habría suicidado el compañero José Tohá. Sentía un peso enorme en mi persona, ya que sabía que miles de compañeros se estaban pudriendo en los centros de detención de la dictadura a lo largo de todo Chile. En mayo del 74 fui devuelto a Linares al recinto de la Escuela de Artillería, permaneciendo en la enfermería hasta que fui trasladado junto a mis compañeros de martirio a la Cárcel de Linares (02.06.74).

Salí en libertad condicional después de haber pasado por un consejo de guerra que me condenó a 3 años y un día de prisión en primera instancia, con posterior remisión de la pena por la Fiscalía de Concepción. Fui obligado a firmar todos los días en la Fiscalía Militar de Linares.

Todo el proceso vivido, desde los primeros días de tortura y durante mi estadía en la cárcel, hizo que saliera con un terrible problema de adaptación, de inestabilidad emocional, delirio de persecución y con el problema de ser una carga para mi familia.

Por la gravedad de mi estado emocional recibí ayuda terapéutica en el FASIC en Santiago, por un período de 8 meses más o menos. No voy a explicar el tratamiento recibido, pero yo creo que es importantísima la ayuda asistencial que se entrega a los compañeros que salen de prisión o a aquellos compañeros que han sido detenidos por un corto tiempo, pero que han sido torturados.

Gracias al tratamiento recibido y al apoyo entregado por mi familia pude de nuevo tomar parte en la lucha que se seguía dando contra la dictadura.

En el mes de agosto del año 80 fui nuevamente detenido por la CNI, recibiendo torturas de menor intensidad que las anteriores. Estuve

desaparecido 15 días y después de esto fui invitado a abandonar el país con destino a Bélgica.

Me quiero referir ahora a las atribuciones entregadas por la Junta Militar, en la persona del dictador Augusto Pinochet, al entonces Coronel de Ejército Manuel Contreras, que estaba a cargo del centro de tortura de Tejas Verdes. La misión encomendada fue crear la siniestra DINA. Para esto recibió dineros, equipos, implementos y hombres de todas las ramas de la defensa nacional, incluyendo algunos civiles ultraderechistas. Esta organización tenía la misión de mantener al prisionero por largos períodos incomunicado en celdas estrechas o cajoneras, vendado o encapuchado, con el objetivo de privarlo del sostén que pudiera encontrar en sus compañeros de infortunio.

Si uno es privado de compañía y no tiene la posibilidad de hablar con algunos de los compañeros detenidos, el primer síntoma que aparece es la angustia. La angustia de estar aislado se vuelve sobre uno mismo y comienzan a aflorar los diferentes problemas. En pocas horas recorreremos uno a uno los capítulos de nuestra vida, comenzamos a sentir angustia por el presente, por el mañana, por lo que vendrá. A medida que van pasando las horas, los días, sentimos un terrible sentimiento de soledad. El interés del torturador es disponer completamente del detenido, poseerlo, vaciarlo, aniquilarlo definitivamente como persona para someterlo.

El torturado intuye y lucha para salvarse de ese aniquilamiento, para no perder su identidad y seguir sintiéndose fiel a su grupo, a su casa y, lo más importante, a su lucha y combate. El objetivo principal de los torturadores es obtener el dato, la pista, la confesión, la delación de otros compañeros; para eso emplean todos los medios, no dejándolos dormir ni conversar, rebajándolos moralmente, no permitiéndoles hacer sus necesidades fisiológicas.

Los torturadores son hombres como todos nosotros. Muchas veces acarician a sus hijos, besan a sus mujeres, llevan una vida ejemplar en sus hogares, transformándose de la noche a la mañana en verdugos y asesinos.

Para ellos todos son enemigos, los civiles, incluso los mismos militares. En resguardo de la Doctrina de Seguridad Nacional han fabricado barrios de huérfanos, valles de viudas, han fusilado hombres y mujeres sin juicio alguno, han destrozado la cara y las manos de sus

víctimas para que no puedan ser reconocidas, han torturado hermanos junto a hermanas, al hombre frente a su amada, han moldeado a soplones y oportunistas y han acallado a la prensa.

Hoy día considero que el flagelo de la tortura debe terminar cueste lo que cueste. No podemos permitir que en este período de transición a la democracia se siga torturando, no podemos ser cómplices en aras del buen desarrollo de la democracia.

Lamentablemente, hoy día se continúa torturando; hay muchos casos de compañeras y compañeros que han sido torturados en estos últimos meses, 38 casos se encuentran presentados en los Tribunales de Justicia. Si bien es cierto que se concretó la disolución de la CNI, no es menos cierto que prontamente el gobierno creó sus nuevos instrumentos represivos. Estos son: la Dirección de Inteligencia Política de Carabineros (DIPOLCAR) y la Brigada de Inteligencia Policial (BIP). Ambos organismos han asumido cabalmente el rol que se les ha asignado. Recurriendo a la vasta experiencia acumulada en los años de la dictadura, se les ha encomendado la tarea de contener el descontento popular a través de la forma que ya conocen: la represión contra el pueblo por medio del terror y la violencia.

La mayoría de las denuncias señalan como recinto de tortura a la Tercera Comisaría de Carabineros de Santiago, ubicada en la calle San Martín de esta capital; desde allí se opera junto con la Fiscalía Militar ad-hoc que investiga muertes de carabineros.

Ante estas denuncias, las autoridades de gobierno, que tanto han proclamado el respeto a los derechos humanos, han señalado a través de uno de sus personeros que, en relación a la tortura, ninguna de estas denuncias ha llegado a las autoridades. Esto agrava la situación cuando la autoridad de gobierno hace caso omiso de los hechos, pretendiendo remitir el tratamiento de ellos a los conductos regulares de la administración pública. No es ésta la primera vez que las denuncias de víctimas de la represión se encuentran con este tipo de respuestas. Esto es más grave aún, cuando está clara la participación en estos delitos de un cuerpo policial que se organizó para una labor represiva de acuerdo a definiciones emanadas del gobierno.

La evidencia de la tortura en el país se ve corroborada por la denuncia que hiciera personalmente el Secretario General de Amnistía Internacional, Peter Duffy, ante el Presidente Aylwin, en octubre, en relación a la vigencia de esta práctica represiva en Chile.

La mantención de estas graves violaciones a los derechos humanos obliga a denunciar el nivel de descomposición existente al interior de las fuerzas policiales, a denunciar la responsabilidad que tienen como instituciones que asumen un carácter definitivamente antipolular, manteniendo y desarrollando el uso de métodos represivos contrarios a la dignidad humana.

Pero, por sobre todo, obliga a denunciar la responsabilidad del gobierno ante el hecho indesmentible de que en Chile hoy se tortura.

Como dije anteriormente, el aparato torturador de la dictadura sigue intacto, los funcionarios de la CNI siguen siendo pagados y en su carrera militar reciben ascensos por servicios prestados.

Compañeras y compañeros, sólo me resta señalarles que hay que redoblar nuestra lucha por la defensa de los Derechos Humanos, hoy más que nunca; la democracia es débil, debemos exigir que la Comisión Verdad y Reconciliación publique la integridad de su informe, incluyendo en éste los nombres de los funcionarios de las Fuerzas Armadas y de Carabineros comprometidos en los crímenes de lesa humanidad cometidos por la dictadura.

Sin verdad y justicia no podrá haber democracia. La verdad tiene que ser conocida. Luchemos activamente por un NO total a la impunidad, por juicio y castigo a los culpables y por la libertad sin condiciones de los presos políticos.

CONFERENCIA:

IMPUNIDAD:

Daniel Kersner

IMPUNIDAD

DANIEL KERSNER

Psiquiatra

*Equipo Argentino de Trabajo
e Investigación Psicosocial*

Berenguer es lo que algunos llamarían un hombre pequeño, dubitativo y holgazán, borrachín y enamorado. Siente un permanente malestar en apariencia inexplicable, salvo por un detalle: a su alrededor todos se convirtieron en rinocerontes. Sus compañeros de trabajo, sus amigos y hasta su prometida terminarán barritando y arrollando cuanto encuentren a su paso.

Así aludía Ionesco en 1959 al fenómeno del nazismo. No es aventurado suponer que la implantación de la impunidad, como consagración de un sistema y como un sistema en sí misma, intenta una metamorfosis equivalente en el cuerpo social.

La impunidad es, en rigor, un largo proceso que se inicia durante la dictadura militar, teniendo su más clara expresión en el llamado "Informe Final sobre la Lucha Antisubversiva", popularmente conocido como "la autoamnistía". Por medio de este documento se intentaba legalizar el genocidio e impedir la revisión de los hechos represivos.

La impunidad continúa durante el gobierno constitucional del Dr. Alfonsín con la sanción por el poder legislativo de las leyes de Punto Final y de Obediencia Debida, que eximen de responsabilidad legal a más de 1300 represores. Ella se prolonga durante el actual gobierno constitucional del Dr. Menem, quien con los últimos indultos decretados ha dejado en libertad a los máximos responsables del genocidio en la República Argentina.

A tan sólo siete años del genocidio, ni uno sólo de sus responsables se encuentra en prisión, como así tampoco lo están los responsables de la conducción de la Guerra de las Malvinas ni los responsables de los levantamientos de Semana Santa, Monte Caseres y Villa Martelli.

Todos, sin excepción, han sido desprocesados, indultados, exculpados y hasta disculpados.

La impunidad no es entonces un hecho casual, no es política de circunstancias, *es la continuidad, en tiempo y formas, de un proyecto político, económico y cultural marcadamente antipopular y antinacional.* Es la reivindicación del genocidio. Es la reivindicación de las más aberrantes violaciones a los derechos humanos.

Berenguer mira perplejo a los rinocerontes. Pero esta perplejidad se transforma en auténtico estupor cuando mira a sus pares: éstos se muestran tolerantes con los rinocerontes y con la ley de la selva que, de hecho, practican y proponen. La tolerancia troca en simpatía y finaliza en emulación. Así, crece el ejército de rinocerontes.

De igual modo, desde el discurso del poder, se nos induce a aceptar, por irremediable, la consagración de la impunidad. Es este poder, que se muestra omnímodo, arbitrario e independiente de todo valor y consenso social, quien genera sentimientos de resignación y fatalidad en vastos sectores de nuestra población. Dichos sentimientos, y el cortejo sintomático individual que los expresa, son fácilmente constatables en nuestra práctica clínica y aun en la vida cotidiana. Frases tales como “no se puede hacer nada”, “esto no lo arregla nadie”, “cada uno tiene que cuidar su quintita” o “esto es el sálvese quien pueda” ilustran sobre el particular.

Los represores en la Argentina se encuentran amparados por la ley. ¿Pero qué ley? ¿Qué leyes son éstas que consagran la impunidad? Psicoanalíticamente creo que se puede afirmar que estas pretendidas leyes son en verdad antileyes, aunque jurídica y formalmente aparezcan como legales.

La noción de universalidad es característica imprescindible de la ley. Esto es, para que la ley sea ley y no otra cosa, debe ser universal, debe afectar a todos los miembros de ese universo.

Desde el psicoanálisis el paradigma de ley es, como todos sabemos, la prohibición del incesto. Pensemos qué pasaría si una vez consumado el parricidio la prohibición del incesto recayera sobre algunos hermanos y exceptuara a otros. ¿Guerra fratricida? ¿Regreso a la horda? ¿Cómo se procesarían estos hechos? Las especulaciones teóricas pueden ser muchas, pero algo queda claro: esa “ley” no sería ley en sentido psicoanalítico y no tendría los efectos conocidos y atribuidos a la ley en el psicoanálisis (hominización, acceso a la cultura,

simbolización, exogamia, etc.), simplemente sería otra cosa, tal vez un sistema de prebendas.

Vemos en toda ley, y fundamentalmente en la justicia como aspecto dinámico y funcional de la ley, tres posibles niveles de acción psico-social:

- a) *Nivel organizativo y regular*: en tanto organiza y regula los intercambios y relaciones sociales en base a un sistema de interdicciones y sanciones. Cumple, por esto mismo, una función protectora del psiquismo individual. La suspensión de este nivel reavivaría vivencias primitivas de inermidad, desamparo y confusión, toda vez que el sujeto no sabe a qué atenerse ni a qué o quién invocar y donde todo se presenta como igual. Implica una pérdida de referentes y organizadores psíquicos y sociales.
- b) *Nivel reparatorio*: la justicia ofrece una reparación simbólica parcial. No devuelve las cosas al estado anterior al daño (delito), pero al reconocer la existencia de éste y al sancionar al culpable ofrece una protección real y una reparación simbólica, reparación que además disminuye los impulsos retaliativos del dañado. El sistema de proporcionalidad de penas en relación a la magnitud del daño causado opera en función del sistema de valores imperantes.
- c) Finalmente la ley opera como *cohesionador social*, dado que su universalidad asegura cierto grado de igualdad y de unión para los miembros del conjunto. La suspensión de este nivel favorecería la disgregación del tejido social en cualquiera de sus formas.

Insisto, estos niveles estarían presentes en aquellas leyes (sociales) que respondan en su estructura al modelo de ley psicoanalítico, y muy especialmente cuando esté respetada su universalidad. Es claro entonces que no todas las leyes sociales vigentes responden a este concepto.

La impunidad incorpora la ley a la larga lista de desaparecidos. Con ella desaparece ese tercero simbólico que actúa como límite y garante de los sujetos y sus relaciones. La impunidad es, literalmente, la ley de la selva, la continuidad del terrorismo de estado. Es por esto que provoca una reactualización del trauma sufrido. Si tenemos en cuenta que por la calidad del trauma original los afectados no han sido solamente las víctimas directas y sus allegados, sino el conjunto social, es lógico pensar que esta reactualización también nos afecta a todos.

Un síntoma de la misma lo encontramos en las crecientes quejas sobre la falta de seguridad social, en particular en lo referente a delitos contra la propiedad. El incremento de éstos y del nivel de violencia con el que se llevan a cabo es un dato de la realidad y una consecuencia directa del actual régimen económico. Pero no menos real es la inducción psicológica que sobre estos hechos intenta montar el discurso del poder: mientras se postula que la liberación de los genocidas es el garante de la paz social, vale decir, la impunidad garantiza la seguridad, se culpabiliza por las vivencias de tierra de nadie a los delincuentes menores. Paralelamente se alienta a las policías bravas o de gatillo fácil. El accionar de éstas, lejos de paliar los delitos, incrementa geoméricamente la modalidad violenta de los mismos. Desde los medios de difusión oficiosos se ha llegado a plantear la necesidad de la tortura, en algunos casos, claro está, a partir del siguiente sofisma: Si alguien colocara una bomba en un edificio y se lo detuviera minutos antes de que estallara, ¿sería lícito torturarlo a fin de evitar un mal mayor? El planteo es fácilmente rebatible, en tanto lleva implícito una relación causal falsa como lo es “la tortura produce verdad o información”, cuando en verdad lo que siempre produce es sufrimiento.

La idea del mal que evitaría el mal mayor pretende ignorar que siempre que se aplicó este razonamiento, terminó agregándose otro mal al existente. La reivindicación del terrorismo de estado es apenas solapada.

La impunidad podrá ser legal, pero no es legítima. Lo legal se presenta en relación al poder, lo legítimo en cambio se relaciona con el consenso social y con los valores éticos que sustenta ese consenso y en los que él mismo se apoya. La impunidad podrá ser formal y jurídicamente legal, pero para la idea de ley del psicoanálisis constituye una perversidad, para el consenso social una burla y para el sistema de valores de dicho consenso un nuevo ataque. Cuando la norma jurídica es perversa, la transgresión a esa norma puede constituirse en ley.

Es en este sentido que vemos, no sin preocupación, la instalación progresiva en el imaginario social de representaciones referentes a actos de justicia por mano propia, ya sea en relación a notorios represores como a simples ladrones de pasacassettes, con frecuencia menores de edad, por regla provenientes de hogares pauperizados.

Berenguer ha quedado solo. Afuera se oyen bramidos y edificios que se derrumban: son los rinocerontes. Desesperado, en un arrebato, intentará él también convertirse en rinoceronte. De pie, ante un espejo,

se frota la frente en la esperanza de que le brote el cuerno. Intenta barritar, pero obtiene un sonido humano. Por fin desecha su intento y dice: "No puedo, siento demasiada vergüenza".

Este hombre pequeño expresa, casi ingenuamente, una ética gigantescamente humana: a tanta brutalidad, tanta vergüenza.

La sanción a los delitos de lesa humanidad debe ser, en principio, una sanción ética. Pero también es imprescindible una sanción política y jurídica. No basta sólo el repudio. La ética debe expresarse política y jurídicamente. La sanción simbólica sin una apoyatura material puede parecerse demasiado a una mueca irónica. Dadas las mutuas y necesarias interrelaciones entre estas áreas, es evidente que la falta de sanción en alguna de ellas debilitará a las restantes.

Nuestro pueblo también muestra signos de demasiada vergüenza. Los recientes indultos fueron repudiados, según varias encuestas, por el 70% de la población.

El carácter perverso del estado es develado por un nuevo fenómeno social: movimientos espontáneos, masivos y locales han aparecido en varias ciudades del país como rechazo a cualquier forma de impunidad.

En Tres Arroyos, localidad agrícola al sur de la provincia de Buenos Aires, una pacífica población dedicada principalmente al cultivo del girasol, reacciona violentamente ante la negligencia policial frente a la desaparición, violación y muerte de una niña. La ciudad se levanta. Son incendiados vehículos particulares y policiales. Se hacen barricadas. Se apedrea al destacamento policial. Finalmente, todo el plantel policial debe ser trasladado a otras ciudades, ya que los pobladores rechazan la propuesta del gobernador de relevar solamente a los jefes.

En Chacabuco, también en la provincia de Buenos Aires, la ciudad se moviliza masivamente en repudio al indulto otorgado a dos represores locales, responsables de la muerte de un ex-intendente del lugar. La resonancia del episodio es tal, que los propios indultados envían una carta al presidente rechazando el indulto.

En Chacabuco había nacido el escritor Haroldo Conti, detenido-desaparecido durante la dictadura militar. Una plaza pública de esa ciudad lleva su nombre.

La memoria colectiva no es sólo una frase.

En la ciudad de Catamarca, al noroeste del país, en la provincia homónima, se desarrolla en la actualidad uno de los movimientos de masas más importantes y organizados de los últimos tiempos. Su eje central es el rechazo a la impunidad, su desencadenante, la muerte de la joven María Soledad Morales de 17 años. En el hecho aparecen implicados funcionarios, policías, hijos de funcionarios, hijos de policías. La justicia aparece claramente complicada con el gobierno provincial: en menos de tres meses se sucedieron 5 jueces en la causa. El movimiento, de origen espontáneo y encabezado por la directora del colegio donde estudiaba la joven, convoca semanalmente entre 12 y 20 mil personas, en una ciudad de poco más de 90 mil habitantes. Este reclamo tozudo, constante y generalizado, ha puesto al descubierto el alto grado de corrupción del gobierno provincial, manejado desde hace décadas por una familia.

Las marchas en contra de la impunidad de los asesinos de María Soledad se realizan en silencio los días jueves. Así como desde hace años vienen marchando las madres de Plaza de Mayo.

La memoria colectiva no es sólo una frase.

Estos movimientos reflejan también la profunda crisis en el sistema de delegación del poder. Descreen de políticos y jueces, se organizan en torno a reivindicaciones locales y puntuales, pero el vigor de estos reclamos pone en cuestión todos los estamentos del poder.

En Tres Arroyos, en Chacabuco, en Catamarca, contra toda impunidad, contra toda brutalidad aparecen los Berenguer que sienten “demasiada vergüenza” y como él podrían decir: “Soy el último hombre sobre la tierra, no importa, no capitularé, no me rindo. ¡Resisto!”

PANEL:

**PRESOS POLÍTICOS: ASPECTOS
MÉDICOS, PSICOLÓGICOS Y
SOCIALES. REPARACIÓN**

Algunos aspectos del trabajo psicoterapéutico
con presos políticos

Eliana Horvitz

Estudio de salud mental en presos políticos en
período de transición a la democracia

Jacobo Riffo, Vivianne Freraut

Presos políticos: Aspectos
psicológicos, sociales y políticos

Jorge Seguel

La terapia ocupacional en el tratamiento de presos
políticos

Alejandro Guajardo

ALGUNOS ASPECTOS DEL TRABAJO PSICOTERAPEUTICO CON PRESOS POLITICOS

ELIANA HORVITZ
Psiquiatra
CINTRAS

Quisiera señalar, desde un punto de vista metodológico, algo que todos sabemos, pero que es preciso reiterar, especialmente para una primera conclusión a que pretendo llegar: el tratamiento a víctimas de la represión política constituye un campo relativamente nuevo para la medicina en un sentido amplio, también para la psicología y otras disciplinas afines, como la psicología social, que estudian fenómenos asociados a represiones prolongadas y/o a regímenes dictatoriales o antidemocráticos.

Precisamente la experiencia reciente en América Latina ha servido para avanzar en esta temática. Ha surgido una teorización asociada a una práctica que asume diversas características:

1. Un enfoque interdisciplinario.
2. Una visión sistémica del fenómeno represivo, el trauma, el duelo, la elaboración, la reparación y la reinserción social.

Deliberadamente uso estos términos sin darles un sentido técnico, pero ellos esbozan una idea aproximada de lo que se trata, para los no especialistas.

3. Predominan las aproximaciones pragmáticas, algunas de las cuales derivan en enfoques eclécticos no adscritos a una escuela o teoría determinada. Es la práctica un elemento dominante, que va moldeando con plasticidad la teoría.
4. Las redes sociales adquieren gran importancia en el intercambio de información. Esto permite avances significativos en un doble aspecto: socialización y confiabilidad de la información derivada de experiencias múltiples, y avance sustancial en términos de tiempo de difusión y aplicación de nuevas adquisiciones.
5. Finalmente, existe una toma de posición de los terapeutas que implica un compromiso con los derechos humanos, base valórica

que establece nexos de confianza y mutua interacción y que abre nuevas perspectivas para la relación con los pacientes.

Reiterando la afirmación anterior, podemos resumirla ahora así: cotidianamente estamos creando una nueva disciplina o, si se quiere, un nuevo enfoque de la represión, de las víctimas y también de los victimarios.

Quisiera abordar ahora más específicamente el tema que nos preocupa. ¿Es posible la reparación en las víctimas de la represión? Esa es la gran pregunta que subyace en todo nuestro esfuerzo terapéutico.

Nosotros nos enfrentamos a un paciente muchas veces seriamente dañado y tenemos la obligación de ayudarlo a superar el trauma para que vuelva a actuar en un plano de normalidad psicosocial.

De esta primera pregunta derivan de inmediato otras interrogantes, algunas de ellas son implícitas y otras muy directas. Tratemos de abordar someramente unas y otras. ¿Qué significa reparación? es una primera de estas preguntas derivadas. La otra tiene que ver con el daño: ¿de qué daño estamos hablando? Del que se produce a consecuencia del trauma represivo, podríamos decir. Pero ese trauma represivo actúa, obviamente, sobre personalidades distintas, cada una con su ontogénesis, proceso que produce una sensibilidad, un carácter, una personalidad intransferible; es el misterio de cada individuo.

Sin duda, tratamos con pacientes singulares, con individuos, cada uno de los cuales ha sufrido daños distintos y amerita, por lo mismo, tratamientos diferentes; o sea, formas diversas y específicas de reparación. Trabajamos con marcos generales que en definitiva serán inútiles si no los personificamos, si no los llenamos de contenido humano. Nuestros pacientes tienen un elemento común - hablo por así decirlo de la "normalidad estadística" de los afectados por la represión - son personas que tienen un acendrado compromiso político, vale decir, una utopía motivadora de sus vidas y una forma (disciplina, hábitos, lealtades), que constituyen parte determinante de su personalidad. Eso hace que se establezca una relación necesaria entre el éxito de la terapia, la reparación individual y un determinado marco político.

No parece sencillo, entonces, imaginar una reparación que omita el condicionamiento señalado. La magnitud del trauma sufrido (con su correlato de daño objetivo mensurable) plantea desafíos terapéuticos que deben ser abordados con lo que podríamos llamar una mezcla de

competencia profesional y realismo ajustado a las condiciones de cada paciente. Quiero decir con esto que algunos traumas muy severos nunca podrán ser reparados, porque salen de la acostumbrada fluencia de la experiencia vital. La muerte de un ser querido, inscrita dentro de la normalidad de la existencia viviente, puede - y en el hecho así ocurre - integrarse al cuadro vivencial de una persona. En cambio, situaciones tan atroces como el asesinato, la tortura, la destrucción de una familia, constituyen golpes que el tiempo y la ayuda asistencial podrán morigerar, podrán hacer inteligibles y hasta generar sentimientos de perdón, pero en el hecho se constituirán en marcas imborrables a lo largo de la vida.

Dentro de este marco general hemos puesto en práctica diversos procedimientos terapéuticos que no se alejan sustantivamente de los descritos habitualmente, tanto en relación con los pacientes que están en prisión como en el seguimiento posterior al encarcelamiento - el trauma de la libertad - y la atención al grupo familiar.

Hacemos la salvedad de que en las condiciones carcelarias ninguna terapia puede realizarse con normalidad. Se configura un cuadro especial en que el trauma se reitera en la habitualidad del entorno represivo en que se vive, modificado por quiebres que acentúan la incertidumbre y la ansiedad, modalidades afectivo-conductuales muy características de la personalidad del prisionero.

Quiero llamar la atención, sin embargo, hacia dos factores que me parecen cruciales en la terapia:

- la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta;
- el diferente "tiempo" en que se desenvuelve dicha relación.

En cuanto al primero, el terapeuta llega a la cárcel como un "mensajero del exterior", del mundo añorado e inalcanzable y muchas veces actúa por presencia. Establece una relación situacional de comprensión y solidaridad - que por momentos asume el carácter de una amistad profunda - fortalecida por un similar compromiso de adhesión o de valores y aspiraciones que esperan su realización a través del esfuerzo individual y colectivo. Poco a poco, las barreras ceden, surgen grietas o se producen quiebres por donde afloran el dolor y el sufrimiento contenidos. Se va plasmando en el juego dialéctico interpersonal una suerte de proyecto común, uno de cuyos pilares determinantes es la recuperación del paciente y la reconquista de la esperanza.

El tiempo corre de manera distinta en las cárceles. Es una verdad que bien conocemos los que hemos sufrido esta experiencia. En un universo cerrado, pautado por las rutinas, por las regularidades de la prisión, del trabajo, de las visitas, de la discusión política, de las cuitas personales, la temporalidad se vivencia como un proceso de gran lentitud. Se apresura hasta el paroxismo cuando parece acercarse la libertad; se hace casi inmóvil, aplanando los días y haciendo desaparecer su singularidad, cuando se viven situaciones de estancamiento. En esa corriente lenta o torrentosa, discurre la terapia; en un encuadre en el que nada se fuerza, en el que la paciencia y la comprensión - no deberíamos temer usar aquí la palabra "amor" - van erosionando el muro interior que encierra al paciente, hasta producir su derrumbe.

A partir de la experiencia con mujeres actualmente detenidas en la cárcel de Santo Domingo, estimo que existe una especificidad femenina que genera una fenomenología propia. Ella debe provocar un acercamiento terapéutico diferente, que hasta ahora no parece suficientemente sistematizado, a la espera de un desarrollo teórico y práctico que deberíamos emprender.

Sobre esta especificidad quisiera insistir, a partir de las siguientes consideraciones:

- mi propia experiencia como presa política y mi autoobservación en tal situación, así como la de mis compañeras de prisión de entonces;
- los materiales que surgen de las terapias actuales, y
- la bibliografía existente, poco abundante, que me han incitado a estudiar ciertos aspectos de la sistematología agregadas a los elementos básicos a los que ya hice referencia.

En primer lugar, dado el papel asignado socialmente a la mujer, ésta tiene ciertos deberes en la familia (no sólo si es madre) que la llevan a preocuparse de su entorno familiar. La ruptura abrupta de esta función con la pérdida de la libertad le causan ansiedad permanente y sentimientos de culpa por un supuesto incumplimiento del deber familiar, de pérdida de los afectos básicos debido a su ausencia del núcleo afectivo.

En segundo término, las vejaciones que les han inferido en su condición de mujer (violación, amenazas a su marido e hijos) llevan a la gran mayoría de mis pacientes a depresiones severas. El autoritarismo represivo se representa en una doble faz: la social y la que atañe a su condición femenina, que ya está afectada por el autoritarismo cultural

existente con antelación en el seno de la familia e incluso de las organizaciones sociales y políticas en las cuales han militado.

Esta problemática merecería estudios especiales y el debido intercambio de información.

Insisto, antes de terminar, en la irreparabilidad de muchos traumas represivos que afectan de una u otra forma a nuestros pacientes. Esta conclusión psicoterapéutica no agota, por supuesto, el problema. Hay un trauma individual irreparable, pero eso no podría llevarnos a la pasividad.

Eso es, acaso, el ingrediente más dramático de los efectos de la represión política en sus víctimas, que además se extiende al conjunto de la sociedad. De allí deriva la necesidad irrevocable de diseñar mecanismos sociales para llegar a formas de reparación colectiva, que vayan creando un nuevo clima de convivencia.

Estas consideraciones nos llevan a un tema más general: la sociedad ha sufrido un trauma de una profundidad enorme, cuya magnitud real aún desconocemos. Parece claro, por ejemplo, que un fenómeno como el autoritarismo remanente (que ha sido analizado en otros países a partir de los trabajos de Adorno y otros especialistas) no ha sido suficientemente considerado entre nosotros. Puede ser un elemento explicativo de la mayor importancia. Porque es el autoritarismo el que produce un determinado tipo de personalidad de alta heteronomía, que se gatilla hacia la brutalidad en determinadas situaciones de crisis moral, pero que sigue latente aún en lo que pudiera llamarse una situación de normalidad.

En nuestro campo debemos esforzarnos por atenuar hasta donde sea posible el daño sufrido, y al mismo tiempo, debemos exigir un comportamiento social, una conducta de la sociedad, que en el plano institucional corresponde impulsar primordialmente - pero no de modo exclusivo - al Estado. Deben crearse las condiciones objetivas que permitan esta atenuación del daño sufrido, lo que implica concretamente, estimular el diseño e implementación de políticas reparadoras de alcance general.

Nuestro aporte como instituciones de salud mental también se extiende a ese plano, en cuanto debemos sugerir iniciativas para esas políticas. Pienso que ellas deben definirse en tres grandes ámbitos:

1. En el plano de la moral social, corresponde la reivindicación plena de las víctimas de la dictadura. Lo que quiere decir, la solemnización

a través de políticas de Estado de su calidad de agentes de la democracia, portadores de valores éticos dignos de ser imitados. Esa solemnización deberá realizarse a través de actos declarativos, símbolos, monumentos, ritualidades. Un papel relevante en esta reparación simbólica deberán jugar los medios de comunicación.

En ese mismo ámbito, la realización efectiva de una política de verdad y justicia contribuirá eficazmente a la salud mental colectiva y, por ende, al fortalecimiento de la legitimidad y de la estabilidad de la democracia.

2. En el plano de la juridicidad, será necesaria la dictación de una legislación reparadora que se refiera a lo individual y colectivo (que se solucionen problemas patrimoniales, de derecho de familia, de indemnizaciones, de derechos previsionales, etc.).
3. Programas gubernamentales especiales realizados en muchos casos con ONGs, organizaciones especiales e instituciones privadas podrían ayudar a resolver problemas de reinserción social (empleo, educación, vivienda, asistencialidad en salud, etc.).

Pienso que reviste también especial importancia el desarrollo de iniciativas que vayan creando las condiciones socio-culturales que reduzcan la posibilidad de repetición de atrocidades como las que se han vivido.

La práctica democrática transformada en cotidianidad que impregne todo el quehacer social, que se haga cultura internalizada y abarque desde la familia a las instituciones del Estado, pasando por las relaciones laborales, la educación y hasta el esparcimiento, permitirán disminuir el autoritarismo generador de conductas que, en definitiva, pasan a ser violatorias de los derechos humanos.

Hacia allá debieran orientarse los esfuerzos sociales para evitar la repetición de dramas como los que hemos vivido. Lo que conlleva, ciertamente, un cambio de modelo de sociedad, en el que nuevas estructuras de relación permitan el afloramiento de personalidades democráticas como predominancia social y una moral de cooperación entre iguales diferenciados, basada en una creciente autonomía. Entre tanto, nuestros esfuerzos reparadores necesariamente quedarán acotados por una realidad desintegradora, enajenante, que niega la esencia del ser humano.

**“POR MI AMIGO QUE ESTA PRESO,
YO TE NOMBRO LIBERTAD...”
ESTUDIO DE SALUD MENTAL
EN PRESOS POLITICOS EN PERIODO
DE TRANSICION A LA DEMOCRACIA**

*JACOBO RIFFO, Neuropsiquiatra
VIVIANNE FRERAUT, Psicóloga
Equipo de Salud Mental DITT, CODEPU*

“Si en todos los años de dictadura
la prisión fue dura, para nosotras,
este año de transición a la
democracia ha sido dramático y
deteriorante en espera de la merecida
y prometida libertad”.

Prisioneras Políticas,
Cárcel de Santo Domingo
Santiago - Chile

La privación de libertad, como forma de represión política, ha afectado a un número considerable de chilenos. Más de ochocientas mil personas han pasado por las cárceles de nuestro país desde septiembre de 1973, de las cuales aproximadamente doscientas mil han sufrido prisión prolongada, sometidas a procesos (según nuestros datos). Actualmente aún permanecen reclusas alrededor de doscientas veinte (sin considerar a los detenidos con fecha posterior al 11 de marzo de 1990).

Como especialistas en salud mental, nuestro equipo conformado por médicos, psiquiatras, neurólogos, psicólogos y asistentes sociales, ha otorgado sistemáticamente atención a los presos políticos y a sus familiares en los diferentes penales desde el año 1981. Durante el año 1990, hemos detectado un incremento en las demandas de atención psicoterapéutica, así como de alteraciones médicas y psicológicas. Esto nos indujo a realizar una re-evaluación del estado de salud mental de los presos políticos y de los elementos etiopatogénicos que han intervenido,

con el fin de lograr una aproximación diagnóstica en este sentido. Los resultados obtenidos consideramos necesario darlos a conocer, ya que revelan hoy una grave situación en relación a este problema.

Es importante destacar que para la realización de este trabajo contamos con el valioso aporte de profesionales de la salud encarcelados.

La prisión política tiene una connotación diferente según el momento histórico en que ésta acontece. Ser preso político bajo una dictadura tiene un significado de lucha, de consecuencia, de riesgo de vida o libertad frente al sistema represivo impuesto. Con orgullo se manifiesta en la mayoría de los casos dicha condición. Por el contrario, ser preso político en un período de transición a la democracia, es un problema distinto que debe ser solucionado de la mejor forma posible.

La obtención de la libertad constituye para el prisionero político un “derecho”, algo que “no debiera discutirse”, una expresión de nuestro reconocimiento como luchador por la democracia y contra la dictadura.

A partir de octubre de 1988, con el triunfo de la opción NO - en el plebiscito del mismo año - y luego del triunfo de Patricio Aylwin en diciembre de 1989 y su posterior llegada a la presidencia, se generaron en este grupo de presos significativas expectativas de libertad.

Pasados los primeros meses del nuevo gobierno, se hicieron numerosas declaraciones, pero nada concreto que solucionara en forma directa y justa el problema de la libertad. Lo más elaborado ha sido el proyecto de ley conocido como “Leyes Cumplido”, que no solucionan la totalidad de los casos y, más aún, en el curso de su tramitación se han visto severamente desnaturalizadas y perjudicadas las ideas matrices democratizadoras y justicieras del nuevo gobierno.

Expectativas reiteradamente frustradas, que se expresaron en consignas tales como “Democracia sin presos políticos”, “Navidad sin presos políticos”, no se vieron cumplidas.

Esta situación que ya se alarga por varios meses y no garantiza una solución definitiva, ha ido provocando desgaste y cansancio progresivo en este sector penitenciario, naciendo en ellos sentimientos de impotencia, rabia, inseguridad, desconcierto, con manifestaciones de rechazo e irritabilidad y, finalmente, desesperanza y depresión. Esto último se ha ido incrementando en el interior de los penales, constituyendo una situación negativa que, además, se ha extendido a la familia y sectores sensibles cercanos a ellos.

Incide en este cúmulo de vivencias negativas un sentimiento de injusticia, producto del no reconocimiento de su rol histórico como expresión social de la lucha antidictatorial versus la impunidad de los culpables de numerosas violaciones a los derechos humanos durante la dictadura, que incluyen crímenes como la desaparición forzada de personas, asesinatos en falsos enfrentamientos, tortura, etc.

El no reconocimiento de ese rol histórico implica una autodesvalorización, hecho que es potencialmente desintegrador para la persona.

Además de todo esto, tradicionalmente los presos políticos han sufrido una serie de agresiones desde el momento de su detención como son:

1. La aplicación sistemática de la tortura inmediatamente posterior a su detención, antes de llegar al penal.

Todos los presos políticos han sufrido la tortura, lo que les provoca severas consecuencias psicológicas y, en algunos casos, también físicas. Estas secuelas se manifiestan en diversas formas durante la prisión, tales como: insomnio, pesadillas, ansiedad, sentimientos de impotencia, rabia contenida, entre otras tantas.

Graficador del impacto emocional que significa la tortura es el testimonio que nos hizo llegar un preso político recluido por largos años:

“...El paso por la tortura deja una huella traumática difícil de superar, por lo siniestra, irracional, violenta e intolerable. Estás desnudo, esposado y la vista vendada, impotente, a merced de esbirros cuya misión es destruirte física y psíquicamente. Comprobar que hay hombres y mujeres cuyo código de valores choca tan violentamente con el conocido, produce una paralogización de la capacidad de entender cuál es la realidad. Hay un predominio de temor ante esto desconocido para lo cual creías estar preparado, pero este temor se asume ante la seguridad de que difícilmente sobrevivirás... Llega un momento o momentos que pareciera que el dolor se petrifica dentro de uno y no siente tanto, y nada tiene sentido.

El desenvolvimiento de los acontecimientos, torturas, dolores, el ver médicos cooperando y determinando capacidad o estado para soportar torturas, etc., te rompen esquemas y van determinando circunstancias que uno ve y siente en dos planos: objetivo y subjetivo, y, de alguna manera, en la desesperación, uno va previendo “perspec-

tivas” también en estas dos posibilidades o posiciones. Pareciera que es la mente que nos juega esta alternativa, como forma de superar el peligro de desequilibrio que produce la tortura y la pérdida de libertad (también actúa así en los largos períodos de aislamiento y de prisión) y también la constante incertidumbre de la muerte... El subconsciente es como una celda o madriguera de la cual surge muy a menudo el tormento a que fuera sometido, y de cómo se me ha querido destruir. Quizás esto produzca indiferencia o impasibilidad hacia otras cosas o personas que debieran ser importantes. ¿Influencia de la tortura?, yo diría resultados...”.

2. La vida interior del penal es un elemento de constante tensión, y se transforma en continuación de la tortura debido a:

- a) Las normas de gendarmería, habitualmente de alto contenido restrictivo y represivo, presentan variaciones constantes bien planificadas. Por ejemplo: facilidades y dificultades en los días de visita, allanamientos que pueden ser previstos y otros no, etc. A pesar de que los más antiguos manejan mejor esta situación, es un elemento que les provoca inseguridad por su carácter tanto inestable como imprevisible.
- b) El hacinamiento es una condición que ha sido variable en los distintos penales. En ocasiones ha sido muy marcado y molesto, provocando problemas de convivencia entre los mismos prisioneros.
- c) Durante su detención, los presos políticos constantemente son requeridos por los tribunales de justicia o las fiscalías militares para prestar declaraciones. Esto es otro elemento de tensión y preocupación, pues implica riesgos en su seguridad personal y proyecciones futuras.
- d) La pérdida de la libertad altera en forma global la vida del detenido: vinculación con los seres queridos, amigos, trabajo, grupos de relación política.

En lo familiar, su rol de jefe de hogar (en el caso del varón) es reemplazado progresivamente por la compañera, quien no sólo impone la disciplina en la casa, sino también se convierte en el proveedor no sólo del grupo familiar, sino también del antiguo proveedor, su compañero ahora preso. Si se prolonga esta situación, cuando el preso político recupera su libertad, es difícil que recupere su antiguo rol, lo que muchas veces genera problemas en su relación conyugal.

La vida de pareja se altera totalmente, ya que la prisión impide el desenvolvimiento normal de esa relación, que incluye no sólo los aspectos antes señalados, sino además la vida sexual, por ejemplo. Desde hace un tiempo se ha permitido la instalación de carpas en los patios de algunos penales con el objeto de permitir las relaciones sexuales de los presos políticos. A raíz de ello hemos detectado disfunciones sexuales tales como impotencia eréctil. Factores como el tiempo limitado, la presencia de otras carpas y otras personas en la visita, el hecho de que tanto él como la compañera deben estar dispuestos rápidamente, hacen perder lo espontáneo y natural de la relación sexual. Por otro lado, el varón se encuentra sobreansioso ya que quisiera ser un magnífico compañero sexual para ella porque la ama y porque él, desde la prisión, tiene pocas posibilidades de competir con algún posible rival.

En otras prisiones no existe este beneficio, por lo cual la pareja debe prescindir absolutamente de la vida íntima, aspecto tan importante para un desarrollo normal de ésta. Muchas veces la posibilidad de estar solos es interferida por la presencia de familiares y amigos.

La situación se torna dramática en los casos en que ambos miembros de la pareja están en prisión, ya que las visitas (en el caso de estar concedidas) son más distanciadas y, en los escasos momentos en que están juntos, tienen que elegir entre hablar de los problemas existentes, sean familiares, jurídicos, económicos, de la vida partidaria, etc., o disfrutar simplemente de la compañía mutua. En estos casos, los hijos se encuentran viviendo con otros parientes o amigos, muchas veces en distintos hogares y, al pasar el tiempo, cada uno puede ir tomando su propio rumbo. La comunicación entre todos se va dificultando y, de esta forma, poco a poco, se va produciendo la desintegración del núcleo familiar.

e) El colectivo de presos políticos, en el último tiempo ha sido afectado por las nuevas leyes que los separa en distintos tipos de presos: los de "conciencia" y los presos vinculados a "hechos de sangre". Esto trajo como consecuencia práctica que algunos saldrían en libertad y otros no, lo que ha provocado sentimientos encontrados. Por un lado está el deseo de libertad (a veces no expresado, pero sí anhelado) y, por otro, la solidaridad entre ellos. Estas leyes han tenido una evolución no bien definida, pero la expectativa persiste.

Pensamos que en el futuro próximo se van a dar dos tipos de situaciones:

- En los que queden reclusos se van a presentar sentimientos de frustración, hostilidad y depresión a raíz de las expectativas de libertad frustradas. Además, sensación de abandono y exclusión. Se creará en el colectivo un vacío y una disminución del espacio de interacción, lo que a su vez puede aumentar el potencial conflictivo de los grupos.
 - En los que salgan en libertad, pueden desarrollarse sentimientos de culpa por haberla obtenido producto de una amnistía, indulto o cualquier forma jurídica distinta a la que ellos esperaban. Se agrega a esto la sensación de culpabilidad por haber dejado a los otros compañeros en prisión (quiebre de la solidaridad). En la actualidad esto ya es una preocupación latente entre ellos y se expresa con cierta frecuencia.
- f) Otro problema que se presenta al preso político es su experiencia de vida al interior de la cárcel, que con todas sus características

negativas, va siendo asimilada progresivamente por éste, con alteración de sus costumbres. A la larga, mientras más se prolonga la reclusión, va variando su concepto de lo estable y, la libertad, a pesar de ser algo muy deseado y esperado, le provoca inseguridad en cuanto a lo que va a enfrentar afuera. Ejemplo de esto es el problema del trabajo, el desarrollo de la vida familiar en una situación distinta, el recuperar su rol original, su reinserción social, etc. También es motivo de preocupación para algunos (en particular los que han presentado querrelas por tortura y denunciado a sus verdugos) la posibilidad de la acción contra ellos de grupos paramilitares, una vez en libertad.

En conclusión, la salud mental del prisionero político está siendo constantemente agredida en este período de tránsito a la democracia, por las causas ya antes mencionadas y que sintetizamos a continuación:

- Daño por detención y tortura.
- Daño por reclusión.
- Daño por interrupción y alteración de la vida familiar y de pareja.
- Daño por la interrupción y alteración de la vida social y laboral.
- Daño por efecto indirecto a familiares.
- Daño por nuevas medidas aplicadas contra ellos (administrativas, judiciales, extrajudiciales).

- Daño por pérdida de expectativas personales, o confusión respecto a ellas.

- Daño al espíritu de solidaridad y de grupo que todo individuo posee, generado por ser categorizados en distintos tipos de presos.

- Daño a su autoestima por el no reconocimiento del rol político jugado en la lucha contra el régimen dictatorial, motivo por el cual se encuentran aún injustamente presos.

- Daño por falta de una respuesta clara, precisa a su legítimo derecho a libertad.

Todo esto los afecta, ocasionando los trastornos psicológicos antes mencionados. Sus consecuencias se expresan desde el punto de vista de la salud, fundamentalmente con manifestaciones psicossomáticas, tales como: síndromes ulcerosos, cefaleas tensionales, colon irritable, insomnio, trastornos sexuales, etc.

La mayoría de las alteraciones, por tener un carácter reactivo, podrían ser reversibles con un tratamiento adecuado, en un ambiente adecuado, diferente al del penal, como indica la experiencia terapéutica con ex-presos políticos. Es decir, su recuperación pasa por la libertad, como primera condición. A esto habría que agregar apoyo desde el punto de vista económico, familiar y profesional, efectivo, para una verdadera reinserción en la sociedad, apoyo que debería comenzar a implementarse antes de la salida de la prisión.

PRESOS POLITICOS: ASPECTOS PSICOLOGICOS, SOCIALES Y POLITICOS

*JORGE SEGUEL
Psiquiatra
CINTRAS*

En plena transición a la democracia, la libertad de los presos políticos se mantiene confusa, situación que contribuye a perpetuar la incertidumbre en la población penal respecto de su futuro.

Algunos sectores han validado dos categorías de presos políticos:

- 1) los presos de conciencia
- 2) los presos de violencia o por hechos de sangre.

De esta diferenciación se deducen dos tipos de conductas delictivas que se asocian a categorías éticas y jurídicas distintas, con el objeto de deslegitimar el uso de la violencia contra la tiranía.

La actitud reflejada en la situación descrita plantea toda una discusión en torno al problema de la violencia, su enjuiciamiento y el contexto histórico-social.

Podemos afirmar que la tortura precede a la cárcel. La mayoría de los presos políticos han ingresado a ella en la década de los ochenta, después que se ha producido un perfeccionamiento de las técnicas de la tortura.

La aplicación de la tortura obliga a los presos políticos a defenderse “escotomizando” la realidad, disociando cuerpo y psiquis, en algunos casos llegando a estados límites de desestructuración psíquica.

La privación psicosocial, el daño físico y el deterioro biológico provocado, disminuyen la capacidad de adaptación a la emergencia creada por la pérdida de la libertad.

El período inmediato a la reclusión provoca en el preso político dolor somático, compromiso residual de conciencia, angustia y depresión.

La situación actual que vive el detenido y su familia está provocando reagudización de los síntomas señalados, haciendo que sea más necesario aún el apoyo psicoterapéutico.

El prisionero político sufre un daño en la intersubjetividad y en la experiencia socializada, al ser objeto de tortura colectiva. Con esta forma de tortura se intenta transferir al sujeto la responsabilidad por la cuantía del sufrimiento de los demás.

El riesgo de delación favorece el futuro desarrollo de sentimientos de culpa. El dolor se colectiviza y se deben guardar en “secreto compartido” vivencias muy diversas, con gran carga afectiva. Este secreto compartido repercutirá posteriormente en el sujeto separándolo y aislándolo de los demás. Se desorganizan los lazos intersubjetivos y se debilita el proyecto vital del sujeto.

La situación de apremio físico y psíquico produce un estado de doble vínculo (optar entre delación-muerte, la familia-el partido, etc.).

Posteriormente, el sujeto se enfrenta al desafío de procesar su experiencia traumática inmerso en la realidad carcelaria. La vida carcelaria genera una situación de conflicto psíquico de carácter continuo; constituye un ambiente represivo que sumado a juicios injustos y vulneración del debido proceso, exacerba los niveles de tensión psíquica.

Hemos pesquisado entre los presos políticos crisis psicoemocionales que tienen un carácter cíclico; en general se resuelven espontáneamente. Reflejan un daño del estado de salud mental general del colectivo.

En el plano psicológico se producen en el recluso síntomas como evocación fóbica o angustiosa del trauma, elaboración fantasmática u onírica de las vivencias dolorosas; en ellas se revive todo el sufrimiento que ha permanecido oculto a la conciencia. Estos procesos son gatillados generalmente por estímulos irrelevantes.

Reacciones colectivas en el grupo encarcelado son: descontrol impulsivo, indiferencia, aislamiento y privatización del hecho histórico (el sujeto se pone apático frente al grupo), ideologización del conflicto psíquico (con sobrevaloración del quehacer político e intolerancia frente a la opinión discrepante).

Resulta difícil para el prisionero dar continuidad a la relación afectiva de familia y pareja. La cárcel norma estas relaciones y las altera

con los castigos, privaciones de visitas, allanamientos y hacinamientos. La familia termina, entonces, compartiendo esta situación tensa, amenazante e injusta.

La necesidad de resolver los problemas concretos y de socializar el conflicto, impulsa la formación de la Agrupación de Familiares de Presos Políticos. Esta cumple el rol de nexo con el mundo exterior y abre un nuevo espacio de lucha por la libertad. Su creación permite la existencia de un colectivo más extenso, formado por los prisioneros, sus familias y las organizaciones sociales que luchan por los derechos humanos.

El país asiste a una reagudización de la lucha por la libertad de todos los presos políticos sin exclusión. Este objetivo aparece naturalmente ligado a la aspiración de verdad y justicia por las violaciones de los derechos humanos.

La libertad selectiva otorgada por el gobierno a algunos presos políticos ha hecho renacer ocultos sentimientos de culpa e intenta romper vínculos creados en largos años de reclusión.

La prensa y las autoridades continúan estigmatizando al preso político, tratando de desperfilar su lucha con el fin de facilitar la negociación política de su liberación.

Aquellos que lucharon para recuperar la democracia en Chile son cuestionados por ella misma, es condicionada su libertad e incluso se ofrece un nuevo daño y castigo como es el exilio.

Nos preocupa que fuera de Chile se proyecte la imagen de que en el país ya no hay presos políticos. Todos estos hechos reflejan una realidad objetiva: aún falta mucho para lograr la plena democracia política, social y económica en el país.

BIBLIOGRAFIA

III Congreso de Psicólogos. Mesa redonda "La realidad psicosocial del preso político". CESAM. Nov. 1989. Santiago de Chile.

Revista Reflexión Nos. 104, julio 1989; 107, marzo 1990 y 110, diciembre 1990.

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PRESOS POLITICOS

ALEJANDRO GUAJARDO
Terapeuta Ocupacional. CINTRAS

I. INTRODUCCION

Nuestra exposición estará enfocada hacia el preso político que se encuentra en la cárcel y al que está fuera de ella. Conservamos ambos momentos en unidad para su análisis porque el daño producido por la pérdida de la libertad no se interrumpe cuando ésta se recupera.

Sabemos que la libertad es una condición importante de recuperación de este daño, pero a la vez obliga al sujeto a enfrentar una realidad exterior también represiva, que impone una atmósfera, una imagen, una estigmatización del preso político. Mientras está en libertad, persisten procesos pendientes que lo amenazan con el retorno al penal; o bien, hace uso de un indulto que implícitamente alude a un proceso judicial que de hecho reconoce la autoría del delito.

El preso político deja de ser tal cuando se reivindica su rol ante la sociedad y ésta asume su inserción social activamente.

¿Cómo entender la rehabilitación del preso político encarcelado?
¿Es posible plantearse tal objetivo en personas que aún se encuentran recluidas en centros carcelarios?

La respuesta parece obvia ante lo que se ha descrito en un sinnúmero de trabajos: “La reparación psicológica no será posible en condiciones carcelarias”. Se suma además a lo anterior el hecho ya clarificado de que “la vida del preso político en la cárcel constituye en sí misma una prolongación de la tortura”.

Con estas dos premisas básicas se hace difícil entender la labor de terapia ocupacional, reconociendo que ella centra su atención específica en el trabajo de talleres terapéuticos.

Pero esto no ha inhabilitado el que con otras formas terapéuticas también se colabore al proceso de reparación.

II. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL INTERIOR DE LAS CARCELES

Queremos hacer mención a algo que nos parece de suma importancia y que da validez al uso de la actividad humana como instrumento terapéutico. En el interior de los penales surgieron hace varios años talleres artesanales, motivados fundamentalmente en la necesidad de generar recursos económicos para el colectivo de presos políticos y para las familias más necesitadas de éstos.

Este hacer no estructurado terapéuticamente ni dirigido por especialistas, constituyó un elemento importante de apoyo y defensa psicológica del detenido. En este lugar y en los momentos de trabajo se dio una integración vital en un plano no tan ideológico ni político. Es en este instante cuando se aproximó más la persona concreta, con afectos y sentimientos, al otro. Ha sido un espacio de flujo interaccional que rompió la excesiva y rígida autoridad política que se daba al interior de los penales, la que gradualmente se fue complementando con otras actividades: deportes, cultura, etc. En los talleres se reforzó la cohesión y la identidad colectiva más allá de lo político, transformándose en un instrumento que contrarrestó el efecto desintegrador del encarcelamiento prolongado.

Pero estos talleres tuvieron otras dos facetas: una de ellas permitió al individuo rescatar parte de un rol productivo y proveedor de recursos (aunque limitados) para su propio colectivo y para su familia. La otra se refiere a que esta actividad productiva en algunas personas se transformó en un descubrimiento de habilidades y destrezas no conocidas, estimulando su imagen y confianza personal.

De igual forma, con el correr del proceso surgieron otras instancias que contribuyeron a contrarrestar el poder destructivo de la tortura y la cárcel, y a detener el proceso de desintegración.

La unidad grupal, los roles e identidades también se vieron reforzados con la realización de talleres de discusión, cursos formativos, talleres de preparación académica, etc.; actividades que lograron desarrollar diferentes áreas sanas, recuperar la totalidad de la persona e integrar a los presos políticos en espacios que han cumplido -sin quererlo- funciones terapéuticas.

La actividad, generada de modo consciente y reflexiva fue una parte del potencial humano utilizado por los propios presos, con fines

de estabilización psicoemocional. Ello se expresó en una actitud activa de transformación de su propia realidad.

Por otro lado, la dinámica político-social existente en el país en relación a la situación de los presos políticos, tiene un papel determinante en la gestación de sentimientos y estados de ánimo que dan cuenta de la incapacidad de los actores políticos para materializar su libertad. Uno de los sentimientos colectivos más significativos es la incertidumbre, cuyo impacto psicológico sobrepasa los mecanismos adaptativos y las estrategias psicosociales y terapéuticas que ayudaron a la supervivencia en las etapas previas.

La reacción del momento se caracteriza por un decaimiento, cierta apatía, desesperanza, debilitamiento de los proyectos futuros de vida y exacerbación de síntomas psicósomáticos.

En estas condiciones la terapia ocupacional ofrece un nuevo instrumento terapéutico, una experiencia de encuadre relativamente nuevo al interior de las cárceles: el trabajo de grupo. Esta actividad tiene dos formas: la relajación corporal y las dinámicas dirigidas a entender el significado de la posible libertad y la proyección concreta del preso político. La relajación se ha centrado en disminuir estados tensionales y ansiosos, pero estableciendo una relación entre la expresión sintomática y los procesos psíquicos más de fondo. Así, un número importante de personas derivan a terapias individuales al reconocer dicha relación. La relajación también pone en evidencia el cómo la vida diaria y la cotidianidad carcelaria son favorecedoras de los trastornos psicósomáticos.

Hemos centrado las dinámicas grupales desde la perspectiva de la terapia ocupacional en los proyectos de vida y en la inserción laboral. Se observa gran ambigüedad, expectativas sobredimensionadas y un esfuerzo por situarse - en el plano productivo - en lo que ellos llaman "ponerse a la altura de la compañera en lo que hizo en todos estos años". Es decir, hacer cualquier cosa sin importar intereses, costos, realidad, mercado, destrezas y habilidades laborales. Hay cierta dificultad para percibir que el proceso de adaptación social es arduo y lento.

Después de tres años de trabajo grupal los resultados nos parecen alentadores, ya que los participantes están desarrollando un ejercicio confrontacional que les muestra la realidad objetiva fuera de la cárcel y los sitúa en un plano de potencial ventaja respecto de aquellos presos políticos en libertad que no hicieron un proceso reflexivo

preparatorio. Algunos de estos últimos entraron rápidamente en crisis cuando enfrentaron las exigencias de la vida exterior.

III. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO AYUDA AL PROCESO DE REINSERCIÓN

Pero, ¿qué sucede en este recorrido cuando el preso político ya está en libertad?

La persona trae consigo toda una carga represiva que habitualmente ha sido encapsulada y reprimida. El preso político que queda libre no es el mismo de antes, enfrenta su libertad en condiciones de un período de transición democrática. Esto es importante, pues lo que se pensaba (como expectativas o fantasías) de su libertad como inicio para la reparación, tiene sus incongruencias. La salida de la cárcel ha sido espaciada, limitada, a “gotera”, ocasionando el paradójico deseo de estar fuera y los sentimientos de culpa por los compañeros que quedan aún detenidos. El sentimiento de disgregación, desvinculación y abandono respecto del que queda preso, es un componente más del daño psicológico.

La persona tiene una determinada expectativa de la inserción social, pero se confronta a una sociedad aún interferida por la estigmatización. No es una libertad incondicional y con reparación moral, sino un indulto por un delito cometido. Así, los componentes del daño acumulado en la cárcel se potencian con la vivencia actual.

Queremos señalar dos aspectos que nos parecen importantes en la inserción del preso político: la familia y el trabajo.

No se puede desconocer que con respecto a lo primero ha existido una merma en el desarrollo de habilidades y destrezas, una pérdida de autonomía y de roles, especialmente en el sistema familiar, pues este último, producto de la experiencia vivida, ha sufrido cambios significativos. Tal vez el más importante ha consistido en una independencia de funcionamiento, de generación de recursos y de supervivencia, autónoma respecto del preso político. Los roles ya no son los mismos, hay una familia autogestora de su propio proceso. Generalmente, la esposa del preso político ha construido su propio espacio y proyectos personales que pueden percibirse en algún momento como susceptibles de desmoronarse a causa de la libertad de su compañero.

¿Cómo integrarse sin descomponer el sistema familiar? Algunos ya han resuelto desarrollar roles sólo en la casa (por ejemplo: actividades artesanales o dueños de casa) mientras la esposa continúa en el actual proyecto. Otros sencillamente se separan.

La complementación es difícil, los miembros del sistema no logran encontrar estrategias flexibles que permitan el desarrollo de todos sin desconocer los espacios ya construidos y a lo cuales se puede integrar el preso político.

En relación a la inserción laboral, la estigmatización social persiste, siendo una de sus expresiones el certificado de antecedentes, que en vez de reivindicar moralmente al sujeto, lo destruye. Las lagunas laborales son de difícil explicación si no hay conciencia social de lo ocurrido. Destrezas laborales disminuidas y proyectos de trabajo confusos constituyen otros aspectos que impiden la reinserción del preso político en libertad.

Debemos agregar a lo anterior un funcionamiento excesivamente rígido y estructurado, autoexigencias desmedidas para el cumplimiento de tareas y pérdida de confianza en los logros.

En terapia ocupacional nos hemos planteado la inserción tomando un aspecto que nos parece central en la recuperación: la incorporación laboral.

Tenemos conciencia que lo hacemos con bastantes limitaciones, pues ésta debería ser una tarea no sólo de los organismos de derechos humanos, sino que una política del Gobierno y del Estado. Sin embargo, ello no impide desarrollar nuestra acción tendiente a facilitar el camino de la reparación.

Abordaremos lo laboral partiendo de dos ideas: el trabajo orienta y determina la actividad del hombre; y, la ausencia de actividad impide elaborar adecuadamente la experiencia traumática.

En los talleres de inserción laboral intentamos rescatar y desarrollar una adaptación a la cotidianidad nueva. Propiciamos, además, el recuperar la confianza en el grupo y en sí mismo; por ejemplo, la técnica del testimonio, facilitada por la actividad de talleres, ha sido un buen instrumento terapéutico.

Pero el aspecto fundamental está dado por el ejercicio práctico de un quehacer laboral, donde están presentes la experiencia, rendimiento, la calidad, etc. Por otro lado, allí se entrega capacitación básica

en algún oficio, que permita una inserción laboral lo más rápido posible.

Lo habitual es planificar y llevar a cabo proyectos desde un nivel básico de expectativas. Debemos enfrentar el hecho de que la sociedad chilena aún no se transforma en sus niveles más profundos, lo que da lugar a un mercado laboral relativamente exiguo y a condiciones desiguales e injustas en la estructura económica. Estos son impedimentos objetivos de la reinserción, que deben estar presentes durante la rehabilitación.

IV. CONCLUSION

Entendemos que la reconstrucción del proyecto del preso político debe abordar sus diferentes facetas: biológica, psicológica y social; es por ello que nuestra preocupación por la inserción en el trabajo es algo esencial. Nosotros lo asumimos desde un plano terapéutico, pero debe trascender a una política nacional que integre al preso político a la sociedad chilena. La generación de recursos económicos y la posibilidad de una vida material más estable, recuperará en parte al ser social y productivo que ha estado encarcelado.

Lo que hemos hecho estos años en terapia ocupacional, dentro de la cárcel y fuera de ella, ha sido complementar el conjunto de acciones terapéuticas que intentan superar el daño sufrido por el preso político. Debemos tener claro que todo lo que realizamos tiene una limitación: la ausencia de una política global que recoja todos los aspectos involucrados, que incluya la verdad y la justicia, que reivindique el verdadero rol jugado por lo presos políticos como constructores de la democracia en su lucha contra la dictadura, en suma, que considere su reparación plena: social, moral, material y económica.

Tal vez así se entienda como justo y legítimo que los propios presos políticos luchen por sus derechos humanos y su libertad; un ejemplo concreto de esta lucha es la toma de la Cárcel Pública de Santiago realizada en estos días.

**PANEL: EXILIO-RETORNO: ASPECTOS
MÉDICOS, PSICOLÓGICOS Y
SOCIALES. REPARACIÓN**

Reinserción psicosocial del retornado

Mónica Esterio

Proceso de reinserción del retornado

Yolanda Muñoz, Mónica Esterio, Eliana Morales

Situación de familia y pareja

Eliana Morales

Testimonio individual de un retornado

Yolanda Muñoz

Grupos terapéuticos de reencuentro

María Teresa Almarza

Exilio-retorno: aspectos médicos, psicológicos y
sociales en la familia y la infancia

Noemí Baeza

REINSERCIÓN PSICOSOCIAL DEL RETORNADO

MONICA ESTERIO
Asistente Social
CINTRAS

En 1973 el golpe militar produjo un repentino y brutal quiebre de la vida nacional, que afectó individual y colectivamente a los miembros de la sociedad. Gran parte de la población sufrió la ruptura de su proyecto vital con la consiguiente destrucción de sus redes sociales. Miles vivieron la represión: los asesinaron, encarcelaron, torturaron, exoneraron o expulsaron del país. La desarticulación social produjo nuevas formas de interacción que se fueron adecuando y estructurando de acuerdo a las circunstancias.

Al hablar de red social aludimos a “un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y un apoyo, tan reales como duraderos, a un individuo o una familia”.

Cuando decimos que se desarticulaban redes, nos referimos a la forma abrupta en que se destruyeron las relaciones sociales de una persona que estaba incorporada a una familia, un lugar de trabajo o estudio, tenía amigos, participaba quizás en un partido político.

Generalmente, después de la vivencia de un hecho represivo, se evidencia cierta fragilidad en la persona, lo que se traduce en dificultades para rehacer la red. Al respecto, unos lograron reinsertarse con mayor facilidad, porque tenían una base de apoyo más sólida, en otros casos, la dificultad se presentó por la no existencia de esta base o red social adecuada.

Un ejemplo claro de ruptura extrema de las redes sociales es el de los exiliados en los primeros años de la dictadura. Son personas a las que se les prohibió vivir en Chile, se les conmutó la pena de presidio por la de extrañamiento o que se asilaron en una embajada al sentirse

perseguidas por los servicios de seguridad. Repentinamente se encontraron en un país del cual desconocían usos y costumbres, idioma, idiosincracia; en esa situación era para ellos necesario adscribirse a una red social del país de acogida e ir creándose su propia red. Esto en muchos casos provocó conflictos internos. Debían decidirse, en primer lugar, a construirla efectivamente (para los chilenos era generalmente provisoria). Muchos se integraron con desgano al país de acogida y construyeron sólo la estrictamente necesaria para la sobrevivencia. Tuvieron poco contacto con los habitantes de esa sociedad y buscaron amigos (articulación de la red) sólo entre los exiliados, esperando regresar pronto a Chile. Otros, en cambio, decidieron que era bueno para sí integrarse al país de acogida, aprendieron el idioma, trabajaron y se incorporaron plenamente, tratando de aprovechar las oportunidades que se les ofrecían, creando su propia red social.

Pasaron los años y llegó el momento de decidir el retorno a Chile. Algunos, cuando dejaron de aparecer en las listas negras y fueron autorizados para ingresar al país, regresaron rápidamente, provocando nuevamente en forma abrupta, esta vez voluntaria, el rompimiento de la red social creada.

Al llegar a Chile, inconscientemente buscaron rescatar la red rota muchos años antes. Se les presentaron dificultades en la reinserción psicosocial, pues debían construir o reconstruir una nueva red, porque la anterior ya no existía. Esto provocó otra situación de fragilidad que dificultó la restitución de un proyecto vital.

Los retornados encontraron condiciones sociopolíticas distintas, dependiendo de la época en que regresaron. En dictadura tenían que luchar contra el estigma del haber sido exiliados, sufrían hostigamiento de parte de los servicios de seguridad, no podían reinsertarse laboralmente y habían perdido muchos de sus derechos.

En los dos últimos años de la dictadura, después del plebiscito del 88, las condiciones comenzaron a cambiar: hubo una mayor apertura en el país, ser retornado ya no era tan estigmatizante, resultaba un poco menos complejo construir una red social. Pero las dificultades persisten, pues la reconstrucción de la red queda en un segundo plano ante la imposibilidad de contar a la brevedad con recursos económicos y un trabajo digno. Estas necesidades son tan apremiantes que el retornado las prioriza por sobre la construcción de la red. Pareciera que el trabajo, la subsistencia y la necesidad de

vivienda son lo fundamental para él. Nosotros estimamos que en la medida que se construya paralelamente una red de apoyo, será más fácil cubrir estas necesidades.

Desde que se inició el gobierno de transición a la democracia, las características y las condiciones del retorno han cambiado en lo subjetivo. Hay una aparente mayor tranquilidad y alguna preocupación del Gobierno de la Concertación por la reparación del daño causado a las víctimas. La creación de la Oficina Nacional de Retorno es una medida política que constituye el reconocimiento de un tipo de violación a los derechos humanos: el derecho a vivir en la patria. Esto ha posibilitado la discusión en el Parlamento de algunas leyes específicas destinadas, por ejemplo, al reconocimiento de títulos obtenidos en el extranjero. Pero los avances reales han sido escasos, debido a la capacidad de la derecha de impedir la promulgación de cualquier ley que no sea de su agrado.

Los organismos no gubernamentales (ONG) que apoyaron el proceso de exilio-retorno en dictadura, hoy no cuentan con los recursos de que disponían antes, pues los gobiernos y agencias que los financiaban determinaron entregar los aportes directamente al gobierno o condicionar su apoyo al reconocimiento estatal de la ONG. Esto significa que muchas ONG que contribuían a la reinserción psicosocial de los retornados, hoy no pueden hacerlo por no contar con los medios necesarios para ello.

A nivel estatal tampoco están dadas todas las condiciones para una eficaz reinserción, pues la permanencia en el aparato estatal de personas adictas al régimen anterior dificulta la implementación de un apoyo efectivo, y la demora en la dictación de leyes retrasa la restitución de los derechos perdidos.

Con el tiempo y a pesar de las dificultades, el retornado logra estructurar una red social, generalmente menor que la que tenía antes de partir al exilio. Va adquiriendo mayor confianza, se “mueve” con más facilidad en el medio. Comienza a participar en alguna organización de base social o se reincorpora a su partido político. Esto posibilita la formación de nuevas redes y poco a poco va reinsertándose en los planos social, político, familiar y laboral.

La posibilidad de retornar hoy a Chile significa el reconocimiento del exilio como una medida injusta. Sin embargo, en la práctica lo único que se ha facilitado es el ingreso al país, en tanto que todas las demás

dificultades persisten. Muchos se reincorporaron a nuestra sociedad, pero ¿cuántos de ellos logran realmente reinsertarse?

Cuando hablamos de reinserción, nos referimos a la posibilidad de una persona de desenvolverse en los planos social, laboral, político y familiar sin mayores impedimentos. En el retorno, la reinserción es siempre dificultosa: es necesario reconstruir las redes sociales de apoyo, reencontrarse con el país y con su gente, entender el por qué y la profundidad de los cambios ocurridos en los distintos planos, buscar compartir las experiencias vividas en los años de dictadura por los que se quedaron y los que se fueron. En síntesis, reinsertarse es volver a formar parte, volver a integrarse y sentirse integrado a la sociedad chilena, volver a pertenecer a ella.

Para que la reinserción sea lo más adecuada posible, pensamos que es necesario poner énfasis en el nivel preventivo. En primer lugar, el exiliado debe procurar prepararse psicológicamente para el regreso. Además, es conveniente que posea recursos de subsistencia para el primer tiempo de estadía, que le faciliten la autonomía respecto de sus familiares si está, por ejemplo, en calidad de *allegado*.

Una vez en el país, el retornado debe tener claras las reales posibilidades de reinserción: cuáles son los apoyos que efectivamente puede recibir, cómo ir construyendo su nueva red. Al no tener claridad en estos aspectos, corre el riesgo de una reinserción difícil y dolorosa, en la que podría pasar a un segundo nivel en la atención psicoterapéutica con características ya curativas.

Es cierto que muchos de los que permanecieron en Chile enfrentan los mismos problemas de cesantía, falta de vivienda y discriminación, pero hay una diferencia: los que se quedaron fueron construyendo y reconstruyendo redes sociales de acuerdo a las circunstancias, saben dónde y a quién hay que dirigirse, en qué forma, cómo y para qué. En cambio, los retornados tienen la experiencia del exilio, pero desconocen cómo hacer la construcción de estas redes en Chile, tienen una “laguna” que deben cubrir rápidamente. Esta falencia los hace más frágiles en el momento de sortear las dificultades del proceso de reinserción.

La reinserción será más fácil cuando efectivamente la sociedad haya asumido la necesidad y el compromiso de dar cabida a los compatriotas que fueron obligados a dejar el país; cuando a nivel estatal haya posibilidades reales de dar solución en diferentes niveles a los

problemas que deben enfrentar, como el continuar con los tratamientos médicos, el reconocimiento de los estudios y que los niños no sean obligados a rebajar en uno o dos años su escolaridad, el tener la misma posibilidad para optar a un trabajo y no ser discriminados por haber sido exiliados políticos.

Las dificultades reales que se presentan empujan a muchos retornados a buscar ayuda en los organismos solidarios que en el período dictatorial constituyeron una red de apoyo alternativa para la reinserción. Esta red debería ser asumida y reforzada en el gobierno de transición a la democracia. No basta con una Oficina Nacional de Retorno, que en realidad brinda sólo la acogida. Hay que buscar la forma adecuada para que este trabajo se extienda a otros sectores de la sociedad. Los organismos solidarios sólo pueden cubrir una ínfima parte de las necesidades de este numeroso grupo de chilenos que regresa.

Algunos retornados requieren de apoyo psicológico individual, porque su problemática está referida a la forma en que él como persona enfrenta la reinserción.

En términos familiares, el retorno provoca conflictos, agudizados por la falta de trabajo y de vivienda. Muchas familias que lograron sobrevivir el exilio se desintegran al retornar.

En términos grupales, el escaso apoyo de las redes, insuficientes y poco adecuadas, no permite la participación social de los individuos y éstos terminan agrupándose en “retornados de tal o cual país”, reconstruyendo los grupos de pertenencia que tenían en el exilio.

Creemos que el trabajo con retorno, desde el punto de vista de la salud mental, va más allá del apoyo psicológico y social que entregamos. Es imprescindible contar con trabajo, vivienda y educación para que se logre un buen equilibrio psicológico.

La problemática del retorno sin duda disminuirá, cuando la sociedad en su conjunto aporte a su solución.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ross V. Speck, *La intervención de red social: las terapias de red, teoría y desarrollo. En: La Terapia de Red.*

PROCESO DE REINserción DEL RETORNADO

YOLANDA MUÑOZ, *Psiquiatra*
MONICA ESTERIO, *Asistente Social*
ELIANA MORALES, *Terapeuta Familiar*
CINTRAS

El fenómeno exilio-retorno, como forma de represión política, ha constituido un impacto social masivo, con el consiguiente daño psicosocial, tanto en los que se quedaron como en los que salieron del país.

El retorno, en tanto fenómeno social, configura un problema colectivo de América Latina y afecta no sólo al sujeto individual, sino al grupo familiar o de pertenencia. El proceso de retorno al país de origen se transforma en otra experiencia traumática, ya que ni el país de encuentro es el mismo, ni los retornados son ya los que salieron al exilio. Paradojalmente, se constituye en otro estado vital semejante a un segundo “exilio”, en el propio país. Así, se han conformado dos grupos: *los que se fueron* y *los que se quedaron*. Ambos tienen una imagen totalmente distorsionada uno del otro. Ninguno de los dos sabe cuán víctimas han sido de la manipulación social de la dictadura.

El retornado inicialmente no se plantea la duda si será bien acogido; pero el impacto con la realidad ambivalente lo hace sentirse incomprendido; sufre, se distancia y aísla. La situación del encuentro es el núcleo del origen y desarrollo emocional del proceso de inserción. En unos, éste puede transformarse en un choque doloroso y destructivo, y en otros, factores ligados a la existencia de la red social pueden constituirse en elementos de un exitoso proceso de reinserción.

El retorno durante la dictadura fue diferente al actual. El retornado de entonces sentía miedo, trataba de pasar inadvertido; vivía una especie de clandestinidad afectiva y verbal (p.ej.: no quedar en evidencia por el acento del lenguaje del país de acogida). Vivir el proceso de reinserción en esas condiciones era muy difícil. Al ocultar la condición de retornado, el aislamiento era mayor, el acercamiento al medio ambiente tenía una connotación de desconfianza y peligro. Así, su afán de reinserción quedaba estrechado a los límites de sí mismo.

Actualmente, con el derecho restablecido a vivir en el propio país, aumenta el regreso. Las dificultades derivan no ya del miedo a la dictadura, sino de la interacción entre el retornado como persona y los que no abandonaron el país. Obviamente, de esta interacción, especialmente en el plano afectivo, será el resultado del proceso de reinsertación.

Este proceso se produce en el tiempo y evoluciona para culminar con la inserción, a veces satisfactoria y armoniosa o - con gran frecuencia - insatisfactoria o defectuosa. Tendrá variaciones determinadas por múltiples factores, como la edad, características personales, el país de donde viene, años de exilio, condiciones en que es recibido, ubicación laboral, medio socio-cultural, etc.

A través de la experiencia con un importante número de retornados, es posible establecer tres etapas en el proceso psicológico de la reinsertación:

1ª etapa: La luna de miel del retorno y nostalgia de lo dejado.

En esta etapa hay una especie de fascinación del encuentro, entre quien llega y quien recibe. Las experiencias de esquema de vida están influenciadas por el país de donde viene. Aun cuando el exilio es muy doloroso, el retornado ha dejado vínculos afectivos importantes y algún bienestar material que le permitió sobrevivir con dignidad y decoro. Se construyó un pequeño mundo, pero con un carácter transitorio, por el permanente deseo de volver a Chile.

El otro factor que influye es el recibimiento que le hace la familia, que en general es muy bueno. Vive una especie de vorágine de encuentros, con rostros antiguos y nuevos que no reconoce bien, con sus pequeñas cosas materiales, la geografía urbana, el entorno ecológico. Afectivamente está lleno de sentimientos encontrados: alegría, tristeza, perplejidad, cariño y sobre todo nostalgia por lo que tenía y no vuelve a encontrar, como los amigos; junto a esta nostalgia de no encontrar lo que dejó, surge otra nostalgia, la de lo dejado en el país de acogida. Benedetti denominó a este fenómeno “desexilio”.

Así transcurren más o menos 1 a 3 meses, en que se siente bien a pesar de todo; lo ayudan, sienten que lo quieren. No logra estabilizarse, necesita absorberlo todo, rescatar el tiempo ausente, hacer un continuo entre el pasado y el presente, pero no lo logra.

2ª etapa: Reconocimiento de su nueva realidad, la desilusión.

Pasados algunos meses, el 90% o más sigue cesante y vive de allegado, experiencia siempre difícil y penosa.

El retornado se siente solo y desorientado. Todos le dicen lo que debe hacer, le dan consejos y él no sabe cómo hacerlo, apenas si sabe moverse en la ciudad. Encuentra a la gente diferente, no le gusta como es, la ve egoísta, individualista, consumista; lo hacen sentir que no ha sufrido como los que se quedaron en el país, transformándose el encuentro con los otros en una competencia por la cantidad de dolor sufrido. La base de esta interacción la constituye la distorsión sistemática y la manipulación de la información sobre el exilio por la dictadura.

Busca perspectivas laborales, comienza a deambular por las organizaciones solidarias, se siente tramitado frente a las dificultades para satisfacer la urgencia de sus necesidades.

Es en esta etapa cuando con más frecuencia aparece la sintomatología física y psíquica con predominio de la ansiedad y depresión.

3ª etapa: Reinserción defectuosa o disfuncional.

Con mayor o menor dificultad, en el transcurso del tiempo el retornado logra una infraestructura que le permite vivir con cierta independencia. Su situación la relaciona únicamente con la condición del retorno; le cuesta comprender que la gran mayoría de los chilenos vive igual que él. La razón es la misma para todos: la dictadura.

En el plano afectivo se refuerza su sensación de ser rechazado socialmente; esta vivencia subjetiva, de algún modo es reforzada por la realidad objetiva.

Rechaza el medio en que vive, en el que ha dado una gran batalla con sus pares para sobrevivir. Se ha tornado solitario, agresivo, su autoestima está dañada. Ya le interesa poco insertarse en la sociedad que está conociendo, no la entiende.

Construye su propio mundo con retornados, con gente que ha vivido lo mismo que él; siente que son los únicos que pueden comprender sus sufrimientos del exilio y el retorno. Eso los une, se conforma así un grupo homoestático que refuerza la rigidez y sus límites.

Lo embarga un gran sentimiento de soledad, que asume penosamente. Sufre su *segunda catástrofe*. Moffat llama a esta vivencia estar “encerrado afuera”. Ha perdido la libertad y el desplazamiento, su habitat se reduce drásticamente, se degrada la variedad de su sistema de mundo.

A pesar del peso que tiene lo anteriormente señalado, consideramos que los retornados pueden ayudar a destruir las imágenes distorsionadas (“exilio dorado” - “los que no escaparon”) siempre que ellos lleguen a tener claridad de las realidades vividas por todos.

Este conocimiento de la realidad del desencuentro y la capacidad del retornado para superarlo en conjunto con los que se quedaron, es el primer objetivo de nuestro quehacer y para eso es necesario focalizar la acción en la primera etapa, procesando de lo individual a lo colectivo.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN EL RETORNADO

YOLANDA MUÑOZ
Psiquiatra
CINTRAS

Ya en este mismo lugar en septiembre del año pasado el Dr. Mario Vidal presentó su trabajo “Daño psicológico y represión política; un modelo de atención integral” y explicó lo que se hace en CINTRAS.

¿Cuáles son las tareas del proceso de exilio-retorno mirado desde la salud mental?

Podemos señalarlas desde los niveles en que podrían elaborarse, por ejemplo: preventivo (primario, secundario o terciario); o desde los focos de atención (individual, familiar, social), etc. En cualquier nivel estaremos haciendo acciones que en un sentido amplio podemos señalar como “psicoterapéuticas” o “acciones de salud mental”.

Nos centraremos en el concepto de psicoterapia, que dice relación con el proceso de elaboración personal, de toma de conciencia intrapsíquica basada en la relación profesional. El terapeuta usa la interacción como modelo relacional, es un acompañante en el camino de la reparación.

Las técnicas que utiliza podrán variar según el modelo teórico que sustente; pero el utilizado en CINTRAS es multifocal, flexible, no ortodoxo.

Dijimos que la reinserción no es una enfermedad, sino un proceso que puede llegar a ser defectuoso o disfuncional y solamente entonces pensamos en una aproximación psicoterapéutica en sus diversas formas.

Si seguimos las tres etapas que establecimos antes en el proceso de reinserción, vemos que a los retornados de la primera etapa

no los podemos considerar “enfermos”; sin embargo, dada la complejidad de la inserción, podemos ofrecer un plan de salud mental preventivo, justamente para que no lleguen a psiquiatrizarse.

Muchas de las personas recién llegadas que consultan no saben por qué los envían a CINTRAS; aceptan gustosas la ayuda que se les ofrece, porque la condición de un retornado crea un estado emocional peculiar: es frágil y vulnerable y las condiciones de vida son difíciles. Es como entrar a un mundo que es y no es el suyo, conocido y desconocido a la vez. De la misma manera que él es y no es el mismo que su familia y amigos conocieran años atrás.

Ilustraremos con el caso de una retornada que no llevaba más de un mes en el país cuando nos consultó:

María: Mujer de 50 años, 15 años de exilio en Argentina, sale de Chile con 2 hijos menores. Hasta 1973 ella vive con estabilidad laboral y económica, trabaja con un cargo de planta en su oficio en la Universidad de Chile. Tiene participación política activa en su centro de trabajo de donde es exonerada en 1973.

Sufre de un seguimiento cada vez más intenso, por lo que sale del país. No sin dificultad logra estabilizarse laboral y económicamente en el país de acogida. Ella y sus dos hijos pasan todas las vicisitudes del exilio. Cuando éstos crecen, uno de ellos regresa solo a Chile; el otro vuelve casado.

Al salir el decreto de fin del exilio, aún en dictadura, María regresa a Chile, “sin pensarlo mucho”. La acoge su hijo soltero en un pequeño departamentito desprovisto de muebles. Una antigua amiga le presta dos colchones y duermen en el suelo; se consiguen de igual forma una mesa y dos sillas.

Su hijo tiene trabajos esporádicos, lo que significa una gran inestabilidad económica. María dice: “Sabía que venía a esto, pero aún así me cuesta tolerarlo. Pero no es lo que más me inquieta, lo peor es el miedo que siento, la inseguridad cuando salgo a la calle; en la casa es donde me siento más segura, y por eso salgo sólo a lo más necesario. En la tarde me pongo intranquila, angustiada y me cuesta dormirme”. “Cuando salgo y camino más o menos dos cuadras, me viene el miedo y la angustia, pienso que me puedo desmayar y me angustio más. Pienso que si me desmayo, nadie me conoce y yo ya casi no conozco a nadie”. “Lo que más deseo y necesito es encontrar trabajo”.

¿Qué hicimos con María?

- Lo primero fue crear un ambiente de confianza basado en la afinidad o compromiso político entre ella y el terapeuta, más aún coincidiendo que éste era también retornado, lo que facilitó la comunicación.

- Le explicamos que no la considerábamos enferma, sino una persona que vive una situación límite prolongada, refiriéndonos así al exilio y retorno. Hace catarsis del exilio-retorno.

Cualquier persona sometida a un stress prolongado tiene reacciones de miedo, ansiedad, depresión, disfunciones somáticas menores, que pasarán en la medida que vaya solucionando su ajuste material y emocional.

- Le duele y se queja de incomprensión de “los que se quedaron”. Se le pide comprenderlos y también comprenderse ella misma, en base a la distorsión de imágenes de “los que se fueron” y de “los que se quedaron”, tan manipuladas por la dictadura.

- Frente al sentimiento de soledad se le invita a establecer y aceptar los contactos sociales incluso con antiguos amigos o familiares que apoyaron o ignoraron la dictadura.

- Se le pide que observe, que mire, que conozca, que perciba y ojalá se percate de sus juicios críticos, porque seguramente ella no comprende a “los que se quedaron”.

- El aislamiento le impedirá conocer el campo laboral, y debe conocerlo para orientar su búsqueda.

- Frente a sus angustias y miedo a desmayarse, se le pide no luchar por evitar tener angustia o miedo; que acepte o se deje atravesar por sus emociones, pero con actitud desafiante, que no la paralicen: “Hago lo que tengo que hacer con o sin angustia o miedo”.

- Al mismo tiempo recibe ayuda económica de las organizaciones solidarias y puede adquirir los muebles más necesarios.

- Progresivamente va haciendo vida de relaciones más intensa, sale con más soltura y activamente busca trabajo.

- Casi espontáneamente se da de alta, dice “ya sé cómo actuar y cómo llevar mi vida con antiguos y nuevos amigos”.

COMENTARIO

Creemos que María vivía realmente una situación límite y no una crisis. Sus reacciones emocionales no llegaron al límite del síntoma. No se usaron medicamentos ansiolíticos ni hipnóticos.

Pensamos que si bien se discutieron algunos conceptos como "distorsión de imágenes" y otros, lo fundamental fue la relación con su terapeuta, involucrado políticamente, y el no calificarla de enferma.

Se deduce así que la acción psicoterapéutica debe ser multifacética. La psicoterapia en sí apuntará a la zona o nivel que se presenta más dañado. Tiene que ser muy flexible. No es posible usar un esquema rígido, sino más bien se debe recurrir a los muchos elementos de cualquier técnica útil para cada caso.

La experiencia nos ha demostrado que las terapias breves y la terapia de crisis son las que mayores resultados han dado.

En conclusión, la psicoterapia del retorno escapa a los esquemas clásicos con los que hemos trabajado habitualmente; por ello "hemos hecho camino al andar". Tal vez, porque en el país nunca antes nos habíamos abocado a la represión política, y entre sus formas la más masiva es el exilio-retorno.

En cada consultante no podemos dejar de considerar algunos aspectos:

1. El individuo:

- La edad. No es lo mismo salir o volver niño, adolescente o adulto.
- Características de su exilio. No es lo mismo vivir 5, 10 ó 15 años de exilio; no es lo mismo vivir en un país socialista o capitalista, de Europa o de América Latina; no es lo mismo salir o volver solo o casado, etc.
- Cómo y por qué vive así la experiencia del retorno. Durante el proceso terapéutico se intenta llegar a niveles comprensivo-dinámicos conectando sus respuestas actuales con el resto de su biografía y su anterior estilo defensivo. En el retornado la biografía no es un continuo. Esta es atravesada por el evento traumático que desvía su dirección vital, por lo menos en dos momentos: cuando sale al exilio y cuando retorna.

Como ya se dijo, la ruptura y reconstrucción de la red social, el rescate de su identidad, son momentos que siempre serán conflictivos

y a veces dramáticos. Siendo estos aspectos los centrales de la reinserción, son prácticamente sobrepasados por la situación económico-laboral, constituyéndose un círculo vicioso que es necesario romper. Al carecer de una red social se aísla, y un ser solitario que busca trabajo está destinado al fracaso.

2. Características personales: estructura de personalidad, patología de base si la hay, grado de vulnerabilidad, etc.

Así como se hacen evidentes o se acentúan rasgos de carácter que se transforman en conflictivos, de la misma manera se apoyan características positivas. Llegar a un equilibrio armónico, seguramente a un nuevo equilibrio y no al que tenía antes, es uno de los objetivos de la psicoterapia.

3. Red Social: ¿Cómo se estructura su red social?

- Nivel individual: incorporación en las medidas preventivas de salud mental para disminuir su fragilidad.
- Nivel familiar: conocer su historia familiar antes, durante y después del exilio; su situación familiar al retorno, si vive solo, casado, separado, etc.
- Nivel social: explorar círculo de amigos, familiares cercanos y lejanos.
- Nivel laboral: considerar posibilidades de insertarse en su oficio o en lo suyo.
- Nivel político: posibilidad de reinserción en su antiguo proyecto político. En este nivel tenemos la impresión que el desenlace de este proceso “psicoterapéutico” culmina con el reintegro a su antiguo proyecto socio-político, no en términos partidistas sino como compromiso activo frente a la justicia social, los derechos humanos, etc. Es como que ha quemado todas las etapas de reinserción, las elabora. Llega a una armonía consigo mismo y su entorno, en paz con su conciencia y su alma, que le permite retomar su proyecto político y adaptarse a las nuevas exigencias que su proyecto le pide. En estas condiciones, el reinicio de su actividad política puede favorecer el equilibrio de su salud mental.

Pero, nos ha llamado la atención que cuando este fenómeno se produce precozmente (recién llegado), antes de elaborar las etapas propias del proceso de reinserción, pareciera una respuesta defensiva

(negación) frente a las dificultades que no supera. La necesidad de contacto y pertenencia es tan fuerte frente a la nueva realidad, que coge o pretende coger tan solo de una mirada que lo lleva a precipitarse en el proyecto político; a actuar "individualmente", con la consiguiente frustración y decepción. Queremos decir con esto que intercepta y reacciona en forma incongruente respecto a las conductas que sus compañeros emiten por protección y vivencia real de la situación represiva en el país.

SITUACION DE FAMILIA Y PAREJA

ELIANA MORALES
Terapeuta Familiar
CINTRAS

I. TESTIMONIO DE RETORNO

Diego llega a consultar a CINTRAS porque se siente muy mal, ansioso y deprimido. Es un hombre de 47 años que se ve en muy mal estado físico, acusa pérdida importante de peso, según él más por falta de apetito que por carecer de comida.

Sus problemas económicos son importantes; trabaja muy ocasionalmente en construcción. No logra adaptarse a esta nueva forma de vida, encuentra raro el país y a su gente. Regresa del exilio a fines de 1989 junto a su esposa y 4 hijos, todos nacidos en el exilio.

Se siente muy deprimido, sin ánimo, con pensamientos tristes y tendencia al llanto. Duerme muy poco. Sus problemas se han agravado con el inicio de un conflicto conyugal. Siente que ha perdido a su pareja, ella se manifiesta fría, dura y autoafirmativa: "Quiero libertad".

Se concluye: *Síndrome depresivo-ansioso*.

Se inicia tratamiento. A los tres meses reverbera sintomatología y llega desesperado por grave crisis conyugal, han llegado a golpearse, la mujer no quiere nada, ha separado pieza.

A continuación se explicita el contenido testimonial de ambos a medida que avanza la terapia de pareja:

Ella: Nos conocimos alrededor del 70. A mí me gustó de él su forma de ser líder, su forma de hablar y como influía en la gente; era fuerte. Yo trabajaba como auxiliar de enfermería en el Servicio Nacional de Salud. Los dos éramos activos participantes de un partido político y ahí lo vi como hablaba y me fascinaba, lo admiraba. El 73 los dos fuimos detenidos en distintas partes; a los pocos días me liberaron y él siguió preso por bastante tiempo.

El: Nosotros empezamos a pololear a poco tiempo de conocernos en el partido y pensábamos casarnos en algún momento. Cuando nos

tomaron presos y ella quedó libre me iba a ver a la cárcel; eso nos unió más todavía. Cuando la vi en el partido me gustó, porque era bonita, bajita, delgadita, trabajadora, responsable; siempre he dicho que ella es inteligente, ahora me dice que yo la he tratado como una tonta, a lo mejor alguna vez lo hice, pero no es así (relato de una interacción terapéutica).

Cuando caímos presos en el Estadio Nacional, no sabíamos que estábamos los dos allí. Salimos, pero a mí me volvieron a detener; estuve desaparecido un tiempo y sufrí las torturas más terribles, por suerte que a ella no la torturaron; me golpeaban, al punto de quebrarme el coxis, perdí la dentadura en la tortura; simulacro de fusilamiento, lanzarme al Mapocho. A mi familia la seguían. Cuando salí en libertad nos fuimos a la Argentina y eso nos hizo casarnos.

Ella: Nos fuimos al exilio y nos fue bien. A él no le costó ubicarse en lo laboral, la pega fue en construcción; yo dejé de trabajar para cuidar a los niños que fueron naciendo. Me acuerdo que en ese tiempo andábamos más o menos bien, él se dedicaba por entero al trabajo, yo lo atendía en la casa; me molestaba que se mostrara autoritario y castigador, más conmigo que con los niños. No era que me golpeará, sino que era esa cosa como que quedaba sola, mientras él sí tenía amigos y llegaba a la casa controlándome todo; a pesar de todo vivíamos en relativa armonía.

El: Pero a veces salíamos a pescar con los niños.

Ella: Eso es verdad, pero sentía que no estábamos tan juntos y yo no tenía otra satisfacción que no fuera llevar bien la casa. Me faltaba el trabajo político y mi trabajo que me daba cierta independencia. Eso lo perdí en el exilio.

El: Sí, lo reconozco; pero nuestra relación a pesar de todo no era penosa, no teníamos conflictos. Cuando se levanta el exilio decidimos volver.

Ella: Veníamos contentos: si nos había ido bien allá, cómo no nos iba a ir bien aquí, en nuestro país; los niños eran argentinos, nacieron allá los cuatro. Pero la realidad con que nos encontramos era muy diferente a lo imaginado.

Tuvimos que allegarnos a casa de una tía y empezaron los problemas.

El: Mi búsqueda de trabajo, que yo pensaba que no me iba a costar, fracasó; no pude ejercer acá, porque no soy arquitecto. Allá yo

hacía de todo, refacciones de interiores de casas. Tampoco pudimos al comienzo poner a los niños en el colegio por ser nacidos en Argentina y tuvimos que hacer cientos de trámites para eso.

Ella: Y ahí Diego comenzó a decaer, ya no era el hombre fuerte que yo admiraba; se puso quejumbroso, lo que me daba rabia, porque se puso más controlador y dominante y yo ya estaba trabajando en un pequeño café y trataba de hacerlo lo mejor posible. Yo me sentía mal que estuviese él tan derrotado, pero me seguía dando rabia, me puse contestadora, agresiva y él me ofendía, siempre tratándome de tonta, cuando yo le demostraba lo contrario. Me di cuenta que yo era capaz de hacer cosas sola, me rebelé.

El: Fue terrible para mí, entré en una depresión, no veía salida. Me di cuenta que la estaba perdiendo también a ella y los niños eran testigos de mi derrota y de la violencia entre nosotros. En verdad, mi frustración era grande, mi trabajo sin poder realizarlo, todo era negativo, mi trabajo político tampoco lo hacía, todo lo que imaginábamos al venirnos no era así.

Niños: Los papás siempre pelearon allá y acá ya es peor, sin remedio. Allá es verdad que a veces el papá nos sacaba a pasear a todos, echamos de menos ese tiempo y el país. Pareciera que ahora nos toca a nosotros el exilio, no conocíamos Chile, pero ya nos adaptaremos, nos va bien en el colegio. Pero lo terrible es ahora, se han llegado a golpear y la mamá se quiere separar, se fue a dormir con nosotros y le encontramos razón. Claro que ahora el papá es otro, no el de Argentina, está entregado.

Ella: El ha cambiado y es lo que más impotencia me da, me vigila, controla, está desconfiado, me ha humillado; yo ya aprendí la lección, intenté de todo. El cree que ahora tengo que olvidar todo porque está reconociendo y se está humillando. No lo soporto. Todo se acabó. Me resisto siquiera a pensarlo por los niños. ¡Cómo pudo pasar esto!, yo lo amaba, ahora sólo siento rabia, profunda pena, sé que puedo valerme, también me doy cuenta que para él será difícil, ha perdido todo. El hombre que yo quise está muerto, ¡qué pena siento!

II. ANALISIS Y ENFRENTAMIENTO TERAPEUTICO

Nos encontramos con Diego y Rosario en el momento en que la relación se quiebra; se percibe aniquilamiento mutuo, se encuentran en una espiral simétrica y agresiva.

Rosario se resiste a concurrir, la llamamos telefónicamente; se escucha una voz con marcado acento extranjero (argentino - centroamericano) autoafirmativo; sin embargo, hay algo en la entonación y en la latencia que hace que podamos señalarle la importancia del encuentro terapéutico, tomando sus mismas palabras “estamos demasiado mal”, “ya no se puede”.

En la entrevista de pareja definen el problema: cómo Diego es rechazado, pese a su continua y persistente expresión de asumir “culpas” tales como su antiguo autoritarismo, su descalificación respecto a la “ignorancia” de Rosario, las agresiones que le propinó debido a la actitud rebelde, autosuficiente y desenvuelta que ella tenía en lo social. Rosario no se considera ya pareja. Hay ausencia de vida sexual. Separados de hecho, hay actitudes mutuas agresivas. Diego muestra una profunda baja de su autoestima, se humilla, simultáneamente inicia una actitud desconfiada y agudiza la necesidad de control, lo que perturba a Rosario y le hace incrementar su actitud fría y distante.

Para interpretar el proceso de deterioro de la pareja, tenemos que trasladarnos al contexto histórico social e interno de esta familia.

Al inicio de la relación se definen como pareja y compañeros de trabajo político. La interacción se caracteriza por la valoración y “admiración” de ella hacia su compañero. Diego en su ámbito político tiene un alto status y como dirigente social buena capacidad de comunicación verbal. En esta estructura previa de pareja, Rosario tiene una posición complementaria e igualitaria, tanto en su rol y praxis política, como gratificación en su función laboral. No se han explicitado como proyecto de pareja trascendiendo en el tiempo. Pero lo ocurrido en el país necesariamente golpea los distintos niveles individuales y familiares; sufren ambos la detención y tortura. Esto los acerca más, resuelven casarse en momentos en que tienen que asumir el exilio. Se nos asemeja esta unión a los matrimonios de guerra; no queman las etapas del ciclo vital de pareja (simbiosis, unión, individuación, relación dialógica), están impulsados a esta decisión por la represión que viven.

Ya en el exilio (Argentina) se configura una pareja relacional en que Diego ocupa el rol instrumental económico, mantiene el hogar y comienza a desempeñar un papel de “jefe de hogar” (pater familia) con fuertes rasgos de autoritarismo y dominación.

Rosario se repliega al hogar, pasa de ser trabajadora en lo laboral, social y político a ser “servidora” en la casa. Este repliegue, que

podría haber sido una decisión vital y trascendente en su autopercepción en un contexto socio-político normal, se transforma en una opción que marca la definición de la relación conyugal complementaria. La capacidad oratoria de Diego no la puede desarrollar en la actividad de compromiso, movido por la necesidad de establecimiento laboral, económico y de asentamiento como grupo familiar en suelo argentino. También allá se sufre persecución, quema sus fuerzas en proteger lo conseguido y a su familia. Sin embargo, esta capacidad “oratoria” se “envicia” al descargarla en el hogar frente a su mujer: la descalifica en cualquier tema, obligándola a escucharle “los largos discursos”. Rosario refuerza esta situación de ejercicio del poder no compartido, llevada por una parte a descargar sus energías en la maternidad (4 hijos), donde sublima no pocos impulsos agresivos, y por otra, al no tener familia en quien apoyarse y con quien dejar a sus hijos para trabajar. Esta situación la mantiene en un estado de ambivalencia: gratificada por la maternidad, por permanecer su pareja en un rol estimulante socialmente; sin embargo, sintiendo el “vacío” en la necesidad de trascender laboralmente y en su proyecto político. Era el costo que ella asumía para la adaptación y estabilidad del sistema familiar en el exilio.

Diego, por su parte, refuerza su rol “machista” haciendo vida social, recreándose en forma individual, con grupos de sus pares, ignorando la necesidad de compartir con su mujer (salían ocasionalmente como grupo familiar).

Se establece una relación complementaria rígida, donde ella ocupa la posición subalterna: él, autoritario y castigador (“padre castigador”, según ella), ella, definiendo su rol como mujer-madre, no compañera.

Así transcurren 16 años en el exilio. Rosario insiste en que ella asume el costo personal de repliegue en la satisfacción individual y funcionando como madre-dueña de casa. Compensa su “vacío” con el valor que implica ser protagonista del exilio.

Cuando se abren las fronteras, rápidamente deciden regresar; abandonan trabajo, casa, todo. Vienen embarazados de entusiasmo y con expectativas de reinsertarse rápidamente en lo laboral y social. Entienden que deben allegarse por corto tiempo a familiares, mientras encuentran trabajo y escuela para sus hijos, dos de ellos ya adolescentes. El primer tiempo lo soportan como “mal necesario”. Pero luego comienzan los problemas, no pueden independizarse, no logran trabajo, la figura de Diego comienza a decaer, se deprime. A Rosario le es

más fácil, comienza a ayudar en un pequeño local, rápidamente toma el ritmo y llega a hacerse responsable del manejo. Entonces su figura se hace fuerte, consolidada; se da cuenta que puede rescatar sus potencialidades laborales y esa estructura complementaria del exilio se triza, cambian los papeles. Ve a su compañero decaído que intenta seguir con el liderato instrumental en el ejercicio de la autoridad, que incrementa el rol y domina. Se amplifica el estilo relacional; Rosario se rebela, Diego insiste en mantener el juego relacional que antes tenían. Rosario se aleja y él más la busca y controla.

Se inicia una espiral de frustración y mutua agresión verbal y física; no se percatan que ambos son víctimas de un proceso político. No obtienen apoyo de redes sociales. Se vislumbra aniquilamiento. Es en este momento que Rosario se retira definitivamente y se rompe la relación, abandona el dormitorio conyugal; se acerca a sus hijos, quienes vivían su propio exilio (habían abandonado sus vínculos del país de acogida de sus padres pero su tierra de nacimiento).

Diego se derrumba, persevera en la búsqueda de su mujer y asume la actitud de culpabilidad, sumiso y mendicante. Por otro lado, persiste en su tendencia a “disertar” sobre diferentes temas, tratándola de “ignorante”, forzándola a escucharlo; pareciera que la desafía a través de sus agresiones verbales, lo que la descontrola más; ella se pone cada día más intolerante, “fría y cortante”. Los hijos no toman partido, el padre se acerca a ellos y es bien recibido. Es en este momento cuando Diego solicita atención, cuando todo se ha perdido y se ha tornado un círculo interactivo pernicioso. Tampoco han podido reinsertarse en lo político, están solos.

¿Qué hicimos?

Primero, aceptamos y promovimos el relato desde la perspectiva de Diego no estando presente Rosario, siempre manejando la situación terapéutica desde lo racional. Pareciera que Diego, en su intento de búsqueda terapéutica, está utilizando un último recurso para recuperar lo ya perdido. Vivenciamos el tipo de interacción que tiende a establecer: se muestra anhelante, reiterativo, exigente, agresivo.

Se observa muy bajo umbral de tolerancia a la frustración. Nos parece que este estilo de establecer interacción pudiera ser el que muestra en su hogar. Nos hace aparecer a su mujer como fría, dura e insinúa que ahora que él está débil ella se ha fortalecido. Reconoce un “pasado de exilio” en que él la dominaba: “tengo toda la culpa”.

Hacemos redefinición en el sentido de asumir el conflicto conyugal como un proceso en que no hay culpable único, como no hay víctima única. Tomamos actitud de continente de la catarsis de Diego frente a su sufrimiento, que abarca no sólo su pareja, sino el quiebre de expectativas del retorno.

Nos comunicamos telefónicamente con Rosario: se escucha una mujer autoafirmativa y reticente. Toleramos este momento y le aclaramos la necesidad de definir la situación. Le hacemos ver que entendemos su necesidad y que es importante, individual y familiarmente, elaborar la situación de crisis. Basta esta actitud del terapeuta para que ella se muestre dispuesta.

En la entrevista de pareja comprobamos nuestra hipótesis de relación complementaria rígida en el exilio, que fue relativamente adaptativa para mantener el sistema que establecen en la urgencia de la partida al exilio. El desajuste conyugal sobreviene en un momento de debilidad del sistema: al enfrentar el “desexilio” y el retorno, las reglas y estructura de poder que se habían establecido se quiebran; no toleran el cambio o reemplazo de roles. La “huida” de Rosario del lecho conyugal la entendemos como fuga existencial ante la escalada simétrica que lleva al aniquilamiento. La connotamos positivamente: “Ha servido para mantenerse como pareja parental y buscar salida”.

Rosario queda perpleja y dice: “Yo venía para ya separarnos, que él se convenza, lo quise mucho, ahora ya no sé”.

Para establecer un equilibrio en el sistema terapéutico, prescribimos entrevista individual con Rosario, ya que previamente lo hicimos con Diego. Acepta gustosa. En ésta, Rosario plantea su dolor, el quiebre de todas sus expectativas, el haber dejado Argentina donde pese a todo estaban bien, añorando Chile, pero obligados a no vivir en su propia patria, haber traído ahora a sus hijos a un exilio, afortunadamente son fuertes y no han tenido problemas para adaptarse. Este es un lado fuerte familiar, que habla muy bien de ellos como pareja que supo dar una imagen de la patria que no llevó a quiebre en los hijos.

Quiere iniciar un proceso terapéutico para rescatar las imágenes “perdidas” de ambos como personas.

Rosario ha cogido el mensaje terapéutico.

Se tienen seis entrevistas de pareja. Hacemos prescripciones tareas:

Prescripciones a partir de una definición ambigua, las hacemos explícitas: estar separados, pero, como manifiestan deseos de elaborar

la situación, deben regresar al dormitorio conyugal, definiendo claramente los límites parento-conyugal y filial, compartiendo una habitación con la prescripción de no realizar vida conyugal.

Otra prescripción fue amplificar la situación de separación terapéutica, quebrar las tendencias al involucramiento a partir de trivialidades. Comunicarse exclusivamente en relación con los manejos hogareños. Lo cumplen a satisfacción. La indicación de trasladar las energías a la autopercepción en las tareas de “qué pongo yo en esto”, “qué puedo hacer yo en esto”, lleva a tomar insight y quebrar la amplificación que ellos hacen de las conductas (más busca él, más se aleja ella; más duda él - controla entonces -, más se protege ella, etc.).

Se utiliza el desafío terapéutico de que es difícil cambiar, etc. al mismo tiempo que se dan tareas, previa explicitación de ambos que entregan la conducción al terapeuta. Se prohíbe la actividad sexual y al mismo tiempo se les instruye percatarse de la ausencia del otro y tomar conciencia que le elicitó la presencia del otro.

Al promediar la terapia observamos a un Diego y una Rosario que pueden conversar, se miran, se perciben mutuamente como personas, ya hay un objetivo logrado: que recuperen la visión del otro como sujeto, ejerciten el respeto y la capacidad de escucharse. Dicen: “podemos soportarnos” y plantean deseos muy activos de continuar la terapia. Pese a seguir muy mal la búsqueda laboral (rechazo por PRAL), van uniendo sus percepciones del proceso en que se encuentran, se acercan a la interpretación del contexto y su proceso vital familiar.

Reconstruyen historia y presente.

En el momento de este informe refieren: “hay una tendencia a mejorar”; no hay discusiones, Diego ha quebrado el juego de buscarla y mostrarse dependiente, no ha necesitado de sus “discursos” obligándola a escucharlo. Ha comenzado a entenderla, a “demostrarle con hechos”; a ella le gusta. Ahora son más los días buenos. Han reiniciado relaciones sexuales. Están encontrándose.

TESTIMONIO INDIVIDUAL DE UN RETORNADO

YOLANDA MUÑOZ
Psiquiatra
CINTRAS

Después de pasados más o menos 4 años desde que retorné a Chile, luego de haberme creado un espacio a codazos y empujones en este “nuevo” país, puedo definir mi nuevo pequeño mundo con dos palabras: pobreza y soledad.

Pero estoy inserto. Tengo trabajo, unas escasas horas de trabajo. Lo que gano no me permite llegar a un nivel de vida con dignidad mínima, apenas con un semi-decoro.

Vivo independiente, ¡cuánta angustia me cuesta! Lo que gano es para pagar el arriendo donde vivo. Con frecuencia no me queda un centavo para comer y menos para transporte. Ahora soy un campeón en caminar cuadras y cuadras. Sin embargo, tengo una gran conquista: vivo solo, tengo privacidad. Después de la experiencia de vivir allegado, mi privacidad es intransable.

Tengo muy pocos amigos. De los de antes del exilio he rescatado dos; de los de después del exilio serán otros dos y aún los estoy conociendo.

En medio de mi soledad con frecuencia recuerdo el momento en que decidí volver a Chile: no sabía que me transformaría o caería en el “status” de retornado.

Recuerdo mi llegada: Después de 12 años de exilio vuelvo por fin a mi país. Me parece increíble haber estado lejos tanto tiempo, ya sólo me quedan 2 ó 3 horas de vuelo para llegar. Dentro de poco pasaremos la cordillera, creo que entonces me sentiré en Chile.

Con cierta tensión pasé todos los rituales de todos los aeropuertos: policía, aduana, etc. Sin embargo, no veía a nadie afuera; la verdad es que no podía ver, porque como herencia de la dictadura - entre tantas - este aeropuerto no permite ver quién llega o quien se va. Suprimieron las terrazas, las puertas son espejos, los aviones aterrizan muy lejos. O sea que podían detener o secuestrar a quien les diera la gana y si venía solo, nadie se enteraba. Así percibí la presencia de la dictadura al llegar a Chile. Muy pronto se haría sentir a toda orquesta, de manera macabra.

Me dirigí a la puerta de salida caminando como entre algodones; (mi corazón parecía que iba a reventar), alguien gritó mi nombre, era una hermana. Corrí a recibirme; me dio un abrazo eterno; lloraba sin consuelo. Por sobre mi hombro divisé a dos antiguas amigas muy queridas, las vi muy compungidas, estaban a punto de llorar. Me desconcerté un poco, yo sólo quería reírme a gritos, reírme con toda el alma y el cuerpo. Sentía deseos de saltar, agitar los brazos al cielo.

Tuve que hacer un gran esfuerzo por controlarme y creo que la emoción y la alegría las hacía llorar (pero si todos estábamos contentos ¿por qué no reírse?). A las tres las encontré muy envejecidas; me decían "estás igual", yo tenía encima la misma cantidad de años que ellas.

En el camino a Santiago me iban mostrando todo lo nuevo desde 1973, yo miraba y no veía. Pregunté por toda la familia. Los mayores estaban viejos, los menores estaban adultos, algunos habían muerto. Los vivos estaban bien. Todos querían verme.

Quise descansar, dormir un poco, no pude, estaba sobreexcitado. Constantemente, como en imágenes sobrepuestas, irrumpían escenas de mi casa y los amigos que había dejado en el otro país que me acogió por tantos años. Los veía de manera vívida, casi reales; con sus grandezas y sus bajezas, sin embargo ahora lo veía todo con cariño, comprendí que me sentía muy ligado a ellos, pero recién ahora comprendía cuánto. En el exilio se es extranjero siempre; extraño todo y a todos, tanto en la tristeza como en la alegría.

Durante la comida todos expresaban su alegría de que hubiera vuelto. Me explicaban lo que habían vivido, sus sufrimientos, sus luchas durante la dictadura. Al mismo tiempo, me decían que se alegraban de que yo no hubiera sufrido como ellos. Me preguntaban solamente la parte turística de mi país de exilio. Yo pensaba que era una suerte que no me preguntaran sobre mis sufrimientos de esos años, se habrían afligido por mí.

Después comprendí que no se les ocurrió que podría haber tenido algún problema o dolor, porque pensaban que el exilio era dorado, y su actitud correspondía a ese sentimiento tan ajeno a la realidad. Tal vez, por eso empecé a sentirme culpable, aun cuando traía mi corazón herido por la crueldad del exilio.

Casi todos los días me invitaban a distintas casas, se me confundía la gente. Me mostraban la ciudad con sus barrios nuevos, los caracoles, los nuevos centros comerciales, etc. Me llamó la atención

el alto nivel de confort y decoración en todas las casas que visité. Muchas cosas eran importadas y ese carácter lo señalaban como un éxito importante. Los veía tan contentos que creí que así compensaban sus sufrimientos (¿y los pobres cómo se compensaban?). Me mostraban el Chile consumista y lo cómodo que se sentían en él, era curioso.

Así pasé un par de meses en una vorágine de rostros antiguos y nuevos, calles, edificios, etc. No podía estabilizarme, quería absorberlo todo, rescatar el tiempo ausente. Necesitaba hacer un continuo desde que me fui y ahora que había vuelto, pero no podía. Afectivamente estaba lleno de sentimientos encontrados: alegría, tristeza, perplejidad, cariño, pero sobre todo nostalgia de lo que tenía y no encontraba, como mis antiguos amigos. A pesar de todo, creo que me sentía casi bien. Me ayudaban, sentía que me querían.

Progresivamente, en los meses siguientes ya no me sentía tan bien. Constatava experiencias, algunas previstas, pero otras incomprendibles. El 90% o más de los retornados vivíamos allegados y estábamos cesantes. Esta experiencia es siempre difícil y penosa, porque nunca se tiene vida propia, por no querer molestar uno se siente limitado y tenso.

Empezaron a darme toda clase de consejos y aclaraciones: “porque no has estado aquí no puedes comprender nada”, “tienes que aprender a vivir como nosotros lo hicimos en 16 años”, “tú vienes de afuera, los que nos quedamos sabemos como son las cosas”, etc. Ante esto, con rebeldía y tristeza quería preguntarles “¿y ustedes me comprenden a mí?”, pero me callaba.

A estas frases y muchas más, realmente descalificadoras, seguían las indicaciones de lo que tenía o debía hacer. “Debes ir a FASIC, PRAL, WUS, etc.” Me decían las calles, las micros que debía tomar. (Yo pensaba, ¿por dónde diablos pasará esa micro?).

Tenía necesidad de salir solo, pero cada salida era un peregrinaje: me perdía en las calles; me equivocaba de micro, tenía muy poco dinero; me daba pánico quedarme en la calle sin un centavo, aún no tenía la práctica de caminar 60 cuadras o más. En las calles miraba a la gente, tenía tantos deseos de encontrarme con alguien conocido, una cara amiga, pero nunca ocurrió. Buscaba a alguien y no sabía a quién.

En las distintas organizaciones solidarias me hacían una entrevista, me llenaban una planilla, ofrecían dinero de emergencia. A mí no me dieron, porque “había otros peor que yo”, porque yo tenía donde vivir

por ahora y algo de dinero que me había dado mi familia. Pero lo que yo quería y necesitaba eran posibilidades de trabajo. Me sentía solo y desorientado. La gente que me había recibido hacía su vida normal y casi no los veía.

Encontraba a la gente tan distinta, no me gustaba como era, creo que sin darme cuenta empecé a evitarla. Pienso que los que me rodeaban sentían que al recibirme - y muy bien - la inserción era algo mecánico: “Llegó, se bajó del avión y se insertó”.

Cuando oigo la tan repetida frase “los que se fueron y nosotros los que nos quedamos”, lo que escucho es “los que lo pasaron bien y nosotros los que tuvimos que sufrir”, me hiere, me irrita, me margina. Los sentía egoístas, individualistas, competitivos. La peregrinación por las organizaciones solidarias y su trámite burocrático me hacía sentir a veces que no logran comprender al retornado, el que por pudor y dignidad no dice hasta dónde es su miseria humana; porque no sólo se trata de dinero. Sí, ya me sentía angustiado, dormía mal, muchas mañanas despertaba y no sabía dónde estaba, en qué casa, en qué país, cuál era mi quehacer ese día o no tenía nada que hacer; la angustia invadía todo, a mí y a mi entorno. Esperaba callado, temblando; no quería moverme, tenía miedo que me oyeran llorar y me dijeran “¿por qué te afliges, si tienes casa y comida gratis?”; ésta es una de las delicias de vivir de allegado.

Llevaba 8 meses viviendo de allegado, 8 meses cesante también. Con qué fuerzas surgía, entonces, en mi mente y mi alma mi casa, mi trabajo, mi comida, mis amigos que había dejado en el extranjero; me daba cuenta que ellos y los chilenos exiliados eran aún vínculos demasiado importantes, también lo eran mis pequeñas cosas materiales que no pude traer; y que lo que había construido para un mundo transitorio, en verdad, formaban parte de mí.

Una vez alguien dijo: “Los exiliados creen que los van a recibir con los brazos abiertos”, y yo digo: ¿por qué no? En el extranjero así lo hicieron, ¿no podríamos esperar lo mismo de los chilenos, nuestros compatriotas?

Pero al pensar en volver a irme, me invadía una sensación de gran derrota que anulaba el deseo de dejar nuevamente Chile.

Podía esperar cualquier cosa difícil o dolorosa al volver, pero nunca una marginación social y afectiva. Sólo puedo explicármelo en

términos del daño global hecho por la dictadura que hizo que la gente llegue a relaciones humanas que implican esa marginación.

Con mayores o menores dificultades he logrado una infraestructura que aunque insuficiente, me permite vivir con cierta independencia. Pero me siento rechazado socialmente, sentimiento en parte subjetivo y también objetivo. He llegado a un momento en que soy yo quien rechaza el medio en que vivo. He dado una gran batalla con mis pares para sobrevivir; me ha dejado muchas heridas en el camino; algunas permanecen abiertas otras cicatrizaron con deformaciones irreversibles.

Soy muy solitario, a veces agresivo, mi autoestima está dañada. Ya no me interesa insertarme en esta sociedad que aún estoy conociendo. Mis amigos son retornados, hemos vivido lo mismo y nos comprendemos; nos unen los sufrimientos del exilio y del retorno.

Ya no me angustio tanto, acepto mi soledad y la asumo penosamente. He logrado insertarme, pero aún me siento distinto y distante de los que se quedaron. No tuve otra posibilidad y ya no busco otra mejor; acepto mi mundo de pobreza y soledad.

GRUPOS TERAPEUTICOS DE REENCUENTRO

MARÍA TERESA ALMARZA
Psicóloga
CINTRAS

I. ANTECEDENTES

El *grupo de reencuentro* representa una instancia terapéutica en la que buscamos centralmente lo que su nombre dice: el reencuentro entre chilenos que vivieron experiencias existenciales distintas durante muchos años, que fueron separados por la dictadura.

Por dos años consecutivos hemos realizado esta experiencia con grupos integrados por chilenos que volvieron del exilio y chilenos que permanecieron en el país.

La motivación para constituir estos grupos surge de la constatación de que entre los que se fueron y regresaron, y los que se quedaron, se produce a poco andar el desencuentro. Este desencuentro conlleva dolor, frustración, distancia, separación y soledad.

1. Hacia una definición del desencuentro

Entendemos esta separación-desencuentro en el contexto de un daño de carácter macro que la dictadura generó en el país. El daño de esta separación se inscribe en la dicotomización del mundo chileno que el autoritarismo perpetró o promovió: buenos y malos; civiles y militares; exiliados-retornados y chilenos de residencia permanente en el país; oficialismo y mundo alternativo, etc.

Esta separación entre los que se fueron y los que se quedaron, se concreta en dificultades en la comunicación entre parientes que se encuentran después de muchos años, entre compañeros de trabajo, entre vecinos de un mismo barrio.

Trataremos de aproximarnos a una definición del desencuentro diciendo que es separación, distancia, colocar barreras en la comunicación. Esta separación obedece a experiencias distintas, a percepciones y concepciones de la realidad también diferentes, que llevan a cogniciones discrepantes y a desacuerdos en el plano de las creencias y valoraciones. Pero, principalmente involucra interferencias y rupturas

de la comunicación afectiva. Conlleva, por lo tanto, frustraciones, quiebre de vínculos afectivos, penas, soledad.

2. Elementos del desencuentro

Nos interesa detenernos un minuto para tratar de precisar los elementos de este tipo de desencuentro que ahora nos preocupa.

a) El desencuentro se nutre de las diferencias culturales que existen entre los que regresan y quienes permanecieron en el país. Estas diferencias expresadas en costumbres o valores distintos, pueden conducir a discrepancias que fácilmente son percibidas como descalificaciones o agresiones al otro.

La experiencia de vida en una sociedad autoritaria, en la que por años el pluralismo y las diferentes visiones y aproximaciones a la realidad fueron estigmatizados, colabora sin duda con el desencuentro. A veces sucede que entre personas de estos dos grupos surge además la disputa acerca de cuál visión o enfoque es el más justo y adecuado y ya tenemos los materiales para el desencuentro.

b) El desencuentro se alimenta también de prejuicios recíprocos, basados en desinformación de lo vivido realmente por unos y otros, en el exilio y al interior del país. En uno y otro sector abundan los estereotipos acerca de sus experiencias, que no sólo están reñidos con la realidad, sino que involucran un juicio injusto, que se relaciona con la manipulación realizada por el pasado régimen militar acerca del exilio y quienes lo sufrieron.

c) Este desconocimiento mutuo se manifiesta también conductualmente en competencias o disputas acerca de quiénes sufrieron más, los que vivieron el exilio o los que vivieron la dictadura dentro del país.

d) Los que vuelven henchidos de ilusiones y expectativas, se encuentran con un Chile cambiado, con estilos comunicacionales distintos, empobrecidos en relación al tiempo anterior a 1973.

e) Los retornados vuelven a veces enriquecidos en lo cultural, con capacitaciones técnicas y profesionales, con ideas renovadas, que les resultan difíciles de aplicar en esta sociedad que se ha rigidizado y que en muchos ámbitos hizo un viaje de regreso hacia el pasado.

Como las familias rígidas con transacción esquizofrénica, que rechazan los cambios y las innovaciones a cualquier precio, nuestra

sociedad tiende a la conservación de la homeostasis establecida en los duros años del autoritarismo.

f) Hay también un recíproco desconocimiento de la importancia del aporte que hicieron los chilenos del exilio y los chilenos del interior en la lucha por terminar con la dictadura y recuperar la democracia.

Sin duda que se nos escapan otros elementos; sin embargo, los que mencionamos existen. Los hemos visto en acción.

3. Definición de reencuentro

Puesto que planteamos y realizamos grupos terapéuticos de reencuentro, nos aventuramos a proponer una definición.

El reencuentro representa una instancia reparatoria, en que las personas y/o grupos que han estado separados por diferencias políticas o por consecuencias de hechos políticos (éste es el caso que nos preocupa ahora), vuelven a encontrarse, comparten experiencias y afinidades, restablecen, en suma, la capacidad de comunicarse, de dialogar, eventualmente de caminar juntos.

El reencuentro involucra recuperar la historia que los separó, un reconocimiento del otro, de los otros, entender sus motivaciones, sus procesos, sus características, sus conductas. Es un conjunto de procesos psicológicos e interaccionales en el que ocurren reformulaciones de imágenes y conceptos y en el que la comprensión mutua permite recuperar la comunicación afectiva interrumpida.

II. POR QUE GRUPOS DE REENCUENTRO

El sufrimiento y el daño del desencuentro entre retornados y residentes permanentes, como toda la psicopatología ligada a la represión política, se origina no en características individuales, sino en el conflicto social que se produjo en 1973 con el golpe militar y con la represión desarrollada desde entonces hacia quienes pudieran oponérsele.

Cuando las heridas o daños tienen tan directa relación con el proyecto social y político de las personas que las sufren, necesitan, a juicio nuestro, distintos niveles de reparación: el individual y el político-social. Más aún, pensamos que en el caso concreto que nos ocupa, que

se refiere a las consecuencias de la separación de cientos de miles de chilenos, la necesidad de espacios colectivos de reparación es aún más grande, debido a lo trágico de la escisión que la dictadura provocó en sus existencias.

Los grupos, aun los pequeños grupos terapéuticos, representan una instancia social intermedia entre los espacios más íntimos y privados, la propia subjetividad, la familia y la sociedad total. Revisten además la característica y virtud de representar, de alguna manera, el mundo social más amplio. Así es posible pasar del plano de la reparación más personal y privada al de la reparación social que constituye en este tipo de daños un nivel fundamental.

III. LA EXPERIENCIA DE LOS GRUPOS

Pasemos ahora a conocer la experiencia y metodología de estos dos grupos terapéuticos de reencuentro, y lo que descubrimos en ellos y con ellos.

1. Nuestros Objetivos

Como objetivo general nos propusimos: promover el reencuentro entre chilenos, estimulando el proceso de confrontación de identidades psicoculturales distintas entre retornados de diversos países y chilenos que permanecieron en el país; facilitar un reaprendizaje de lo concreto y cotidiano de la vida en Chile hoy; proporcionar espacio y oportunidad para que unos y otros pudieran compartir y reflexionar sobre las distintas experiencias vividas; promover la necesidad de retomar o iniciar proyectos personales y/o sociales; elaborar en conjunto experiencias de dolor y pérdidas contenidas; y por último, dar la posibilidad de trabajar en grupo algunos problemas individuales.

2. ¿Cómo lo hicimos?

Metodología: Los grupos de reencuentro estuvieron integrados por chilenos retornados de diversa procedencia y chilenos que también habían sido víctimas de la represión política (ex-presos políticos, exonerados, perseguidos, familiares de víctimas de la represión) que habían permanecido en el país viviendo todo el proceso de transformación de la sociedad.

Fueron grupos intencionalmente heterogéneos en su composición: obreros, estudiantes, dueñas de casa y profesionales; su nivel de

escolaridad iba desde la enseñanza básica completa hasta el profesional altamente especializado.

El tiempo de trabajo abarcó 4 meses con una sesión semanal de 2 horas de duración. Las 4 primeras sesiones fueron de conocimiento, las 10 siguientes de trabajo de los objetivos y las dos últimas sesiones de elaboración y término del grupo.

El esquema general de trabajo empleado en el grupo 1989 consistió en la realización de tres instancias distintas en cada sesión. En primer lugar, una dinámica inicial muy corta consistente en juegos. Después, un trabajo colectivo que involucraba a todos los participantes. En último lugar, el trabajo personal de algunos de los integrantes, que estaba relacionado generalmente con la temática trabajada en la segunda parte de la sesión.

La metodología utilizada consistió en la adaptación de técnicas de dinámica grupal al trabajo terapéutico, técnicas psicoterapéuticas ya consagradas en la práctica clínica y técnicas que el conjunto del equipo ideó ex profeso. Las actividades realizadas en cada sesión fueron planificadas de acuerdo a la evaluación de la sesión anterior. Los logros y avances obtenidos y las dificultades que se presentaban en las dimensiones individual y de grupo, fueron elementos centrales para la planificación integral de la sesión siguiente y para la selección de las técnicas concretas a utilizar.

En el grupo de 1990 cambió el equipo y la técnica fue más simple. Básicamente se trató de compartir la historia vivida por cada uno de los integrantes del grupo con los demás y de una elaboración de aquellos aspectos más dolorosos o no integrados de esas experiencias.

Nos orientamos hacia la construcción de una historia colectiva a partir de cada una de sus historias individuales. La elaboración psicológica de penas, experiencias traumáticas, duelos, fue apoyada por el equipo de terapeutas con diversas técnicas y por los demás miembros del grupo, quienes en conjunto integraron un sistema terapéutico. Este sistema prestó contención afectiva y posibilidad de confrontar las penas del desencuentro. La promoción del respeto hacia las diferencias o discrepancias del otro frente a las concepciones de cada cual, fue central en este proceso, a través del conocer, escuchar, compartir y comprender las experiencias de los demás.

En el tratamiento de las heridas de la autoestima y del sentimiento de identidad, procuramos estimular el reconocimiento de los elemen-

tos positivos de la propia identidad. Para este fin, la participación del grupo es central. Proporciona el espacio social y la ocasión en que la autopercepción y el sentimiento de sí mismo son fortalecidos en la percepción comunicada de los otros, en intercambios compartidos del grupo, en climas de aceptación y de seguridad.

En ambos grupos desarrollamos también un trabajo terapéutico personal, en el que uno de los integrantes elabora un tema-problema apoyado por el equipo de terapeutas y el grupo. En numerosas ocasiones este trabajo consistió en relacionar e integrar las vivencias del pasado, especialmente las experiencias traumáticas vinculadas a la represión política sufrida, con las limitaciones o dificultades actuales y que obstaculizaban su desarrollo o crecimiento personal.

Uno de los temas trabajados en forma personal fue el de la soledad afectiva. En la interacción grupal surgieron y se confrontaron percepciones del interesado y de los otros, y también a veces el replanteamiento de la propia visión y manera de vivir las relaciones afectivas que han producido frustración y soledad.

3. Desarrollo de grupo

Los grupos se fueron reformulando en el transcurso de las sesiones, a medida que se conocían; intercambiaban experiencias y surgían manifestaciones de afecto. La rigidez de los planteamientos iniciales respecto del sufrimiento personal y colectivo durante la dictadura, comienza a diluirse y el retorno resulta ser un modo más de materialización de la represión sobre el conjunto social y el individuo, que imposibilita la satisfacción de necesidades básicas como la libertad, la participación, la entrega y la búsqueda de afecto, la creatividad, etc.

En el desarrollo del trabajo distinguimos varios procesos que lo dinamizan. Entre ellos mencionamos:

a) *La separación-integración entre los retornados y los residentes permanentes*, que se expresa de diferentes formas: sentarse agrupados en bloques separados, en un comienzo, hasta su evolución hacia la integración territorial. Este proceso incluye:

- La predominante participación inicial de retornados, en tanto los residentes permanentes permanecen en silencio o con una participación restringida, con menos asertividad en su conducta social.

- El “soltarse” de los residentes permanentes, que comienzan a expresar sus puntos de vista, sus experiencias, las realidades que debieron enfrentar y aún enfrentan.

b) *Confrontación entre ambos grupos:*

- Competencia acerca de quiénes lo pasaron más mal, quiénes tienen más méritos.

- Cuestionamientos culturales, visiones discrepantes acerca del mundo y las relaciones de las personas, en las que se advierten diferencias culturales derivadas de las distintas experiencias vividas.

Al ir confrontando las vivencias de ambos grupos durante estos años, comienzan a vislumbrar la realidad tal como fue vivida, lo que relaja las tensiones y cuestionamientos iniciales, conformándose un grupo en el que surgen sentimientos de camaradería y fraternidad.

c) Otro proceso del desarrollo del grupo fue la *autorregulación en las intervenciones* o comentarios cuando un compañero trabajaba en forma personal.

Este evolucionó muy rápido, desde un inicial desatino en las intervenciones o afirmaciones no atingentes, pasando por lograr una mayor adecuación de sus comentarios, hasta llegar a un estado en el que eran capaces de aportar acertadamente a la problemática personal de quien en ese momento se encontraba trabajando.

d) *Los problemas personales se hacen colectivos.*

El proceso de ir compartiendo poco a poco los problemas más personales, permitió al grupo descubrir que éstos también habían sido vividos por los otros. En conjunto, sus experiencias personales eran experiencias colectivas, aun cuando hubieran sido vividas en situaciones existenciales aparentemente desiguales como el exilio o el permanecer en el país.

4. Temas-problemas o heridas existenciales generadas por la historia de la vida en dictadura.

En el transcurso del desarrollo de los grupos surgen diversos temas-problemas. Los integrantes los presentan como dificultades personales, que al ser compartidas o colectivizadas forman parte del sufrimiento general vivido por los chilenos en este período.

El daño se expresa en sentimientos de pérdida, de duelo no resuelto, en un cambio radical en sus vidas que altera sus relaciones

con el mundo y las personas, sentimientos expresados repetidamente, creando la necesidad de repararse psicoterapéuticamente para poder continuar viviendo, luchando por sus vidas y para realizar un proyecto histórico social.

Dentro de este marco general de daño es preciso destacar cuatro aspectos: la historia compartida y trágica, la historia que diverge y nos separa, el miedo y el deterioro de la autoestima y la soledad.

a) *La historia*

- *La historia compartida y trágica:*

A los integrantes de ambos grupos, el golpe militar les quiebra su historia y la de sus familias. También su proyecto histórico, político, social.

En mayor o menor grado el advenimiento del régimen militar los pone en situación de peligro intenso, de riesgo de sobrevivencia a ellos o a sus familiares más directos. Algunos son detenidos y torturados. En otros casos, son ejecutadas o desaparecidas personas muy cercanas. Algunos se refugian en embajadas, otros salen al exterior como producto de conmutación de la pena de prisión por la de extrañamiento.

- *La historia que separa:*

Las familias se separan, primero, por la detención de algunos de sus miembros, otros quedan en libertad y con la carga emocional de preocuparse de averiguar el paradero y de la sobrevivencia de sus seres queridos.

En un segundo momento las familias también se separan, ahora con un carácter más definitivo, algunos salen al exterior a distintos países que los acogen. Las comunicaciones se hacen difíciles; los encuentros, cuando se dan por viajes de algunos de los que se quedaron, terminan a veces en frustraciones.

Común a todos es el dolor por desarraigo, el dolor de “la patria herida y prisionera”, las penas y las nostalgias por los sueños y proyectos sociales frustrados.

Los integrantes de los grupos que se quedaron pasaron pobreza, múltiples necesidades, soledad y aislamiento social. Uno de ellos, que vivió las dos experiencias a la vez, se replegó en su espacio familiar y más privado, perdió completamente sus amistades y redes sociales. Otros, pese a perder a algunos de sus seres más cercanos, desarro-

llaron respuestas que involucran fuerza y valor de vivir, participando en la lucha contra la dictadura. Notable es la creatividad desarrollada por algunos para sobrevivir en condiciones tan precarias.

b) El miedo

Sabemos que los regímenes autoritarios coartan el derecho humano esencial a la libertad. La represión policial-militar con fines de sojuzgamiento político, usó de manera sistemática formas de amedrentamiento para que sectores de la población internalizaran el miedo, y desde la subjetividad de cada cual censuraran sus conductas de participación social o política.

Hay en esto una agresión a la libertad de cada persona. Esta agresión causó distintos efectos según fue el nivel y cercanía que cada persona vivió al experimentar el miedo. El miedo, el temor a la represión como una amenaza permanente a la sobrevivencia misma: la propia, la de los seres queridos y la de los amigos, produjo un desgaste afectivo enorme en términos de salud mental; esto es válido para los residentes permanentes en especial, pero también es válido para quienes vivieron en la Argentina en el período de la dictadura; para muchos de esos chilenos significó repetir la experiencia traumática de septiembre del 73, muy poco tiempo después y en la circunstancia agravante de encontrarse en un país desconocido, extraño.

En algunos de los miembros del grupo el miedo desde la situación represiva misma, de degradación y de tortura psicológica, se acompaña de sentimientos de impotencia, de rabia profunda que debe ser contenida para sobrevivir. En otro caso, el miedo producido por la amenaza vital permanente lleva a una integrante a presentar un síntoma fóbico que le impide salir de su casa. En un tercer caso, una joven, pequeña en el momento de producirse el golpe, genera tempranamente fuertes temores para salir de la seguridad de los confines del hogar protector. Y esto se expresa - y vincula, sin duda - con las dificultades que tiene en la actualidad para transponer las fronteras del mundo familiar que la abriga y desarrollar su proyecto histórico personal.

c) La autoestima dañada

La autoestima dañada es otro gran tema-problema, que junto con el miedo, afecta a la subjetividad de las personas. La autoestima es una necesidad psicosocial básica estrechamente ligada al sentimiento de identidad. Este fue centralmente afectado por la represión política, y el daño fue mayor o menor según fueran la historia y condiciones

personales de quienes la sufrieron y de la intensidad con que fue aplicada.

Destacamos como operó este daño en algunos de nuestros pacientes:

- La autoestima rebajada por la humillación de las situaciones límites de detención, maltrato y/o tortura. Por la imposibilidad de devolver la ofensa y la agresión que recibieron, la impotencia de expresar los sentimientos de rabia e indignación que los malos tratos sufridos generaron.

- Daño en la propia autoestima al no poder proteger a seres queridos muertos o maltratados por el régimen, y menos obtener justicia frente a ese crimen y delito.

- Sentimiento de minusvalía por la cesantía, permanente inseguridad laboral que le impide sustentar a su familia; imposibilidad de entablar o restablecer lazos de pareja.

- Daño en la autoestima de los que en el exilio se sintieron discriminados, que sintieron un trato diferente por ser extranjeros y luego, al retornar, continúan sintiéndose marginados al no poder satisfacer sus necesidades básicas socioeconómicas ni psicosociales.

d) La soledad

Se produce un fuerte sentimiento de soledad ante la dificultad de inserción en la sociedad por la marginalidad de que son objeto. Sentimientos de soledad de pareja o de soledad en cuanto a otras relaciones humanas.

La vivencia de la soledad tiene un vínculo directo con la atomización social perseguida por el régimen. Esta atomización se ha expresado a nivel individual con sentimientos de soledad, separación, carencia de vínculos, salvo los más directos como son los afectivos y familiares, que en muchos casos también se han roto por circunstancias relacionadas con la dictadura.

Las personas que formaron el grupo de reencuentro han vivido en forma especialmente dolorosa este fenómeno de la separación, de la soledad en los niveles individual y colectivo. Este proceso es vivido con la dificultad individual para establecer vínculos de pertenencia con organizaciones, grupos pequeños o creación de nuevos lazos de amistad.

En el ámbito de lo privado, la soledad humana en el nivel de la pareja, de la familia, se relaciona con daños directos como el asesinato y el exilio e indirectos que la dictadura también provocó, como la cesantía y posteriores quiebres familiares.

IV. CONCLUSIONES

1. La realización de estos grupos terapéuticos nos sigue pareciendo una aproximación válida al problema del desencuentro entre estos dos sectores de chilenos, pues nos parece que esta modalidad terapéutica acoge una parte importante de los problemas del retornado.
2. Al finalizar estas experiencias, queda en evidencia que dentro de los grupos se genera un potencial de trabajo terapéutico más profundo, lo que no fue posible abordar por la brevedad del tiempo de duración previsto. En experiencias futuras, habrá que definir la opción a este respecto.
3. Se advierte la necesidad y la importancia de la creación y aumento de las redes sociales de apoyo a los retornados. Acciones terapéuticas de ese nivel consolidarán los logros de las terapias individuales, familiares y de grupo. Varios de los integrantes de estos grupos de reencuentro tienen la disposición y las condiciones para trabajar activamente al interior de estas redes para apoyar a otras personas que lo requieran.
4. Al interior del grupo, el equipo de terapeutas también asume la situación de dicotomía exilio-retorno versus residentes permanentes, y por lo tanto participa junto a los integrantes en el proceso del reencuentro, aprenden de las experiencias de otros, flexibilizan sus criterios y valoran el sentido educativo de la experiencia grupal.
5. Finalmente, el haber realizado estas experiencias, una entre mayo y septiembre de 1989, todavía en dictadura, y la otra en 1990, comenzada en septiembre de ese año, a seis meses de iniciado el proceso de transición a la democracia, nos permite decir que hubo un cambio importante que es la disminución del miedo. El miedo deja de ser un elemento omnipresente para las vidas de quienes formaron el último grupo, para la vida en general. El resto de los elementos y dinámicas permanece muy similar al anterior.

EXILIO - RETORNO: ASPECTOS MEDICOS, PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN LA FAMILIA Y LA INFANCIA

*NOEMI BAEZA
Asistente Social
PIDEE*

I. INTRODUCCION

La Fundación PIDEE, como organismo no gubernamental, ha atendido desde 1979 la problemática de la infancia dañada por el régimen militar que gobernó nuestro país durante 16 años.

A través de diversos programas asistenciales, se ha desarrollado una atención dirigida a niños hijos de ejecutados políticos, de detenidos desaparecidos, de prisioneros políticos, de ex-prisioneros políticos y de relegados. A partir de 1985 se incorporó en forma más sistemática la atención a los menores retornados del exilio.

Trabajando en esta última problemática mencionada, se han realizado numerosos estudios psicosociales en los cuales se ha intentado visualizar lo que significa la situación de crisis vital que han vivido estos menores y sus familias y la necesidad de buscar formas de intervenir profesionalmente, previniendo el desarrollo de patologías e intentando prestar una adecuada asistencialidad en los casos en que no ha sido posible evitar la crisis.

Se ha pretendido estar con la familia retornada, en un proceso que va desde la acogida al grupo familiar, pasando por la asesoría en la reestructuración de su proyecto de vida hasta el apoyo en su reinserción biopsicosocial. La intencionalidad ha sido educativa, dirigida al desarrollo de las capacidades propias de la familia, hacia su autonomía, hacia el volver a recuperar la confianza en sí misma, de manera tal que una vez finalizado este proceso, la familia adquiere una libertad suficiente como para prescindir de nosotros.

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS RETORNADAS ATENDIDAS EN LA FUNDACION

Es necesario hacer una distinción entre las familias retornadas entre los años 1985 (algunas en años anteriores) y 1988 y las que ingresaron al país en los meses posteriores al plebiscito. Al respecto podemos señalar que en el período comprendido entre 1985 y 1988, dada la situación política que vivía el país, el retorno del exilio adquirió particularidades muy especiales. En los menores se observó, por ejemplo, situaciones traumáticas relacionadas con fuertes emociones, de las cuales las más sentidas fueron el miedo y la inseguridad.

De hecho se presentaron ejemplos concretos de represión directa con resultado de muerte; podemos mencionar el caso de una familia de Hungría con dos menores, cuyo padre fue asesinado en marzo de 1985.

Los amedrentamientos, persecuciones, allanamientos de viviendas que se produjeron después del atentado al general Pinochet en 1986, trajeron también una secuela de violencia represiva, tocando en muchos casos a familias retornadas, por el sólo hecho de venir del exilio.

A su vez se presentaron situaciones de relegación o encarcelamiento a padres retornados. Todos estos hechos repercutieron indudablemente en el proceso de reinserción de los menores, tanto de los dañados directamente como de aquellos que conocían los casos por intermedio de amigos o de los medios de comunicación.

A la situación de represión ya descrita, habría que agregar el hecho de que las familias retornaban con una visión muy idealizada de Chile y, a pesar de que aseguraban haberse preparado para el retorno, quedaba en evidencia que esta preparación había sido muy primaria, en todos los aspectos.

Como consecuencia de esto, después de los primeros meses de entusiasmo, muchos cayeron en agudas depresiones, repercutiendo esta situación de desequilibrio emocional directamente en los menores.

“Primero querían venirse, que Chile, que la cordillera... que los amigos... ahora están aquí y no encuentran trabajo, mi mamá tiene miedo, se quiere ir... mi papá pelea... nosotros ya nos estamos acostumbrando aquí... no sé qué va a pasar”. (Testimonio de un niño de 12 años retornado de Dinamarca en 1985).

Como características generales de los problemas más sentidos por los menores retornados en ese período, aparte del miedo y la

inseguridad, podemos señalar que hay una diferencia de acuerdo al país en el cual se vivió el exilio.

Así tenemos, por ejemplo, que los niños retornados de países desarrollados (Europa, Estados Unidos, Canadá), presentaban serias dificultades de adaptación por la pérdida de bienes materiales, del bienestar económico, cuando éste se vio drásticamente disminuido en Chile. Vivían comparando, idealizando lo dejado y rechazando su situación de pobreza. Unido a esto estaba el problema del idioma (desconocimiento de la lecto-escritura del español). En estudios realizados se comprobó que el 96% de los menores retornados de países cuyo idioma materno no era el español, presentaban dificultades graves de comprensión de lectura, un vocabulario muy reducido, una expresión oral muy deficiente. Otro problema, válido para todos los menores que vivieron un largo exilio, fue el desconocimiento de la historia y geografía de Chile.

Los menores retornados de países del área socialista, también señalaban el miedo y la inseguridad como sus emociones más sentidas. A esto se unía el hecho de que en ese período por razones de seguridad, debían ocultar el país de procedencia, con todo lo que esto significa a nivel familiar: los padres trastocando valores tan elementales como la verdad, obligando a sus hijos a mentir por miedo a la represión, a la marginalización y a la estigmatización. “Vengo de Cuba... pero mis padres dicen que tengo que decir en el colegio que vengo de Panamá, los niños me hacen preguntas... y yo ni conozco Panamá”. Este es el testimonio de un niño de 9 años retornado de Cuba en 1986.

En cuanto a la situación económica de estos menores, no hubo cambios drásticos, pero requirieron de mayores apoyos debido a la imposibilidad de las familias de ahorrar dinero, tampoco pudieron traer sus enseres; al respecto queremos señalar que hasta el problema vestuario se vio involucrado, pues los menores procedentes de Cuba y otros países centroamericanos carecían de ropa de invierno y los de países como la URSS, la ex R.D.A. y Hungría no traían vestimentas de verano.

A partir de 1989 y hasta la fecha, la situación de los menores retornados ha sido algo diferente.

Aunque para los procedentes de países desarrollados continúa siendo un problema el idioma y el desconocimiento de la historia y geografía de Chile, ellos han descartado el miedo como impedimento esencial para reinsertarse en el país. Los padres han preparado mejor el

retorno, lo que se traduce en ahorros para por lo menos los primeros meses, más contactos para lograr su inserción laboral y más preparación psicológica para enfrentar los problemas inherentes a la inserción.

Permanece como sentimiento en el menor, la nostalgia por el país dejado y la tristeza por extrañar fundamentalmente a los amigos; el extrañar los amigos que dejaron es también una característica general en los menores retornados, sin importar el país de procedencia.

Para los niños retornados de países del área socialista y de América poder contar de donde vienen, sin temor a represiones o marginaciones. Persiste, sin lugar a dudas, el problema económico pero en un contexto político social diferente, donde también hay más apertura para recurrir a organismos estatales, por muy precarios que éstos sean.

Como problemas que han permanecido en el tiempo, podemos señalar que en los menores retornados de países desarrollados está el idioma; el rechazo a la pobreza; el rechazo a la contaminación ambiental (smog); el rechazo al desorden de la ciudad (centro de Santiago), al sistema de locomoción colectiva, a los choferes de micro, etc. Hay falta de comprensión por la forma de relacionarse de los "chilenos", clasificándolos de impuntuales, incumplidores, poco responsables: "Te dicen que te van a llamar por teléfono y no te llaman", comentario de un niño de 8 años retornado de Bélgica en marzo de 1990. "Te invitan a tomar once a sus casas, pero nunca fijan la fecha", comentario de una niña de 8 años, retornada de la R.D.A. en marzo de 1990. "Dicen que te van a pasar a buscar el domingo y no pasan", niña de 9 años retornada de Francia en noviembre de 1989. "Anuncian un acto para las 7 de la tarde y empieza a las 8", niño de 10 años retornado del Canadá.

Mención especial merecen los menores procedentes de Cuba. Se ha dado una característica propia en ellos, en cuanto a lo que extrañan, y esto es la ausencia de los colectivos, especialmente en su vida escolar: "Aquí cada niño en el curso tiene su banco, su lápiz, su cuaderno, su libro... allá teníamos una caja de lápices y se ponía en medio de la mesa, que era redonda y para siete niños", contaba un niño de 10 años, retornado en mayo de 1990. "Aquí no se comparte, en el recreo, por ejemplo, cada uno se come lo que trae de su casa, el que no trajo no come... allá repartíamos entre todos lo que había para comer", niña de 8 años retornada en diciembre de 1989.

Los menores procedentes de otros países de Latinoamérica, a pesar de no haber tenido el problema del idioma, sí han manifestado su

temor por "hablar diferente", reclamando por las burlas que reciben de los otros niños: "Se ríen de mí y me dicen mexicano", niño de 9 años retornado en noviembre de 1989

En estudios realizados por el área de Salud Física de la Fundación se detectaron diferentes alteraciones en la salud de los menores, pero no obstante no se pudo determinar en forma fehaciente que estos problemas hayan sido consecuencias del retorno, pues en la Fundación han sido atendidos los niños víctimas de otras problemáticas represivas (hijos de ejecutados políticos, hijos de presos políticos, hijos de detenidos desaparecidos), quienes nunca abandonaron el país y sin embargo manifestaron también cuadros clínicos semejantes a los menores retornados. Estos eran, sólo para enumerar los más frecuentes: alteraciones a nivel del sueño, frecuentes diarreas, cefaleas, enuresis, encopresis y enfermedades bronco-pulmonares. Todos estos síntomas es posible considerarlos como manifestaciones de enfermedades psicosociales.

Se observó, además, que menores retornados de países desarrollados (Europa, Estados Unidos y Canadá) quienes en Chile sufrieron un cambio brusco en su bienestar bio-psicosocial, presentaron al año de retorno problemas de desnutrición; esta situación se dio a la inversa con los menores retornados de Argentina, México, muchos de ellos llegaron con un alto grado de desnutrición y fueron tratados en el programa de Salud Física en el intento de aminorar este daño.

El programa de Salud Mental ha señalado que en la problemática retorno, la sintomatología más frecuente detectada ha sido la de trastornos emocionales ansiosos, seguida de la disfunción familiar; todo esto sin dejar de considerar el hecho de que un grupo familiar o un menor puede tener más de un diagnóstico.

III. PROGRAMAS DE LA FUNDACION PARA EL AÑO 1991

En la misma medida en que las familias retornadas que han recurrido a nuestra Fundación han tenido que vivir un proceso, lo hemos vivido nosotros como profesionales dedicados a esta labor, por lo tanto, el tratamiento realizado no es una "receta aplicada". El modelo de intervención lo hemos diseñado en la práctica, con las demandas diagnosticadas, desarrollando los aspectos que hemos considerado indispensables para una reinserción integral.

Debido a esta situación de búsqueda y constante cambio, todos los programas han sufrido modificaciones en donde no ha estado ausente la larga discusión, la reflexión profunda y las creatividades individuales que se han vaciado al colectivo de trabajo, para lograr los avances que en este momento tenemos.

El año 1991 nos encuentra en este paso; con una nueva modalidad de atención, que contempla en la asistencialidad los aspectos preventivos y rehabilitadores, que permitirán favorecer el desarrollo y crecimiento bio-psicosocial de las familias, pero particularmente de los niños y jóvenes.

En lo referente a la problemática del retorno y de acuerdo a los nuevos programas de la Fundación (asistencial, de extensión e investigación) esperamos poder realizar en 1991 un trabajo integral que apoye el proceso de reinserción del menor en Chile.

En el aspecto asistencial, hemos considerado la asistencialidad preventiva y la asistencialidad curativa. La primera pretendemos desarrollarla a través de la formación de talleres de reflexión y experiencia, los cuales tendrán una duración de 3 meses.

El equipo de profesionales a cargo de estos talleres estará integrado por: asistentes sociales, pedagogos y terapeutas. El objetivo será intentar lograr que los menores retornados tengan un espacio donde puedan contar sus experiencias de exilio, manifestar sus inquietudes con respecto al retorno y compartir con otros menores y jóvenes que hayan vivido la misma situación. También se pretenderá poder pesquisar en forma oportuna las dificultades que los menores presenten, de manera tal que sean derivados a tratamientos específicos.

Por otra parte, la asistencialidad curativa contemplará 3 unidades de tratamiento:

1. *Unidad de Salud Mental:* con terapias individuales, familiares y/o grupales.
2. *Unidad de Servicio Social:* acogida del grupo familiar y seguimiento de su reinserción socio-económica. De acuerdo a cada diagnóstico estudiado en conjunto con el grupo familiar y a la capacidad del programa, se definirá si ha lugar a apoyos específicos, los cuales están concretados en cuatro rubros:
 - a) Beca de escolaridad y mantención: destinadas al pago de mensualidad escolar y de otros gastos ocasionados por la situación

escolar del menor (prioritariamente a familias retornadas de países latinoamericanos).

- b) Apoyos especiales: destinados a niños con enfermedades crónicas, cuyos padres no cuentan con los medios suficientes como para solventar los gastos que ocasionan estas enfermedades.
- c) Apoyos nutricionales: destinados a menores con problemas de desnutrición.
- d) Apoyos de emergencia: determinados montos para apoyos laborales, lo cual se traduce en un pequeño aporte en capital, para una actividad señalada por los padres, la cual sea factible de realizar y que contribuya al despegue económico de la familia y el desarrollo de sus capacidades propias.

3. *Unidad Pedagógica*: sólo para menores retornados, en cuatro talleres:

- a) Destinado a apoyar en forma científica los problemas centrales del idioma español: comprensión de lectura, mecánica de la ortografía, estudio de consonantes y vocales del idioma español, desarrollo del lenguaje oral y escrito, entre otras materias.
- b) Mecanismos para la comprensión y desarrollo de las ciencias exactas: matemáticas, química, física, biología.
- c) Historia y Geografía de Chile.
- d) Orientación vocacional: información y apoyo en la elección de estudios superiores a jóvenes retornados.

Todas las actividades de apoyo pedagógico serán realizadas en forma de talleres grupales, de acuerdo a las necesidades de cada menor, a su edad y grado de escolaridad.

Estos nuevos desafíos en materia de programas de la Fundación, no sólo están referidos al apoyo de menores retornados (con excepción de apoyo pedagógico), sino a todos los menores considerados dentro de la situación específica atendida por PIDEE durante los años anteriores.

Como respuesta a los cambios que exige la nueva situación política del país, es nuestra intención realizar un trabajo de extensión en forma paralela al de asistencialidad. En el caso específico de retorno, el Programa de Extensión tendrá como objeto el lograr la comprensión de la problemática retorno y el que esta problemática sea asumida por la

sociedad en su conjunto. A nivel específico nos referimos a la comunidad escolar, de organizaciones sociales y otras instituciones tanto del sector público como privado.

Frente a una acción de la sociedad en la acogida al retornado, cabe formularse algunas reflexiones necesarias para apoyar, efectivamente, tanto al individuo como al grupo de retorno.

En este marco de reflexiones entonces: ¿Estamos preparados emocionalmente para atender a estos “chilenos” que cambiaron? ¿Qué significa “recibirlos bien”? ¿Cómo nos organizamos para darles a conocer este Chile real y no el que soñaron? ¿Cómo aprendemos a escuchar sus inquietudes, relativarlas, aprender sus vivencias? ¿Qué hacemos con estos niños “cabezas negras” que hablan como gringos?

Eludir estas reflexiones, sería no querer ver la complejidad de la situación y trabajar en éstas, sin a su vez trabajar con el que vuelve, sería un vano intento por reparar los daños. Así también creemos ineludibles reflexiones profundas en el “chileno” que vuelve: ¿Ustedes han entendido de una vez y para siempre que les cambiaron Chile? ¿Han entendido y asumido que ustedes mismos cambiaron? ¿Podrán volver a relacionarse con los chilenos de acá, de acuerdo al sistema de relaciones que en Chile se usa? Y los retornados que dicen saberlo todo ¿entenderán que para vivir aquí sería preferible que evitaran las críticas lapidarias sobre lo que se hizo o no se hizo, en materia política, especialmente? ¿Podrán ustedes dejar en el exilio sus actitudes de superioridad? ¿Adoptarán las actitudes de otros retornados que con toda modestia y honestidad han reconocido que deben aprender a vivir acá y necesitan que se les enseñe? ¿Cómo han pensado ustedes, los retornados, que aportarán política, social y culturalmente en la construcción del Chile que queremos para todos? ¿Después de tantos años de exilio... están pensando en construir el mismo Chile que queremos nosotros? ¿Cómo han pensado vaciar todos los conocimientos y experiencias que traen desde tan diversas culturas?

También creemos que eludir estas reflexiones sería no querer asumir conscientemente la magnitud de la decisión de volver a vivir en la patria.

El Programa de Extensión de la Fundación basa sus principios en la promoción y defensa de los Derechos del Niño; no solamente referida en este caso a retorno o a aquellos que durante años anteriores fueron considerados en nuestra Fundación por su problemática específica represiva, sino a todos los niños de Chile.

Al mismo tiempo se continuará con el Centro de Documentación, el que intentaremos sea ampliado a la situación de los Derechos del Niño en toda América Latina.

IV. LA REPARACION

En uno de los numerosos escritos sobre exilio-retorno, publicados por la Fundación FASIC, se decía:

“Un daño socialmente causado, sólo puede ser socialmente reparado”; esta premisa está plenamente vigente y justificable, si se piensa en la especificidad de nuestra labor. Consideramos prácticamente imposible el crear las condiciones necesarias para que un niño retornado y su familia se reinserten en Chile, si no contamos con la sociedad en su conjunto, no sólo en la acogida, sino también o primeramente en la comprensión del problema y en asumir su propia responsabilidad.

Lo que sucedió en la época anterior al plebiscito de 1988, fue que tanto la problemática retorno, como las otras relacionadas con las violaciones a los derechos humanos, fueron vividas por los dañados en forma subjetiva, aunque se sabía que las causales eran de orden político. Ante la imposibilidad de que la sociedad asumiera los cargos, éstos se quedaban como hechos privados, personales y a lo máximo comprendidos por una parte de la sociedad. Por ejemplo, en el caso específico de retorno, los colegios llamados “alternativos” contribuyeron a la acogida del menor retornado, también las organizaciones no gubernamentales y muy contadas organizaciones sociales de tipo poblacional, sindical o político; pero el grueso de la sociedad estaba ausente de participación.

No podemos desconocer que en las carencias médicas, psicológicas y educativas experimentadas por los menores retornados, existe una problemática individual, personal, que ha traído como consecuencia daños psicológicos privados e individuales; sin embargo, cuando hablamos de reparación, de rehabilitación de estos niños agredidos individualmente, tenemos que obtener del conjunto de la sociedad un reconocimiento y entendimiento del origen político-social del exilio-retorno y de cómo el conjunto de la sociedad se debe preparar tras ese reconocimiento, para asumir entonces la problemática.

En este momento político-social que estamos viviendo, consideramos que es absolutamente posible que en el proceso de inserción de la familia retornada, esté involucrada la sociedad. De hecho existe un

organismo oficial de gobierno, preocupado del retorno, como es la Oficina Nacional del Retorno, lo cual significa que hay un reconocimiento social del problema. Aunque precarios, también se han creado espacios radiales que dan cuenta de esta problemática y se han realizado documentales referidos a retorno, en espacios televisivos de gran recepción. Esperamos que éste sea sólo el comienzo para informar y motivar a la sociedad.

Para explicitar más sobre la importancia de la socialización del problema, queremos señalarles que si se imposibilita al menor para que pueda expresar sus sentimientos y contar de sus vivencias en el exilio, si no se le ayuda socialmente a conocer este país, sus costumbres, sus gentes, se perturba irremediablemente el proceso de duelo por lo que el niño tuvo que dejar en el país de exilio, impidiendo así la aceptación de Chile por parte de él, el deseo de aprender a vivir aquí y finalmente el olvido de que él es un “retornado”; esto último muy necesario para evitar la estigmatización.

Por todo esto, consideramos como elementos reparadores, por ejemplo, la reivindicación de la identidad del retornado como tal. Como ya señalamos, muchos menores en tiempos de dictadura y dada la represión que se vivía, eran obligados por sus padres a callar el origen de su ausencia del país, o a mentir con respecto al país donde habían vivido el exilio; así se producían hechos tragicómicos como decir: “Mi papá trabajaba en el exterior en una importante empresa... pero se me olvidó cómo se llamaba esta empresa”, o “Sí, estuvimos en Europa de vacaciones... fuimos por diez años”, o “Vivimos en Panamá”, en circunstancias que el país de exilio fue Cuba.

También es importante el reconocimiento del origen político-social del exilio retorno: no se salió del país por espíritu aventurero de las familias; en muchos casos fue ante la disyuntiva extrema de vida o muerte, otros ante la elección de cárcel o destierro, también hubo exilio tras negadas posibilidades laborales o despidos por razones políticas; aquí, ante la inminencia del hambre, se buscaron otros horizontes.

Es importante este reconocimiento, porque la reparación también pasa por la restitución en el puesto laboral arrebatado, el reconocimiento de estudios cursados en el extranjero, la devolución de bienes indebidamente expropiados, etc.

Además, la información veraz que se pueda entregar a la sociedad en general es importante, para que ésta pase de la comprensión del problema a la acción de acogida.

Durante años se ha tratado de distorsionar la imagen del exilio. Sabido es de los intentos del régimen militar por desvirtuar este drama señalando que los chilenos están felices en el extranjero, que viven exilios dorados, que de qué se quejan, que no vuelven porque no quieren... es decir, el destierro, la violencia del trasplante, el quiebre de todo un proyecto de vida, el choque con otras culturas, los esfuerzos sobrehumanos por reestructurar sus vidas en tierras extrañas, las nostalgias, las tristezas, las incertidumbres... ¿son doradas...?

¿Cuántos chilenos viviendo una situación bastante aceptable en lo económico en el extranjero, son verdaderamente felices? ¿Se puede ser feliz en un país donde el cielo está prohibido de sol? ¿Donde se oscurece a las cuatro de la tarde? ¿Donde no se pueden expresar sentimientos a la manera latina y se deben encasillar en frases cortas, concretas, precisas, heladas? ¿Se puede ser feliz en un país donde a los hijos se les llama “cabezas negras”? ¿Donde la cotidianidad a cada rato está recordándoles que no son de allá ?

Creemos que todas estas preguntas con respuestas implícitas, son la base para iniciar una seria reflexión a nivel de la sociedad.

Como otro elemento reparador consideramos, entonces, la puesta en práctica de políticas sociales que asuman la problemática y la entrega de toda nuestra experiencia de trabajo en busca de una respuesta social.

No podríamos concluir todo este análisis de nuestro trabajo con retorno, sin referirnos como reflexión final a la magnitud que tiene el significado de las palabras *Para que nunca más*.

Para que nunca más, significa realizar un gigantesco accionar preventivo en la comunidad, un accionar de resguardo, de protección de nuestros niños.

Para que nunca más, significa trabajar en el mejoramiento del sistema democrático, trabajar en el esclarecimiento de la verdad y en la justicia frente a todos los delitos cometidos en materia de derechos humanos.

CONFERENCIA:

**DETENIDOS DESAPARECIDOS EN
UNA COMUNIDAD RURAL: DAÑO
PSICOLÓGICO Y PSICOSOCIAL.
PSICOTERAPIA DE GRUPO**

Carlos Madariaga

DETENIDOS DESAPARECIDOS EN UNA COMUNIDAD RURAL: DAÑO PSICOLOGICO Y PSICOSOCIAL. PSICOTERAPIA DE GRUPO

*CARLOS MADARIAGA
Psiquiatra
CINTRAS*

I. INTRODUCCION

La localidad de Parral es un pequeño pueblo rural que está ubicado en la VII región, tiene una población de 39.000 habitantes y su actividad económica central gira en torno a la producción agrícola. Su población es mayoritariamente obrero-campesina y su calidad de vida aparece severamente deteriorada por el alto nivel de marginalidad en que ha sido puesta por el modelo neoliberal imperante.

Hacia 1973 la zona fue objeto, durante los gobiernos de Frei y de Allende, de profundas transformaciones en las modalidades de propiedad, producción y consumo agrícolas. La reforma agraria iniciada en la década del 60 suprimió el latifundio y dio paso a las cooperativas campesinas; el gobierno democrático de la Unidad Popular tuvo un rol determinante en la creación de las condiciones jurídicas y sociopolíticas necesarias para materializar estos cambios estructurales del modelo productivo.

Desde un primer momento, la oligarquía terrateniente de la zona resistió el cambio en una histórica actitud clasista de defensa de sus intereses económicos. Esta resistencia tuvo su momento más agudo durante el gobierno de la Unidad Popular, generándose un conflicto social que ya había llevado durante el gobierno de Frei al asesinato del funcionario de CORA, Hernán Mery, en momentos que procedía a la expropiación de un latifundio.

En la región, el golpe militar desequilibró radicalmente la confrontación de los sectores sociales en pugna en favor de los terratenientes, desatando profundos sentimientos de odio y revanchismo hacia los protagonistas de la reforma agraria: autoridades de gobierno, dirigentes sociales y campesinado. El fusilamiento en consejo de guerra del Intendente de Talca y la desaparición del Gobernador de Constitución

marcaron el inicio de una escalada terrorista que culminó en la localidad de Parral con la desaparición de 29 trabajadores, en su mayoría obreros agrícolas.

El aparato represivo cumplió un expedito rol en la tarea de exterminio de las organizaciones populares. Destacamentos del Ejército, Investigaciones y Carabineros actuaron coordinadamente en las tareas de detención, tortura, asesinato y desaparición de ciudadanos. Sus centros operativos más importantes fueron la Escuela de Artillería de Linares, el Polígono General Bari - unidad en la que funcionó el Servicio de Inteligencia Militar (SIM) -, la Cárcel, el Cuartel de Investigaciones y la Comisaría de Carabineros de Parral, Colonia Dignidad.

Respecto a esta última es conveniente indicar que hay denuncias fundadas de que a partir del golpe militar se transformó en un recinto secreto de tortura y reclusión en colaboración directa con la DINA. Esta tarea estuvo facilitada por el carácter de “estado dentro de un estado” que sus propietarios alemanes le han otorgado dentro de la sociedad chilena. Recinto inexpugnable para cualquier autoridad política o jurídica de la nación, encubre hasta hoy con absoluto celo todo cuanto ocurrió en su interior durante el período dictatorial.

II. DEFINICION DE OBJETIVOS

En términos proporcionales, Parral fue la zona más gravemente afectada por la represión política en la región. Comunidad rural marcada por el atraso cultural y la extrema pobreza, configuró condiciones sociopolíticas y psicosociales propicias para la inhibición de eventuales mecanismos adaptativos de la población a la experiencia traumática. Con ello se paralizó toda expresión de respuesta social a la situación. La propia búsqueda de los detenidos desaparecidos durante el período dictatorial quedó relegada a tímidas acciones individuales o a incipientes formas de actuación coordinada de pequeños grupos de madres. La Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos de Parral emergió recién en 1990, en plena transición democrática.

Por invitación de la Agrupación de la provincia de Linares, CINTRAS inició su trabajo en Parral en agosto de este año. Llegamos en un tiempo de interesante apertura política y de complicados intentos por democratizar la sociedad. En esos precisos momentos, se desencadenó a lo largo del país una serie de hallazgos de osamentas de

ciudadanos asesinados en los años 70. Uno de estos cementerios clandestinos fue descubierto en Constitución, a escasos kilómetros de Parral. Por otra parte, la Comisión Verdad y Reconciliación, responsabilizada por el Presidente Aylwin para investigar las violaciones a los derechos humanos con resultado de muerte, anunciaba el inicio de sus audiencias a los familiares de las víctimas de la zona.

Estos hechos generaron en ellos intensas reacciones psicoemocionales ligadas a procesos de reactivación de duelos no elaborados, fenómenos que amenazaban con desbordarlos individual y colectivamente, dejándolos fuera de toda posibilidad de enfrentar esta nueva realidad.

CINTRAS dispuso un equipo psicoterapéutico - un médico psiquiatra y una trabajadora social - con el fin de estructurar un programa asistencial con una estrategia de intervención en crisis que tuviera características de plan piloto para permitir afinar un proyecto de trabajo permanente en la zona.

En lo que sigue, daremos cuenta del resultado de lo obrado en tres meses de trabajo (agosto - octubre 1990). El proceso terapéutico contempló una visita semanal del equipo con un diseño de tres horas para psicoterapias individuales, dos horas para dinámicas de grupo y dos horas para orientación sociofamiliar.

III. CARACTERIZACION DEL DAÑO

1. Aspectos psicosociales

La magnitud de la violencia desatada en esta pequeña localidad en los primeros años de dictadura, desencadenó rápidamente determinadas pautas sociales de convivencia, en cuya base se encontraban exaltados sentimientos de terror, aislamiento e inermidad. Estas iniciales reacciones psicoemocionales fueron evolucionando paulatinamente hacia formas más estables caracterizadas por el miedo, la apatía y la indiferencia social, dinámicas que perduran hasta hoy.

La relativa facilidad con que se hicieron crónicas estas reacciones de la comunidad, tiene sus causas, en primer lugar, en el insuficiente grado de desarrollo que alcanzó la conciencia social de los sectores populares previo al golpe militar. El marcado retraso de las fuerzas productivas, la sobreexplotación y el consiguiente estrechamiento de las formas de consumo del campesinado (desde el punto de

vista psicosocial nos interesa destacar la inaccesibilidad al consumo ampliado: la cultura), han sido las bases materiales de una histórica dependencia ideológica de este sector social con respecto de los detentadores de la tierra. Así se explica la altísima influencia electoral de la ultraderecha en la zona. Significa, además, que los cambios estructurales impulsados por el gobierno de Allende con la Reforma Agraria, abortados precozmente, no alcanzaron a producir modificaciones sustantivas en la conciencia de clase del campesinado local.

Una de las causas que permitió estas formas de reaccionar de la comunidad en forma aislada, individual fue que los grupos de pertenencia de los sectores populares más conscientes - partidos políticos, organizaciones sindicales y sociales - fueron destruidos rápidamente, lo que contribuyó a anular eventuales movimientos contestatarios en la población.

De este modo, la ausencia de instancias colectivas que pudiesen constituirse en una red solidaria que acogiera el drama personal, imposibilitó que éste fuese comprendido en un sentido más histórico y determinó que el individuo derivara hacia la privatización del daño, reduciéndolo por mecanismos no conscientes a un conjunto de procesos íntimos escasamente comprensibles.

Esta ha sido la modalidad prevalente como se ha estructurado la experiencia traumática en la comunidad de Parral. Son dominantes los sentimientos de fatalidad, escepticismo y resignación ante las vivencias dolorosas. Por un lado, una tradición cultural y concepciones atávicas ligadas a modos de explotación arcaicos del campesinado; y por otro, la sensible permeabilidad ideológica para la entronización de nuevos estereotipos y antivalores inherentes a las modernas transformaciones de la base económica (transnacionalización de la producción agrícola), configuran una conciencia espontánea enajenada en el pueblo, el que opta por refugiarse en el ensimismamiento y la inacción. Algunas formas de conciencia religiosa -las más retardatarias- consolidaron nuevos mitos y temores que contribuyeron a eclipsar la posibilidad de aprehender la realidad objetiva.

La tardía reorganización de los partidos políticos y organizaciones sociales en Parral retrasó en los sectores más dañados de la población el acceso a nuevas formas de comprensión de lo vivido. Este retraso ha sido determinante en la tendencia a la cronicidad de la experiencia traumática.

La apatía social facilitó la estigmatización de las víctimas, fenómeno no superado hasta hoy. En su expresión más dramática, se llega a la justificación del asesinato (“...algunos vecinos comentaban que él se lo había buscado, que en algo malo andaría, por algo le pasó lo que le pasó, como si mi hijo hubiera sido un bandido...”). Los victimarios en su mayoría permanecen en el pueblo, algunos todavía cumpliendo funciones militares, otros como prestigiados civiles. Su arrogancia es ilimitada. Prueba de ello es Colonia Dignidad, que ejerce un influjo mítico sobre las personas: se la percibe bien como una secta omnipotente a la que se le teme, bien como una institución benefactora a la que se le debe gratitud infinita. Tales paradojas en plena transición democrática tienen una base objetiva en el conflicto de poder que le subyace: gobierno y fuerzas sociales progresistas v/s aparato político-militar que conserva Pinochet como poder paralelo.

La reciente dictación del fallo de la Corte Suprema que ratifica la Ley de Amnistía, ha operado como estímulo de refuerzo en quienes están resignados ante la adversidad y estiman imposible el esclarecimiento de los crímenes. Frente a ello, la noble organización de la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos de la zona y sus incipientes acciones públicas emergen como abierto desafío a los mecanismos de negación social en los que se ha parapetado la comunidad.

2. El daño familiar

La estructura familiar del detenido desaparecido se nos muestra con profundos quiebres, como resultado de una progresiva disolución de vínculos afectivos entre sus miembros. Familias extensas, que debido a factores culturales propios del campesinado en otra época funcionaron aglutinadas hasta la tercera o incluso cuarta generación, hoy aparecen atomizadas y en procesos activos de disociación. La situación de duelo se prolonga por 17 años, de manera tal que los lentos movimientos hemostasiantes del sistema familiar han ido llevando a transformaciones estructurales del mismo. Vemos que la generación contemporánea al detenido desaparecido (hermanos, primos, cuñados) ha estado ausente de la búsqueda y la denuncia; más bien ha optado por la negación y la racionalización del trauma, mecanismo psíquico que pone a esta generación en situación de distanciamiento crítico respecto del familiar que lucha y, en algunos casos, hasta de identificación con el victimario.

Nos explicamos este proceso por el temor, la escasa filiación con el proyecto histórico-político del afectado y la necesidad de distanciarse de la estigmatización social de que éste ha sido objeto. Cónyuges jóvenes rápidamente se comprometieron en nuevas relaciones de pareja, emigrando de la zona y suspendiendo su contacto con la familia de origen de su anterior pareja. Los hermanos se independizaron e iniciaron vida fuera del hogar materno.

Han permanecido ligadas a la situación traumática las madres del detenido desaparecido; en ellas aparece concentrado el duelo familiar lo que las hace depositarias de una fuerte sobrecarga psicoemocional. La ausencia de apoyo familiar y la carencia de instancias sociales de contención del dolor han facilitado la privatización del drama. Movilizadas estrictamente por sentimientos maternales, han ido creando espacios de canalización del sufrimiento; ha sido más bien un acompañarse solidariamente en la búsqueda lo que ha permitido experiencias mínimas de comunicar y compartir el dolor, proceso insuficiente por las limitaciones que impuso la desconfianza, el temor y la incapacidad para coger los aspectos comunes a sus respectivas experiencias; es decir, quedaron suspendidas en una socialización insuficiente de lo vivido.

Como consecuencia de la falta de apoyo familiar, ciertas madres establecieron desde un comienzo un estrecho vínculo afectivo con algún niño de la familia generando un binomio (abuela-nieto) muy estable a lo largo del tiempo. Lo que inicialmente fue motivado por la necesidad de superar los miedos para actuar en la búsqueda, simbolizada en este niño que va cogido incondicionalmente de la mano de su abuela por los cuarteles y recintos de tortura, se fue transformando con el tiempo en uno de los principales sustentos afectivos de la madre. Esto último explica la gran interdependencia de los vínculos allí generados, fuente en la actualidad de nuevas y dolorosas fantasías de abandono y pérdida en ambos componentes del binomio (angustia de separación). Además, sentimientos no verbalizados de rabia y tristeza en la madre ante la apatía del cónyuge y los demás hijos frente a su dolor, se canalizaron en severas disfunciones de la pareja y en una actitud de rechazo y distanciamiento afectivo.

3. El daño personal

Un conjunto de síntomas orgánicos funcionales y psíquicos dan cuenta del sufrimiento acumulado. Profundos trastornos psico-biológi-

cos se expresan en un envejecimiento prematuro (a una edad cronológica de 60 años le corresponde una edad fisiológica de 70-75 años). Hay una tendencia a la cronicidad de los síntomas, hecho que pone en evidencia el dramático proceso de transformación de la alteración funcional en lesión estructural. Las enfermedades más prevalentes (trastornos cardiocirculatorios, degenerativos osteoarticulares y cuadros psicoorgánicos) corresponden a este tipo. Ello es expresión de un fenómeno más significativo aún -aunque insuficientemente estudiado- que afecta a los familiares de detenidos desaparecidos en una dimensión nacional: de un total de 62 casos de familiares fallecidos durante la búsqueda de los detenidos desaparecidos, 28 han tenido como causa de muerte el cáncer, (45,1%) y 14, trastornos cardiocirculatorios (22,6%). Otras 8 personas sobreviven con cáncer en curso.

Los trastornos psíquicos más frecuentes son: depresión, angustia, trastornos del sueño, cefaleas, síntomas tensionales, todos ellos cíclicos y persistentes en el tiempo, refractarios al tratamiento usual.

La experiencia traumática y la situación represiva subsiguiente operaron como noxa permanente para la salud mental del sujeto produciendo transformaciones profundas en la personalidad: el dolor, ya disociado de su fuente de origen y cronificado - al punto que se desea la muerte ("...tanto que le he pedido de rodillas a mi Dios que me lleve...") - produjo una incapacidad de sentir placer por algo, contaminando la cotidianidad con un vivenciar penoso; la ausencia de acogida exterior al dolor empujó a su internalización y a la reducción de las relaciones con el mundo, al aislamiento; en algunos casos, se recurrió al alcohol.

En esta realidad biopsicosocial del sujeto, el duelo se nos reveló como un severo conflicto psíquico no resuelto, en el que la situación dominante está dada por la negación de la muerte. La muerte - como posibilidad concreta para el ser querido - es rechazada en la conciencia ya sea en forma permanente o cíclica. La mayoría de los familiares están aún inmersos en la primera etapa de este proceso: la búsqueda ("vivos los llevaron, vivos los queremos"). Se siguen entretejiendo expectativas de encontrarlos con vida ("...si me parece que va a aparecer en cualquier momento en la puerta de la casa...", "...no me puedo alejar de la casa porque a veces me digo: ¿y si llega un día y no me encuentra...?"), expectativas que primero se manifestaron en conductas activas y concretas de búsqueda y con el tiempo se han reducido a una mera actividad intrapsíquica.

El peso de los factores culturales, mágicos y religiosos iluminó la conciencia espontánea del sujeto con fantasías, ilusiones y sueños que alimentaron la negación a la muerte. De ciertas interpretaciones populares de la actividad onírica se tomaron simbolismos para darles el carácter de verdad revelada. Estas creencias, mientras más ligadas a lo escatológico y a la interpretación mística, más refractarias han sido a la confrontación con la realidad exterior.

He aquí dos actitudes diferentes ante los sueños que ilustran lo dicho:

María: “Yo no sé qué pensar, cada noche le rezo a mi hijo y le digo “dame una señal, preséntate ante mí en mi sueño, acude al llamado de tu madre”, se lo pido llorando cada noche, pero nunca se me ha aparecido, no quiere hacerse presente, por eso no es posible que esté muerto, en algún lugar del mundo está sufriendo por ahí”.

Juana: “Yo supe desde un principio que mi hijo estaba muerto, él me visitó en mis sueños. Dos o tres veces soñé lo mismo, él estaba dentro de un cajón con su carita vendada y me dice mi hijo “mamá, estese tranquila, yo estoy contento, estoy aquí con mis abuelitos, no sufra más por mí, estese tranquila”; después de esos sueños me vino la paz y tranquilicé mi espíritu...”

El reciente hallazgo de osamentas ha enfrentado a estas mujeres a una situación concreta: la materialización de la muerte. Este dramático dato de la realidad ha acentuado sentimientos de ansiedad, incertidumbre y dolor. La muerte es ahora una opción probable. Esto ha planteado el problema de la aceptación de la muerte del ser querido a partir de la certificación de la muerte del otro, en ausencia del cuerpo (“...pero, ¿cómo voy a saber si está muerto, si no tengo un pedacito de hueso de él siquiera que me diga éste es mi hijo...?”).

Por otro lado, los restos humanos recientemente exhumados en la zona (Constitución) formaban un pequeño conjunto de fragmentos óseos de distintos cadáveres imposibles de identificar, estando demostrada, sin embargo, su calidad de lugareños. Esto ha generado un segundo problema: la dificultad para las familias de personificar dichos fragmentos óseos o de dotarlos de una mínima simbolización como para realizar con ellos los rituales de sus duelos.

Hay una tercera situación: las investigaciones actuales en torno a los cementerios clandestinos arrojan suficientes evidencias acerca de la imposibilidad definitiva de recuperar a gran parte de los desapareci-

dos. El sujeto, a medida que va percibiendo este nuevo dato, se aproxima a una nueva situación emocionalmente crítica: no se trata sólo de asumir la muerte, sino la posibilidad de no saber jamás de su cuerpo. Se impone desde fuera un tácito epílogo a toda espera (a toda esperanza), y se despoja de sentido la continuidad de la existencia. En quienes han retardado notablemente la elaboración del duelo, la sola percepción de tal disyuntiva se expresa -al igual que las anteriores- como una clásica situación doblevinculante que exacerba los sentimientos de dolor y mortificación (“...Si no los encuentro nunca, si nadie me dice nunca ahí están tus hombres, no voy a descansar en paz nunca, me voy a morir con mi dolor...”).

IV. EL ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO

El trabajo psicoterapéutico contempló tres niveles de acción: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y reuniones informales con la Agrupación. Estos niveles fueron evaluados simultánea y periódicamente para medir las respuestas obtenidas frente a los objetivos iniciales propuestos. La estructuración subsiguiente del trabajo fue definiéndose en el transcurso de las primeras sesiones, una vez precisados los aspectos diagnósticos fundamentales. Se laboró con el grupo en sesiones semanales de una hora y media de duración; participó un promedio de 18 personas.

Hemos distinguido cuatro momentos en la psicoterapia de grupo, en los que se han centrado los procesos psicológicos más significativos. En resguardo de la fuerte imbricación entre uno y otro momento, los precisamos sólo con fines expositivos.

1. *Primer momento:* dirigido principalmente a consolidar el vínculo terapéutico, estimular relaciones afectivas en el plano interpersonal, exteriorizar los miedos y desconfianzas, expresión y acogida del dolor. El trabajo con actividades lúdicas, dramatizaciones y rol-playing permitió desplegar pautas comunicacionales no verbales, facilitando la creación de un espacio predominantemente vivencial con importante movilización de los planos emocionales. Se obtuvo una rápida cohesión del grupo y signos rudimentarios de un proceso de identificación de realidades comunes, punto de partida para el desarrollo de vínculos de pertenencia con respecto a la Agrupación.

Estos pequeños logros permitieron disipar exitosamente las vacilaciones y miedos que existían para viajar a Linares a declarar ante

la Comisión Verdad y Reconciliación. Fue una primera experiencia en la que el grupo elaboró estrategias compartidas para superar resistencias y temores, y para asegurar una conducta socialmente eficiente y adaptativa frente a un desafío altamente significativo respecto de sus duelos.

2. *Segundo momento*: Definido por la necesidad de configurar una impresión diagnóstica de la magnitud del daño psicológico y psicosocial, y de las dificultades en socializar este daño. Ello implicó acometer los complejos problemas derivados de la privatización de la experiencia traumática y la necesidad de buscar una reinterpretación de ella a partir de sus determinantes histórico-sociales.

Estimulamos formas de relato testimonial que - conteniendo la reivindicación de los aspectos humanos de la víctima - permitieran una elaboración emocional de la experiencia. Favorecida la comunicación verbal por el espacio de confianza social y terapéutica, se produjo la abreacción y la catarsis.

En la medida que cada uno iba reconociendo en el relato del otro aspectos de su historia personal, los temores iniciales de comunicar la propia experiencia fueron desbordados por sentimientos solidarios y de acogida del dolor. La integración de un plano cognitivo en esta etapa permitió el intercambio de opiniones y la reflexión colectiva, abriendo con ello una puerta a la comprensión más profunda de la realidad.

Aparecieron aspectos persistentemente negados de la biografía del desaparecido, como su militancia y actividades políticas. El reconocer su calidad de “revolucionarios” o “marxistas” les generaba confusiones y ambivalencias. Estas categorías eran, por una parte, incomprendidas en su sentido político o ideológico y, por otra, percibidas como demasiado identificadas con los estereotipos maniqueos fabricados por la dictadura (“...decían que mi hijo era un comunista...y eso no es cierto, mi hijo era un buen hijo, preocupado de su casa, me ayudaba, ¿cómo pudieron llevárselo si era tan bueno?”. Comunista: antípoda de bueno, ergo: comunista=malo). Siendo este fenómeno una ilustrativa caricatura del conflicto social de fondo, permitió aproximarnos a la dialéctica de lo personal y lo social en el origen del problema.

La negación de la muerte apareció como conflicto de fondo, en lucha con la irrefutable realidad. Su manifestación particular tiene la impronta histórico-biográfica y caracterológica de cada sujeto. Los unía un común denominador: una íntima trinchera psicológica desde la que se

defendía la vida, ya sea con una fantasía, una esperanza o un “presentimiento” (“algo me decía que estaba vivo... yo sé que está vivo en alguna parte, claro, es posible que lo hayan matado como a tantos otros, pero algo me dice en mi corazón que está vivo, por algo soy su madre...”).

3. *Tercer momento:* Habiéndose producido en las madres más resistentes interesantes atisbos de apertura a la posibilidad de la

muerte - los que fueron abordados con mayor profundidad en las psicoterapias individuales -, nos planteamos la necesidad de un reencuadre global de la experiencia traumática en el trabajo de grupo. Tal objetivo fue develándose a partir tanto de las nuevas necesidades subjetivas del grupo como de las exigencias inmediatas impuestas por la realidad. Por una parte, un deseo verbalizado de superar el sufrimiento personal y acceder a condiciones de vida anímica y emocional más estables, y por otra, la profundización de las investigaciones oficiales acerca de los crímenes y el descubrimiento de osamentas en la región - hechos que las obligaron a acciones concretas -, hicieron madurar un momento propicio para aproximarnos a una reelaboración de lo vivido en el pasado y a una comprensión clara y real del presente, un presente que ha reconocido en escasos meses un único destino posible para los detenidos desaparecidos: la muerte.

Durante el período dictatorial, el refuerzo psicológico más significativo para la configuración de una situación de doble vínculo en el familiar (aceptar la muerte v/s asumirlo vivo) era el poder autoritario, el cual aparecía ocultando la verdad. Una eventual solución de esta dicotomía se hacía imposible de asumir, puesto que la alternativa más probable desde una perspectiva histórica y sociopolítica (la más “realista”) -la muerte de los detenidos desaparecidos- aparecía bloqueada ante la conciencia del sujeto por el discurso oficial de la autoridad político-militar y de la propia justicia, que negaban sistemáticamente los hechos, trasladando con ello la presunción de la muerte al familiar. El romper la paradoja, concretando esta presunción, implicaba para este familiar una autoría simbolizada de la muerte del ser querido y el desencadenamiento de sentimientos de culpa y arrepentimiento.

Las nuevas condiciones políticas y morales (aunque no jurídicas) imperantes en el país, han creado un nuevo contexto sociológico y psicosocial frente a los crímenes de la dictadura. Contundentes fragmentos de la verdad (tortura, ejecuciones sumarias) son difundidos por los medios de comunicación, la autoridad civil denuncia los hechos, se hacen públicos los elementos probatorios y la identificación de

algunos culpables, etc. Por primera vez en 17 años se propaga un mensaje social relativamente claro acerca de los hechos hasta los sectores más retrasados de la comunidad. Se ha iniciado un proceso de legitimación social de la verdad en el que participan diversos estamentos de la sociedad civil: iglesias, autoridades de gobierno, parlamentarios, dirigentes sociales y políticos, redes informativas, etc.

Esperanzas, fantasías y deseos acumulados en estos años en los familiares viven hoy acelerados procesos de ajuste o contradicción frente al dato objetivo de la realidad. La verdad histórica (realidad objetiva) empieza a establecer vínculos de interdependencia con la verdad como proceso de la conciencia del sujeto (realidad subjetiva), de manera tal que, ahora, la responsabilidad por la transformación de la muerte posible en muerte real empieza a desplazarse desde una determinación consciente - aunque involuntaria - del familiar, hacia la sociedad en su conjunto, que resuelve hacerse cargo de la herencia del pasado.

La posibilidad de trabajar los planos afectivos y vivenciales en una relación más estrecha con los planos cognitivos, en un esfuerzo integrador de los procesos psíquicos, puede permitir -particularmente en quienes el duelo está menos elaborado por causas objetivas (marginalidad cultural, como la situación en estudio)- el desarrollo de niveles superiores de la conciencia del sujeto. Con esto último es factible estimular el rescate de la historicidad de su singular experiencia traumática, su comprensión nítida y la ruptura en última instancia del doble vínculo. Una opción personal consciente y libre por la verdad histórica puede abrir camino a un nuevo estadio del proceso psíquico y a la búsqueda de estrategias no autopunitivas.

Preparamos el reencuadre en dos sesiones dedicadas a recoger el background de creencias, testimonios de terceros, informes oficiales de la autoridad militar, fantasías, especulaciones, presunciones y todo cuanto haya contribuido en estos años a configurar una percepción falsa de la realidad. Estas son algunas de las “trincheras psíquicas” pesquisadas:

- “El tiene que estar vivo, porque el teniente me dijo que lo habían dejado en libertad y que lo más probable es que se haya ido fuera del país con otra mujer, a lo mejor está fuera del país...”

- “Yo creo que lo tienen es las islas del sur, para allá dicen que se llevaron a muchos, yo le pediría al Presidente que diera una orden para revisar todas las islas, deberían haberlo hecho ya...”

- “Están vivos en el sur, a mí me devolvieron la libreta desde Concepción, puede que Pinochet lo tenga escondido en algún seminario en los pueblos del interior...”

- “Dicen que sacaron camiones llenos de gente y los llevaron a la isla Santa María, los trabajadores de noche veían pasar y pasar camiones con gente para allá...”

- “Pudieran estar en las islas del sur, en la isla Dawson, pero es un poco remoto, nunca han mandado mensajes...”

- “Muchos de los nuestros firmaron su libertad; dicen que los llevaron a Colonia Dignidad donde cremaron a muchos, se escuchan tantas cosas...”

- “Dicen que hay túneles en la Colonia, muy profundos y llegan hasta la Argentina, por ahí los pueden haber sacado. Me contaron que los tienen como a 200 metros bajo tierra a pan y agua...”

- “Yo pienso que mi hijo está vivo en la Colonia, porque para allá salían las camionetas, un vecino me contó que una vez vio una, salía un brazo para afuera y me dijo que ese brazo podía ser de mi hijo...”

- “Yo conozco una persona que fue torturada y presa en la Colonia y está vivo, tiene los dedos planos, porque se los aplastaron, él dice que ahí tienen presos políticos en trabajos forzados...”

En un tercera sesión trabajamos de un modo interaccional el aporte de toda la información objetiva existente en la zona. Colaboraron en ella abogados y trabajadores sociales que han llevado todas las investigaciones de Vicaría de la Solidaridad. Se produjo una interesante dinámica de consultas específicas y reflexiones colectivas en un proceso confrontacional entre fantasías y realidades. Una alta descarga psicoemocional acompañó la constante necesidad - ahora verbalizada - de conocer aspectos ignorados del caso personal y de los otros. La pesadosa movilización colectiva de los afectos no obstaculizó el análisis de los datos aportados por los técnicos. El telón afectivo del grupo fue más bien el de una tristeza profunda y reposada, de una cierta ansiedad y angustia que fluctuaba armónicamente con momentos de tensión emocional y de dolor.

El plano cognitivo se desplegó notablemente, se dialogó acerca de la verosimilitud de la muerte y la necesidad de buscar nuevas formas de reivindicación del ser querido. Algunas personas expusieron su

deseo de luchar por el rescate y dignificación de la persona humana, contra los estigmas de que fue objeto; otras expresaron que algún grado de tranquilidad puede lograrse si se aclaran los hechos, si se logra identificar a los victimarios, etc.

4. *Cuarto momento*: Es el trabajo por realizar. Se ha producido un significativo descongelamiento del duelo y se ha iniciado un reencuadre de la situación. Se abren espacios sólidos para abordar el proceso actual, incorporando como hechos de conciencia datos de la realidad antes marginados de la cosmovisión de los familiares. Las nuevas relaciones humanas establecidas en el colectivo han dinamizado la agrupación, perfeccionando su rol como instrumento canalizador de las necesidades personales y grupales que puedan emerger.

Se han esbozado ideas específicas para dar continuidad a la relación solidaria con el desaparecido. A ello contribuye la percepción más nítida de conceptos como verdad y justicia, que empiezan a encajar con naturalidad en lo que podría ser un naciente proyecto histórico-vital reivindicador del pasado a través de las conductas concretas del futuro.

Daños cronificados, trastornos psicobiológicos y sociales muy estructurados, magras condiciones materiales de vida, son aspectos de una realidad que encierra en sí misma una buena parte de sufrimiento irreparable. Esto nos hace sentir lo impredecible que resulta este cuarto momento terapéutico.

PANEL:

**DETENIDOS DESAPARECIDOS
Y EJECUTADOS POLÍTICOS.
ASPECTOS MÉDICOS,
PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.
REPARACIÓN**

Hipótesis de trabajo

Diana Kordon

Privatización o trinchera: consecuencias
de un contexto patógeno

Mauricio Gómez

Detenidos desaparecidos: consecuencias
para la segunda generación

Niels Biedermann

Algunas dinámicas familiares observadas
en familias de detenidos desaparecidos

Teresa Huneus

Testimonio: los ideales no se matan ni desapa-
recen, se multiplican

Solidia Leiva

HIPOTESIS DE TRABAJO

DIANA KORDON

Psiquiatra

*Equipo Argentino de Trabajo
e Investigación Psicosocial*

Estudios en distintos países han demostrado que en personas que han tenido pérdidas muy significativas en su familia hay un aumento del riesgo físico, en particular cuando se trata de padres que pierden hijos adultos.

En todos los casos estudiados estadísticamente, el aumento del riesgo es similar en hombres y mujeres.

Estos resultados coinciden con las observaciones clínicas de Freud en el sentido de que el duelo por la pérdida de un hijo no llegaría nunca a completarse.

Los mecanismos por los cuales se produce la enfermedad física o la muerte en esas personas, tienen que ver en algunos casos con la implementación de conductas que ponen en riesgo su vida, conscientes o inconscientes, o a través de lo que algunos autores han llamado efecto de desolación.

No nos detendremos acá en el análisis de los mecanismos que vinculan el psiquismo con la afectación física por ser suficientemente conocidos. Vale la pena, de todas maneras, recordar la relación entre los efectos de desesperanza y la muerte súbita.

Nuestro estudio confirma el aumento de la morbi-mortalidad en padres hombres que han tenido hijos detenidos-desaparecidos. Mientras que las cifras de mortalidad comparadas con el catastro a igual grupo son semejantes en las mujeres, en los hombres es donde hay una diferencia significativa de mortalidad.

Si bien en el conjunto de la población hay una diferencia significativa a favor de mayor mortalidad de hombres, en nuestro caso, esos porcentajes se incrementan en forma notable.

AFECTACIÓN DE LA FUNCIÓN PATERNA

La represión del terrorismo de estado fue masiva e ilegal en relación a la legalidad anti-constitucional establecida por la dictadura y arbitraria en relación a su poder omnímodo.

Esta condición determinó que en términos de realidad fuera muy difícil sustraerse individualmente a la posibilidad de ser alcanzado por dicha represión.

En nuestra sociedad la función de protección es asignada al padre en el seno de la familia, y esta función de cuidado protector fue afectada masivamente determinando sentimientos de impotencia en los hombres por no haber podido cumplir el rol asignado y asumido como ideal.

La experiencia clínica hacía evidente que los hombres se autorreprochaban no haber podido cumplir esa función protectora desde distintos ángulos. Algunos por no haber previsto la magnitud de la represión en curso, otros por no haber podido convencer a sus hijos de alejarse del peligro, otros, porque producido el secuestro, no pudieron recuperarlos a través de sus gestiones.

La desaparición constituye un tipo de pérdida en la que no existe ninguno de los rituales sociales habituales que operan como punto de partida para la elaboración del duelo. El ritual que acompaña la muerte apoya la representación. Junto con el cuerpo, constituye el punto de partida que opera sobre el principio de realidad para la elaboración del duelo.

En el caso de la desaparición, no existieron ni el cuerpo ni estos rituales. Fue el movimiento social, que generó a su vez un nuevo consenso social, el que sostenía la representación y que se constituyó en el referente material necesario para la realización del trabajo del duelo.

Este sentimiento de impotencia, la crisis narcisista de no haber podido cumplir con el ideal social de protección, se vio intensamente reforzada por las inducciones dictatoriales, que proponían que el ser alcanzado por la represión estaba vinculado a la falta de cuidados y protección por parte de la familia.

En el caso de los hombres, hubo un escaso soporte social para la elaboración del duelo y tuvo, por tanto, incidencia, también como factor de riesgo.

La transmisión emblemática de padres a hijos, sobre todo en aquellos aspectos que hacen a la potencia y los límites, se veía dificultada o francamente interferida por la impotenciación de los padres frente al poder omnímodo de la dictadura. Al producirse la desaparición, esta problemática se dramatiza en una vuelta contra sí mismo a través del autorreproche.

Otro aspecto a analizar son las modificaciones en la estructura de roles y los sistemas de valoración en el grupo familiar. En muchos casos la figura del padre quedaba desvalorizada en el medio familiar en relación a la figura cada vez más idealizada del hijo desaparecido.

En muchos casos hubo situaciones de autoexclusión del padre del proceso productivo, renuncia al trabajo, con los consiguientes efectos en la familia en cuanto al aspecto de pérdida de la función de sostén familiar material, que lo llevaba a ser objeto de recriminación o de marginación en la familia.

Se producía también en muchos casos una especie de fobia social, en cuanto a las amistades o grupos sociales de pertenencia previos a la desaparición. Esta fobia social, "vergüenza social" de ser padre de desaparecido, derivaba del cuestionamiento de la autoestima narcisista.

Había también temor al encuentro con la gente, pero en estos casos, temor persecutorio, por la posibilidad de ser acusado de responsabilidad en la desaparición del hijo. Esta retracción incide posteriormente en el aumento de factor de riesgo, en tanto se obstaculizan las posibilidades de apoyo grupal, apoyo grupal necesario para abordar las situaciones traumáticas que favorecen la desestructuración psíquica.

En otros casos, si bien se mantenía el trabajo, por las razones antes expuestas en cuanto a la fobia o el temor social, o directamente por el temor a perder dicho trabajo, se mantenía silencio sobre la situación que se atravesaba. Esto determinaba, por un lado, sentimientos de culpa por el ocultamiento, e intensos esfuerzos sobreadaptativos, con el consiguiente riesgo.

SITUACIÓN DE LAS MUJERES

En el caso de las mujeres, en cuanto a la comparación con el grupo de hombres, no existe aumento en la morbi-mortalidad en relación a los datos catastrales.

La diferencia tiene que ver, en nuestra opinión, con el hecho de que hubo una forma de respuesta socialmente organizada a la situación traumática, que incidió en la elaboración de la pérdida.

El grupo de madres, conformado espontáneamente al principio en la búsqueda de sus hijos, institucionalizado después, cumplió una función que podría ser definida como protésica y proteica.

Protésica en el sentido de que el grupo sirve de apoyo al psiquismo, en riesgo de desestructuración no sólo por la pérdida sufrida, sino particularmente por la calidad de “desaparecido” de aquellos que eran secuestrados.

Esta función de apoyo que ya fuera descrita desde otra conceptualización por B. Bettelheim en su experiencia en los campos de concentración nazis, está ligada a la temática que planteáramos precedentemente.

El grupo social de madres formuló una respuesta contra-hegemónica que permite romper la renegación social inducida en cuanto a la existencia de los desaparecidos. Ante la ambigüedad, la incertidumbre, la presencia-ausencia del desaparecido, como elementos que tienden a la desestructuración del psiquismo, este grupo de mujeres construyó a través de su práctica social el consenso social necesario para instituir públicamente la figura de la desaparición.

Y la demanda también pública de justicia, que garantizara la existencia del orden simbólico.

La eficacia de este rol social asumido, incidió favorablemente en la posibilidad de elaboración del duelo. Y por eso este tipo de elaboración es pública, colectiva, social, aunque tenga en cada caso la impronta de lo particular y lo íntimo.

Por otra parte, este tipo de grupo permitió superar en el imaginario social que lo refería, la sospecha que todo grupo despierta en una situación dictatorial.

Además, la participación de estos grupos tuvo una función proteica, en el sentido de aquellas transformaciones, que podemos definir como de enriquecimiento yoico, operadas en los que participaron en ellas.

Al asumir una posición activa de búsqueda del hijo desaparecido, y al organizarse grupalmente en función de dicho objetivo, pudieron

preservar su autoestima, producto de una adecuada relación entre el Yo y el Ideal del Yo. Bettelheim sostenía que el respeto hacia sí mismo resultó lo más valioso, como defensa al analizar su propia situación de prisionero en un campo de concentración.

La comprensión intelectual de lo que estaba ocurriendo, producto de la práctica social, actuó como defensa en sentido amplio, como acción protectora adecuada del Yo y no como mero mecanismo de defensa.

El pasaje del ámbito casi exclusivamente íntimo y doméstico hacia el campo político, jurídico y social, permitió el desarrollo de capacidades tales como la de discriminación, de síntesis y de anticipación, todas ellas vinculadas al universo simbólico.

El reconocimiento de los modelos propuestos y su denuncia permitió dirigir la agresión, elaborada, hacia el objeto adecuado, evitando que ésta se volcara sobre sí mismas o se desplazara hacia el interior de la familia o grupo de pertenencia.

La participación grupal, conjunta, en el caso de las mujeres, en el reclamo por la suerte de sus hijos, actuó como una defensa protectora del Yo. Y esto fue así, no sólo para las que participaron directamente. Operó también como representación social: "las madres", con la cual pudieron identificarse todas las mujeres. También actuó como grupo de referencia y sostén en relación a otras víctimas de la represión, como detenidos, y a otros sectores populares. Ayudó al duelo general de todos; ya que todos fuimos víctimas por ese ideal social.

Estos procesos probablemente tengan incidencia en la reducción del factor de riesgo físico en las mujeres, ya que, como se evidencia en esta investigación estadística, a diferencia de otros países, en nuestro caso no hemos podido comprobar incrementos en la morbi-mortalidad.

PRIVATIZACION O TRINCHERA: CONSECUENCIAS DE UN CONTEXTO PATOGENO

*MAURICIO GOMEZ
Psiquiatra
CINTRAS*

Hay muchos aspectos del daño a la Salud Mental ligado a la represión política que ya han sido adecuadamente descritos. Estos incluyen por cierto el quiebre de los proyectos vitales, la estigmatización, el aislamiento social, el daño familiar y las constelaciones sintomáticas asociadas.

Resulta útil aproximarse a este problema desde diversos ángulos, considerando tanto los aspectos individuales, interaccionales en el nivel familiar y comunitario, así como también en el nivel más amplio de lo sociopolítico.

Es evidente que la represión política y los brutales crímenes cometidos con ella son fenómenos que desde el contexto de lo social agreden a grupos de personas más o menos organizadas en lo político, sindical u otras formas. Pero, en última instancia, el daño es inferido a personas concretas pertenecientes no sólo a sus grupos de participación, sino que también poseen familias. Podemos afirmar que, inevitablemente, todos los niveles de participación del sujeto que padece la represión política se ven de una forma u otra dañados, desde el nivel político, pasando por lo laboral, la comunidad, la familia y su relación consigo mismo en su individualidad.

Si a esto agregamos la intensidad traumática que supone la ejecución y, más aún, la desaparición de personas, resulta inevitable y esperable la aparición de dolor psicológico importante en sus seres queridos.

Un aspecto preocupante de este tipo de daño es la gran tendencia a la cronicidad o mantención de sus manifestaciones, para lo cual pueden darse diversas explicaciones, a nuestro parecer no excluyentes.

1. Dando por establecido el rol determinante del evento traumático en sí, creemos que el principal factor es el contexto político-social. Durante muchos años se negó desde la autoridad dictatorial y sus aliados, la

existencia de estas violaciones y de las propias víctimas. Se degradó a estas personas como delincuentes, terroristas, antipatriotas y asesinos. Con estas acciones se pretendía justificar lo ocurrido como un acto de justicia o bien negar la ocurrencia misma del hecho; en ambos casos generando en los familiares y sus amigos sentimientos de inseguridad, rabia, impotencia y temor. Se suma a esto el hábil manejo informativo que por largos años logró mantener en la ignorancia y pasividad a grandes segmentos de la población, con lo que las personas y grupos más golpeados aparecían aislados del resto de la sociedad.

2. Relacionado con lo anterior, aparece un segundo aspecto, el silencio y el aislamiento, que contribuye a cronificar el sufrimiento en las familias, agregando serias disfunciones al daño producido por la experiencia traumática en sí. Con este movimiento hacia el interior de la persona y de la familia, se va produciendo lo que se ha denominado la “privatización del daño”. En este proceso, se perpetúa un hecho traumático cuyo origen es eminentemente socio-político, en el espacio personal, donde no hay posible resolución. Nos interesa enfatizar la importancia del contexto en la generación de esta forma de respuesta.

3. Una forma de respuesta organizada, que trasciende el espacio personal y adquiere un carácter sociopolítico, congruente con el origen del hecho traumático, han sido las agrupaciones de derechos humanos conformadas por familiares, amigos y otras personas comprometidas con la exigencia de verdad y justicia. Estas agrupaciones han constituido un nexo necesario entre los familiares de las víctimas y las agrupaciones políticas a las cuales éstas pertenecían. La participación en estas organizaciones ha permitido otorgarle un sentido al dolor, canalizar la indignación y la rabia en la dirección adecuada y, en último término, reivindicar el nombre de las víctimas. En este punto del camino, creemos que surgen nuevos peligros que pueden llevar a la mantención del sufrimiento. Cuando un conflicto es intenso y crónico, como lo ha sido la lucha política y de derechos humanos, ocurren fenómenos que hemos denominado “síndrome de la trinchera”. Lo que hemos observado es que en muchos casos ha ocurrido una severa restricción en el repertorio de conductas, acentuándose aquellas más ligadas al dolor, la denuncia y la lucha, a costa de aquellas relacionadas con el esparcimiento, la creatividad, la vida afectiva, familiar, etc. Como si la persona hubiera fijado su relación con el mundo en una sola faceta de su personalidad. Creemos que esto se da con más fuerza mientras mayor sea el compromiso

emocional con la causa, mientras más éticamente inaceptable resulte la situación y el enemigo, y mientras más descomprometido aparezca el contexto social respecto del conflicto.

Es claro que estas condiciones se dieron con bastante intensidad durante largos períodos. Entendemos esto como una forma de diferenciarse al máximo del enemigo y de ahuyentar los temores de que la causa sea abandonada, no dando ninguna concesión, aunque sea aparente, en esta justa lucha. En este proceso nuevamente enfatizamos el rol patogénico del contexto socio-político que describimos, generador de una profunda desconfianza para quien ha sufrido estas experiencias. Sin embargo, en este proceso de desprivatizar el daño y luchar, se ha llegado a invadir en forma similar el espacio personal.

Pensamos que, tanto en la privatización del daño como en el atrincheramiento, es el contexto socio-político el que, junto a la magnitud del trauma, juega un rol principal.

En el proceso terapéutico se puede colaborar en la diferenciación de niveles y desrigidización de las conductas, aprehendiendo aquellas señales del contexto que apuntan a una mejoría de sus condiciones, capacidad de discriminación que también parece restringida desde la trinchera. Colaborar además en la búsqueda del permiso para iniciar un camino de recuperación de las facetas postergadas, las mismas que parecieron no tener derecho a expresarse frente a tanto dolor.

DETENIDOS DESAPARECIDOS: CONSECUENCIAS PARA LA SEGUNDA GENERACION

*Niels Biedermann
Psiquiatra
ILAS*

Las consecuencias tardías del tipo de daño estudiado por nosotros en familias de detenidos-desaparecidos y de ejecutados políticos y que afectan la segunda generación, fundamentalmente a los hijos, pero también a sobrinos directos de familias muy estrechamente relacionadas, se pueden entender a través de dos conceptos básicos:

1. La perturbación de un proceso normal de duelo.
2. La transmisión transgeneracional de patrones conductuales en el seno de las familias.

Este último punto es muy importante porque apunta a la eventualidad de la aparición de perturbaciones en por lo menos la generación que sigue a la que sufrió el impacto directo.

Del estudio de genogramas familiares se sabe que las pautas conductuales tienden a transmitirse, incluso conductas extremas como el suicidio. El riesgo de suicidio en una familia aumenta en proporción a los suicidios preexistentes en ella. Prevenir un suicidio también es prevenir un mayor riesgo para las generaciones que siguen. En la familia del escritor Eugene O'Neill existió una historia de abuso de drogas y alcohol a través de varias generaciones, haciéndose más destructivo en cada generación. Además los hijos mayores morían jóvenes. El hermano mayor de Eugene murió a los 45 años a consecuencia de sus excesos alcohólicos y el hijo mayor del escritor se suicidó a los 40.

La vía de transmisión de estas pautas transgeneracionales sigue un patrón complejo que no es el caso analizar aquí, pero sí vale mencionar uno de sus elementos principales que es el sistema de lealtades. Cada generación recibe de la que le precede una serie de derechos y obligaciones de la que no se puede sustraer sin pagar un precio. Hasta el derecho a rebelarse en contra del propio sistema de valores está reglamentado en las familias de alguna manera. Hay familias que toleran un amplio margen de divergencias sin entrar en

crisis y hay otras que constituyen sistemas muy rígidos, en los que divergencias mínimas ya son fuertemente censuradas. Ya el sólo deseo de desarrollar conductas autónomas tiende a generar fuertes sentimientos de culpa en los miembros de estas familias.

Las familias de los perseguidos políticos tienden a transformarse en sistemas más rígidos que las familias no afectadas. La rigidificación de las estructuras internas frente a la agresión externa es un fenómeno grupal universal. Todo sistema de lealtades se extrema. Esto lo saben bien los gobernantes, sobre todo en regímenes dictatoriales, que cuando las contradicciones dentro del país se ponen muy intensas desatan un conflicto con el vecino más próximo. Existe un dicho de que todo país se mantiene unido por una mentira común sobre su origen y un prejuicio compartido contra sus vecinos. Esto apunta a las dos vertientes de todo sistema de lealtades: la cohesión interna y la lucha contra el agresor. Mientras más difícil sea la situación, más difícil es tocar los mitos grupales y más inconcebible es un contacto con el enemigo externo y todo lo que se le parezca. Entendemos por mitos grupales el sistema de obligaciones y misiones.

La rigidificación de un sistema familiar frente a una agresión externa tiene otra consecuencia grave: la interrupción de las fases del ciclo de vida. El crecimiento y maduración de los hijos es un proceso centrífugo con respecto a la familia de origen y la búsqueda de pareja es de carácter exogámico. Si el cerco que separa a la familia de la sociedad es muy rígido, es también muy difícil que este proceso se realice adecuadamente.

Antes de hablar cómo estos fenómenos influyen en el proceso de duelo, vale la pena ilustrarlo con un ejemplo clínico:

Se trata de Olga, de 16 años de edad. La madre la trae a consultar porque muestra conductas muy perturbadoras en casa: la enfrenta violentamente a ella, a la madre, tiene problemas de conducta en el colegio, del cual termina siendo expulsada, es adicta a la marihuana y en general se las arregla para que la pillen en cualquier transgresión a las normas, tanto en el colegio como en la casa. Además es muy obesa, con varios tratamientos fracasados a costas. Dentro de una familia altamente politizada se niega a meterse en política, aduciendo: "La política sólo me ha traído pérdidas". Olga recibe permanentes críticas de la familia por tomar, fumar, ser drogadicta y eventualmente promiscua sexual (lo último no tiene base real). Olga misma quiere que la acepten gorda, no militante, distinta.

La historia familiar es la siguiente:

La abuela materna, Ana, que constituyó por mucho tiempo el eje de la familia, fue recluida en Pisagua junto a su marido en tiempos de González Videla en virtud de la ley de defensa a la democracia. Se hallaba embarazada de la madre de Olga. Los dos hijos mayores, que nacen en ese período, quedan a cargo de la hermana María que sigue a Ana.

El marido de Ana, la abuela, es detenido después del golpe militar del 73 y recluido en una institución de las Fuerzas Armadas. Un mes después de la detención avisan que se habría muerto de peritonitis. El cadáver les es entregado.

Olga había estado entregada durante mucho tiempo al cuidado de Eugenia, hermana de la madre. Ya aquí se observa un patrón transgeneracional. Eugenia se sacrifica en el cuidado de hijos ajenos, al igual que María en la generación anterior, mientras las madres están absorbidas por tareas políticas. En 1978, Eugenia, quien se encontraba en Argentina, al parecer en una misión política, es detenida y desaparece, hasta ahora definitivamente.

El padre de Olga es primo-hermano de la madre y vivió desde los 15 años con Ana, la abuela materna. Se casa con la madre de Olga cuando ella se embaraza durante el pololeo clandestino de los dos. La madre era muy dependiente de la abuela y raras veces salía sola. Esto demuestra claramente el nivel de aglutinación alcanzado por esta familia y el grado de impermeabilidad de los límites con el exterior.

Cuando Olga tiene 9 años recibe un llamado telefónico en que le dicen específicamente a ella que la tía desaparecida quiere verla. Resulta difícil de comprender por qué los personajes encargados de amedrentar a la familia eligen justamente a Olga como instrumento, pero cuaja perfectamente con el rol de ella dentro de la familia, que incluía la identificación con Eugenia, la desaparecida.

Esta identificación se muestra a través de varios signos evidentes: Eugenia era la única obesa de la familia, fuera de Olga. Olga se siente tan parecida a ella, que ha llegado a pensar que Eugenia era realmente su madre. La abuela Ana compara a Olga con frecuencia con Eugenia, usándola como ejemplo para criticar a Olga. Finalmente Olga es enviada a Argentina a visitar los lugares de detención de Eugenia y reconstruir su destino. Olga ocupa además el segundo lugar entre las hermanas mujeres, que es el lugar de las mujeres que se sacrificaron en las dos generaciones anteriores. Las lealtades familiares le exigen

por lo tanto ser como su tía Eugenia, lo que significa desaparecer. No es extraño, entonces, que Olga busque rebelarse contra la familia para escapar de este destino, pero su rebelión la lleva de un fracaso a otro.

Estos fracasos se podrían explicar por los sentimientos de culpa que genera la rebeldía contra las lealtades, pero hay otro factor, que observamos repetidamente y que tiene que ver con la alteración del proceso de duelo, que influye en la generación de estos fracasos. Para entenderlo tenemos que remitirnos a dos fuentes de observación de lo que ocurre después de la muerte violenta de un familiar.

1. Una es la observación de procesos individuales de duelo. Bowlby distingue la fase de embotamiento inicial, en que se actúa como si nada hubiera pasado, seguida de la fase de anhelo y búsqueda, en que se despliega una actividad constante como si se buscara a la persona desaparecida, cosa que ocurre en el espacio de las emociones y de las fantasías, incluso cuando se sabe a ciencia cierta que la persona cuya presencia se anhela está muerta. Esta fase es la que se tiende a prolongar indefinidamente en las familias observadas por nosotros y es transmitida como tarea a la segunda generación. En esta fase aparece intensa rabia y agresividad dirigida en contra de todo lo que aparezca como causal de la separación o impedimento del reencuentro con la persona perdida.

2. La segunda fuente de observación consiste en las descripciones de las reacciones que se dan en las sociedades primitivas frente al asesinato de uno de sus miembros, ya que éstas representan etapas tempranas de nuestro desarrollo histórico en que nuestros procesos inconscientes, que reflejan al patrimonio filogenético de nuestra conducta social, se expresan más directamente.

Vemos que en las sociedades primitivas el duelo se descompone en dos elementos claramente diferenciados:

- a) Realización de la venganza de sangre.
- b) Apaciguamiento de la propia conciencia, en general mediante la autopunición.

El sentimiento de la venganza parte de la reacción frente a una afrenta que yace sobre el muerto como una mancha y que la lealtad que se le debe obliga a lavar. Cualquier ofensa genera inmediatamente la necesidad de una respuesta y si no se puede llevar a cabo, deja una espina clavada que requiere de un proceso de elaboración para dejar de

doler. Pero la venganza es al mismo tiempo una forma arcaica de administración de la justicia que tiene por objeto restablecer la normalidad jurídica alterada por el asesinato de un miembro de la familia, utilizando los propios medios del grupo familiar afectado. La venganza de sangre es una exigencia anclada en normas éticas que obligaba al pariente consanguíneo más cercano a dar muerte al asesino o a alguno de sus parientes. Además era una obligación, no una opción. En el Corán aparece reglamentada y en los pueblos germánicos se mantuvo durante la Edad Media a pesar de las prohibiciones de la Iglesia. Desapareció sólo cuando se perfeccionó la administración territorial y se debilitó la preeminencia de las normas familiares. Un sistema jurídico supraordenado y moralmente significativo para la comunidad eximió a la familia del ejercicio muchas veces difícil de esa forma arcaica de justicia. Sin embargo, ya históricamente el mismo impulso y la misma normatividad que obligaba a la familia al ejercicio directo de la justicia, renunciaba a agredir físicamente al agresor y se concentraba en rehabilitar de alguna manera al caído.

El segundo elemento, el apaciguamiento de la culpa mediante la autopunición, se manifiesta en los pueblos primitivos y no tan primitivos, como los musulmanes shiitas actuales del Irán, mediante automutilaciones rituales, como respuesta a la muerte de un líder. Formas amortiguadas de esto son los rituales de duelo como privarse de sueño, la abstención sexual, el ayuno y la simplicidad en la vestimenta. En su representación actual conocemos este fenómeno en la culpa de los sobrevivientes de campos de concentración y en general en cualquier situación en que surge la pregunta: "¿Por qué él y no yo?" La autopunición surge de la identificación con el muerto y de la necesidad de justificarse frente a él por haber sobrevivido.

Con estos elementos podemos volver al caso de Olga. En su tarea de ocupar el lugar de Eugenia, Olga tenía dos posibilidades teóricas:

1. Asumir el rol de la reivindicadora exitosa.
2. Tomar el lugar de la figura destruida y repetir su destino.

Cuando predominan las culpas, cualquier éxito es vivido como un triunfo ilícito sobre el muerto y genera nuevas culpas, por lo tanto lo único permitido es el fracaso.

Esta dinámica, aparentemente absurda, la hemos visto repetidamente. Los sobrevivientes se exponen más allá de lo prudente y necesario a correr el mismo destino del desaparecido.

Olga aparentemente quiere escapar de ese destino, pero ¿puede escapar? La lucha ya no es contra la dictadura sino contra la autoridad en casa y en el colegio. Se trata de un escenario más inocuo. Sin embargo, la presión afectiva con que Olga camina hacia procesos destructivos, no es inocua, sino bastante grave. Olga parece identificada con la figura destruida y por lo tanto se las arregla para que cada una de sus rebeliones termine en un fracaso. Se transforma así en una metáfora de lo que ocurrió con su familia en la sociedad.

Observamos con frecuencia la adquisición de roles rígidos por parte de los hijos de estas familias. En una de las familias observadas, uno de los hijos se dedicó por entero a la reivindicación del padre desaparecido dentro de los márgenes pacíficos. El otro asumió el rol vengador ingresando bajo la dictadura a un movimiento de resistencia armada y el tercero se hizo cargo por entero del duelo negado por el resto de la familia desarrollando un cuadro psicótico con fuertes síntomas depresivos.

En resumen, podemos decir que las modificaciones que sufren las familias de detenidos desaparecidos y de ejecutados políticos y que repercuten sobre la segunda generación, son los siguientes:

1. Desarrollo por parte de la familia de límites rígidos hacia afuera y laxos dentro de ella.
2. Separación rígida de roles dentro de la familia, en que nadie realiza el duelo normal, sino que cada uno asume un fragmento de él.
3. Culpa por la supervivencia, con delegación hacia los hijos de la tarea de rehabilitación y justicia, pero en que además uno de los hijos debe asumir la identificación con el muerto.
4. Detención de las fases del ciclo vital de la familia. No hay proceso adecuado de individuación de los hijos. Frecuencia de separaciones y vuelta a la casa o ausencia de desarrollo de vínculos de pareja.
5. Dentro de la familia el miembro sintomático asume la tarea de cuestionar los valores de la familia, pero fracasa por las culpas que esto acarrea dentro de un sistema de lealtades rigidificado.
6. La familia, al sentirse en contradicción con las normas de la sociedad en que vive, tiende a reasumir funciones que en el desarrollo histórico fueron asumidas por la sociedad. Esto significa que se fortalece el sistema de lealtades intrafamiliares y queda momentáneamente fuera de funciones el compromiso moral con la juridicidad de una sociedad

que abandonó sus funciones de proteger a sus integrantes con normas supraordenadas al poder individual. Aún está por verse qué consecuencias a largo plazo pueda tener esto para la generación que ahora cursa la adolescencia.

Las consecuencias que se pueden deducir de esta situación, es que por un lado se necesita una adecuada estructura de atención psicoterapéutica, pero, por otro lado, también una actitud por parte de la sociedad, que vuelva a rehabilitarse en aquellos aspectos en que fracasó.

Por un lado, el trabajo psicoterapéutico tiene por objeto mostrar los conflictos negados, hablar de lo que se silenció por años, volver a echar a andar el proceso del duelo congelado, restablecer límites internos dentro de la familia y develar las lealtades disfuncionales ocultas para permitir a los hijos un mayor grado de libertad de decidir su propio destino.

A la sociedad le correspondería devolver a los afectados la jerarquía y el espacio que les fuera quitado y permitirles dismantelar las barreras defensivas que estas familias necesariamente armaron contra ella.

Esto significa que la sociedad tiene que asumir la función de reconocer el daño causado y sus consecuencias y responsabilizarse de él, para relevar a los familiares del desaparecido o ejecutado de sentirse los únicos depositarios en la búsqueda de verdad y justicia. Importante es despolitizar este proceso, para neutralizar la cómoda reacción social de reducir el problema a un asunto de grupos marginales.

ALGUNAS DINAMICAS FAMILIARES OBSERVADAS EN FAMILIAS DE DETENIDOS DESAPARECIDOS

TERESA HUNEEUS
Psicóloga
CINTRAS

Hemos encontrado dinámicas muy alteradas dentro de estas familias a pesar de que, en su mayoría, los hogares de los detenidos desaparecidos eran bastante típicos y normales para nuestros estándares chilenos.

Pusimos especial atención en la relación madre-hijo en casos en que el hijo nace en el período cercano al desaparecimiento del compañero. Hemos encontrado sentimientos ambivalentes en las madres respecto a este hijo. La teoría psicoanalítica nos permite suponer una asociación inconsciente entre el nacimiento del hijo y la desaparición del padre, lo que resulta en rechazo hacia el hijo. Ejemplo: Juana, cuyo esposo desapareció pocos días antes del nacimiento de su segundo hijo, con el cual está teniendo serios problemas, dice: “Todo fue normal y fácil con él, el embarazo y el parto; era precioso, perfecto. Fue e hizo todo lo que todos querían, el niño ideal, le daba gusto a todos, menos a mí, nunca me gustó...nunca hubo tiempo, ni espacio para él”.

También se les pide a estos hijos que tengan las condiciones del padre idealizado, especialmente ahora que están llegando a una edad en que se parecen más a él. Ejemplo: “Está cada vez más igual a Antonio, pero cuando me doy cuenta que no es él, me da una rabia”. Otro, que es hijo de una mujer que tiene esquizofrenia, cuya familia lo maltrata y tiene la posibilidad de vivir con la familia de su padre desaparecido dice: “No me gusta estar allá, al tiro me empiezan a decir que soy igualito a mi papá, pero no tan choro como él”.

Estos adolescentes, hijos de parejas jóvenes que alcanzaron a estar juntas poco tiempo, que crecieron en un ambiente en el cual el detenido desaparecido queda idealizado como alguien inalcanzable y en el que han estado sometidos a estos sentimientos ambivalentes de rechazo, abandono, amor idealizado, exigencia de suplir al padre y ser como él, tienen algunas características comunes: son rebeldes, no

tienen un concepto adecuado de la jerarquía familiar ni de autoridad materna, ni menos paterna. Son dependientes de la madre, pero no le conceden ninguna autoridad sobre ellos. Juan: “¿Y por qué le voy a hacer caso yo a ella?” Tienen una deficiente identificación con la imagen materna; han vivido muy solos y libres debido a que la madre ha tenido que asumir el triple rol de proveedora del hogar, buscadora del compañero y madre, dueña de casa. Por lo tanto son desordenados, inseguros, impulsivos. Hemos visto incluso algunas dinámicas muy alteradas en que el hijo golpea a la madre.

Otras dinámicas que hemos observado en mujeres de detenidos desaparecidos son: aceptar tener otras parejas pero no definitivas; aparentemente el vínculo afectivo con el compañero desaparecido se mantiene, el duelo no completado interfiere en las nuevas parejas. Me decía Silvia: “¿Se habrá ido Pedro porque yo todas las noches me acordaba de Juan?”

Se rigidiza la conducta, negando su dimensión de mujer, quedándose sola y dedicándose a la participación en la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos (“síndrome de la trinchera”). Juana dice: “Nunca me preocupé de mí, mi mundo ha sido la Agrupación”.

Hijos a los que se les ha ocultado la verdad para “protegerlos” viven una situación caótica, confusa, pues la verdad es presentida o intuida por ellos. Es lo que se denomina “el secreto patógeno”. Esto ocurre más en familias cuya posición política es ambigua.

En todos nuestros pacientes, familiares de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos, con la aparición de las osamentas se ha reactivado el dolor, la angustia, la ansiedad y se han activado sueños relativos al ser querido; se ha reabierto la herida, que en verdad nunca se había cerrado. Una paciente, esposa de un detenido desaparecido de Paine, me decía angustiada: “¿Seré capaz de reconocer sus huesos?”

A pesar de que cada vez nos damos más cuenta de lo profundo e irreparable del sufrimiento producido por estos hechos traumáticos, pensamos que hoy existen algunos elementos que nos permiten la elaboración del duelo en mejores condiciones que durante la dictadura. Estos serían:

1. Reconocimiento oficial. Se habla sobre los detenidos desaparecidos y ejecutados políticos en la televisión, en los diarios. Se les rinde homenaje en el estadio; ha habido funerales, etc.

2. Aparición de osamentas. Con este hecho tan dramático se sabe en algunos casos y en la gran mayoría permite suponer lo que realmente ocurrió con ellos. Es la materialización de la muerte. Esto alivia de la responsabilidad de mantenerlos con vida o matarlos, al darlos por muertos.
3. Se reivindica públicamente a las víctimas. Ya no son “presuntos” ni malhechores de ningún tipo.
4. Se acusa a los hechores y responsables, se deja al descubierto el carácter criminal de estos hechos. Si bien esto aún no se hace oficial ni se individualiza a los responsables, se sabe a qué instituciones pertenecen.
5. Hay iniciativas destinadas a investigar estos hechos. Todos tenemos los ojos puestos en el informe de la Comisión Verdad y Reconciliación, con una mezcla de esperanza y escepticismo.

Si bien tenemos muy presente la gran necesidad de que la verdad quede totalmente esclarecida y de que se haga justicia, creemos que todo esto, que significa reabrir la herida, es lo que permite cerrarla. El hecho de poder hacer público el dolor privatizado, permite aliviar la tensión de la lucha al compartirlo y socializarlo; es ir saliendo de la trinchera y abarcar otros campos de acción, otros espacios vitales.

BIBLIOGRAFIA

Trauma-Duelo y Reparación. FASIC.

Mario Vidal, Verdad y Salud Mental. Revista Reflexión N° 108, Junio 1990.

TESTIMONIO: LOS IDEALES NO SE MATAN NI DESAPARECEN, SE MULTIPLICAN.

SOLIDIA LEIVA

*Agrupación de Familiares
de Detenidos Desaparecidos
Linares*

¿Quiénes eran? Padres, esposos, hijos, hermanos, personas que reían y amaban, como usted y como yo. Su único delito fue tener un ideal y luchar por lo que creían y querían: una patria libre para todos. Eso no le dio derecho a nadie para torturar, matar y desaparecerlos, porque los ideales no se matan ni desaparecen, más bien se multiplican.

Vivir. ¿Qué es vivir? Nosotros, los familiares de los detenidos desaparecidos, creo que sólo existimos, nuestra risa fingida y la fuerza que tenemos es sólo para nuestra lucha en busca de la verdad y la justicia.

Creemos que una verdad, por dura que ésta sea, tenemos derecho a saberla. Se habla de perdón, ¿a quién?, ¿quién nos ha dicho “yo lo hice” y por qué? Es necesaria la justicia, para poder respetar las instituciones, individualizar a los culpables y juzgarlos en tribunales ordinarios. Porque, para todos nosotros, los torturadores y asesinos son delincuentes antisociales, que tienen una deuda con la sociedad y no pueden caminar libres por las calles como si nada hubiesen hecho, mientras que los que lucharon por esta transición hacia la “democracia” están aún encarcelados. No le podemos llamar prisioneros de guerra porque, como todos sabemos, el Sr. Pinochet le llamó guerra a todos estos años de dictadura. ¿Guerra? ¿A personas maniatadas y con la vista vendada? He ahí la contradicción. Bajo esos cargos deben ser juzgados.

Estos juicios a los violadores de los derechos humanos constituyen tarea de todos, necesitamos el apoyo de organizaciones sociales y partidos políticos para la anulación de la ley de amnistía y el enjuiciamiento al régimen militar, para luchar por la libertad de los presos políticos sin exclusión y denunciar todas las violaciones a los derechos del hombre.

No nos debe pasar como en Uruguay, no aceptaremos un plebiscito. Eso no debe suceder aquí, si no queremos que el día de mañana otro traidor tome el mando de nuestro país.

CONFERENCIA:

**ELABORACIÓN DEL DUELO
DESDE EL PUNTO DE VISTA
PSICOSOCIAL**

Diana Kordon

ELABORACION DEL DUELO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICO-SOCIAL

DIANA KORDON

Psiquiatra

*Equipo Argentino de Trabajo
e Investigación Psicosocial*

Quiero comenzar diciéndoles que éste es un momento sumamente doloroso para los argentinos. Es un momento doloroso porque acaban de ser indultados los jefes máximos de la dictadura militar en nuestro país. Este indulto es la coronación de la política de impunidad.

Y les diría que si nuestro tema de ahora es el duelo, con el indulto también estamos frente a la elaboración de un nuevo duelo o a la continuidad de un duelo en relación a las expectativas de justicia. Duelo que, esperamos, se procese en nuevas fuerzas para continuar la lucha.

Pero incluyo la problemática de duelo porque al día siguiente de la liberación de la cúpula dictatorial, a pesar de ser domingo y en medio de las fiestas de fin de año, domingo 30 de diciembre, miles y miles de personas, hombres, mujeres, niños, jóvenes se volcaron a las plazas de Buenos Aires y del interior para expresar su repudio al indulto. Esto tiene diversas lecturas, pero en lo que hace a la temática que nos preocupa, estas decenas de miles nos juntamos de manera casi espontánea, sin embanderamientos partidarios. Se recordaban en los grupos espontáneos que se armaban los hechos ocurridos en estos quince años, había un sentimiento general de consternación, era una manifestación diferente a otras, tenía un sentido de repudio, de lucha, de decir: seguiremos luchando para que los asesinos paguen su deuda social. Y tenía algo de velorio, era un golpe terrible a la exigencia de justicia expresada por más del 70% de nuestra población. Necesitábamos compartir el dolor, la repulsa a los Videla, Viola, Massera. De alguna manera esta inmensa convocatoria social que decía no al olvido, evidenciaba cómo frente a ciertos fenómenos sociales el proceso del duelo, aunque tenga siempre las características o la impronta de lo íntimo, de lo privado, lo particular de cada sujeto, requiere para su elaboración ser un proceso de carácter colectivo, público y social.

Ahora bien, ¿cuáles fueron las condiciones en que debía efectuarse el duelo en el caso de los familiares de desaparecidos en nuestro país? Tengan en cuenta que los desaparecidos fueron más de 30.000

y en consecuencia ese hecho afectaba a todo un cuerpo social y no sólo a los afectados más directos.

En primer lugar, existía una situación de incertidumbre, de ambigüedad en relación al destino de los desaparecidos. La situación de desaparición, de presencia-ausencia, crea una zona de ambigüedad psicotizante. Y la persistencia de la incertidumbre, potenciada por la impunidad del “desaparecedor”, la falta de dar cuenta de lo que ocurría con todos y cada uno de los desaparecidos, de quiénes eran los responsables y de su condigna sanción social, produce efectos acumulativos.

La segunda cuestión está dada por el silenciamiento social de lo que ocurría, silencio social que se mantuvo durante muchos años y que conformaba una situación por la cual desde el poder se inducía un consenso social que desmintiera, que renegara de aquello que estaba ocurriendo. Y esta renegación social impedía la aparición del consenso social que confirmara lo que ocurría.

Hoy día, el hecho de que se encuentren en libertad todos los genocidas opera al modo de una renegación, ya que al no haber culpables sancionados esto indicaría que tampoco hay víctimas. Con los asesinos en libertad se tiende a desmentir la existencia de delitos de lesa humanidad.

Por fin, la tercera cuestión es la inducción desde el poder a la alienación social. La alienación es un concepto que da cuenta cómo un sujeto asume como propio un discurso que le es impuesto desde afuera. Este sujeto se convierte en portavoz de dicho discurso, sin ser consciente de que esto ocurre. La persona atribuye un valor de certeza al discurso del poder alienante. La realidad sería tal como ese otro (que tiene el poder, y en este caso podía definir sobre la vida y la muerte) la define y el sujeto es conforme a la definición que ese otro da.

Todo este proceso durante la dictadura se producía en medio de un clima de terror. La amenaza de desaparición, tortura, mutilación corporal entendida como corporeidad concreta y social, la amputación del grupo familiar, la desintegración de los grupos de pertenencia, sustraían a las personas de las apoyaturas necesarias para la preservación del psiquismo. Y estas apoyaturas, en el grupo familiar y en los grupos de pertenencia, juegan un papel muy importante no sólo para la formación de la personalidad, sino también para el mantenimiento de las identificaciones y de la coherencia interna a lo largo del tiempo. Se

reforzaba así un sentimiento de inermidad, de indefensión social que generaba más condiciones para que la alienación social se hiciera efectiva.

Posteriormente a la dictadura persisten las inducciones sociales, especialmente la inducción a la renegación social bajo formas substitutivas "inducción al olvido". Hay que olvidar el pasado para reconstruir la Nación (basta ver la salida de Videla de prisión y sus declaraciones para comprobar su incidencia en el presente y hacia el futuro). El otro ejemplo es la inducción a la marginalización: un grupo social aislado como parte del status quo. Por lo tanto, la cuestión es situar el problema en una alternativa superadora.

¿Por qué decimos que la situación de ambigüedad es psicotizante? Estas eran las condiciones en las que se tenía que efectuar el proceso del duelo. Cuando se produce una pérdida de cualquier tipo, el psiquismo realiza un trabajo muy penoso de elaboración. Y lo hace a partir del reconocimiento del principio de realidad que acaba por imponerse al sujeto. En el caso de la desaparición, la ambigüedad es la primera condición para que el principio de realidad no indique al psiquismo una dirección precisa en la cual realizar el trabajo elaborativo. Justamente el aparato psíquico, ante la pérdida, lo primero que hace es utilizar el juicio de realidad que le permite discriminar las categorías de presencia y ausencia, y poder dar a la condición de la ausencia una cualidad definitiva y acomodarse poco a poco, frente a ese despegamiento que va a tener que operar con el objeto que pierde. Aunque vuelva, igual será otro; es decir, lo que podemos llamar desinvertir un objeto que estaba previamente investido. Este es un proceso muy lento y el aparato psíquico tiene una resistencia a producir este proceso, pero de cualquier manera hay un trabajo que está dado por la claridad de la situación que permite el comienzo del trabajo elaborativo a partir del principio de realidad.

Cuando se produce entonces una respuesta social organizada a la situación traumática, sea cual fuere ésta, las condiciones de elaboración personal del duelo se ven muy favorecidas. Este es el caso de las madres de los desaparecidos. Estas han desarrollado una práctica social, una práctica de discriminación y resistencia en relación a los modelos y enunciados inducidos y de denuncia de aquello que se intentaba renegar. Esta actitud transformadora de la realidad tuvo un efecto instituyente sobre el conjunto social, en la medida que fue creando el reconocimiento de los modelos inducidos y del consenso social

propuesto y permitió no sólo rechazarlos sino también facilitar la formulación y emergencia de otras representaciones sociales. Esto tuvo a su vez incidencia en la elaboración personal de la pérdida. Porque la generación de este consenso contrahegemónico, permitió reconstruir las representaciones sociales necesarias sobre las que se apoyara el principio de realidad para indicar el camino de elaboración del duelo.

Por ejemplo, en el proceso de duelo hay primero una resistencia a aceptar la situación de pérdida: no se puede creer o no se quiere creer. Hay rabia, impotencia. Pero ¿qué es lo hay que creer? Por ejemplo, ¿dar por muerta a la persona secuestrada? ¿eso sería el duelo? Esa fue una discusión entre los terapeutas. Sin embargo, fue la práctica social concreta la que instaló públicamente la figura de la desaparición. Y esto construyó entonces ese consenso social que le dio status propio a la desaparición. Existían los desaparecidos. Las pancartas, las fotos en las calles, las siluetas, etc. dan cuenta de la existencia de un referente externo que aporta a la subjetividad, una representación en la cual se apoya el psiquismo para reconocer nuevamente el status psicológico particular de la desaparición. Esto ayudó de hecho a que no fuera el familiar el que tuviera que definir una muerte, con los sentimientos de culpa concomitantes.

El proceso de elaboración del duelo se fue expresando en la vivencia de pasar de buscar al hijo propio hacia buscar a todos los hijos y a demandar justicia para que esto no vuelva a ocurrir.

Esta demanda de justicia, que garantice la existencia del orden simbólico, y más aún, la inscripción de la demanda de justicia en el movimiento social en su conjunto, constituye un aspecto interno a la subjetividad en la superación del trauma vivido. Esto está ligado a la no marginalización. Es por esto, insistimos, que hablamos de la inscripción psicosocial del duelo.

Por otra parte, el grupo de madres cumplió una función que podemos definir como protésica y proteica. Protésica en el sentido que el grupo sirve de apoyo al psiquismo en riesgo de desestructuración. Esta función de apoyo ha sido descrita también por Bettelheim. Cuando se habla en un grupo de espíritu de cuerpo, de cuerpo grupal, de miembros de grupo, esto está vinculado a un aspecto que en los momentos de crisis, de emergencia, es fundamental para la preservación del psiquismo. El sujeto no está solo, aislado, roto ni prisionero de sus fantasías más catastróficas, hay un cuerpo grupal (sustituto de las

primeras figuras protectoras) que lo sostiene, lo reconoce como parte de sí, funciona como marco de apoyatura de una identidad, otorga y asegura pertenencia frente a la indefensión.

Además la participación en estos grupos tuvo una función proteica, en el sentido de aquellas transformaciones que podemos definir como de enriquecimiento yoico, operadas en quienes participaron en ellos.

Finalmente, quiero señalar que éste es un duelo al que nosotros no somos ajenos. Poder participar de la lucha de nuestro pueblo contra la dictadura, poder participar de la lucha contra la impunidad, poder poner nuestro instrumento técnico al servicio de las necesidades de nuestro pueblo en sus distintas manifestaciones, es también parte de nuestra propia elaboración del duelo por las pérdidas y del mantenimiento de nuestras expectativas en relación al futuro.

**SIMPOSIUM: EL DAÑO PSICOLÓGICO EN LA
REPRESIÓN POLÍTICA**

Los caminos de salida del dolor. Una encuesta en
CINTRAS

Mauricio Gómez

Penal de Santo Domingo, un estudio descriptivo:
cárcel y proceso salud-enfermedad

*Carlos Madariaga, Alejandro Guajardo,
Patricia Herrero*

Talleres de terapia ocupacional: una experiencia
con víctimas de la represión política

Alejandro Guajardo, Sergio Zurita

Tortura en Chile en el período de transición a la
democracia

*Marisol Espinoza, Bruno García, María Isabe
Alvarez, Guillermo Montalva*

Reactancia, indefensión aprendida y autoritarismo

Miguel Toro

Atención Primaria en niños PIDEE-Talca

Nestor Rojas

Los derechos del hombre: datos históricos y re-
flexión crítica

Elsa Campos

LOS CAMINOS DE SALIDA DEL DOLOR UNA ENCUESTA EN CINTRAS

MAURICIO GOMEZ
Psiquiatra
CINTRAS

I. INTRODUCCION

Para quienes trabajamos en el campo de la salud mental, es quizás en el área de los derechos humanos donde se hace más evidente la relación entre los procesos socio-políticos y el daño a la salud psicológica de los grupos e individuos.

Con el advenimiento de la dictadura militar, hace estreno en Chile una forma masiva de violaciones como son las ejecuciones, desaparecimientos, cárcel, tortura, exilio y otras más. Durante largos años, parte importante de las víctimas y sus familias resistieron y denunciaron estas violaciones en forma más o menos solitaria, en un estilo de duelo combatiente en que la demanda central fue y sigue siendo *verdad y justicia*. Otros permanecieron en silencio y ahora se van haciendo presentes ante la posibilidad de entregar su testimonio, acceder a la verdad y encontrar a sus familiares ejecutados y/o desaparecidos.

En el proceso de apertura democrática, se dan algunos fenómenos que favorecen la causa de los derechos humanos, en especial los hallazgos de osamentas, un reconocimiento público y oficial a la veracidad de las denuncias por tantos años desmentidas e iniciativas gubernamentales destinadas a la constatación y reparación de estas violaciones (Comisión Verdad y Reconciliación, Oficina Nacional de Retorno, etc.).

Sin embargo, los sectores políticos más golpeados por la represión de la dictadura y los propios organismos de derechos humanos han criticado el proceso actual por no insistir con fuerza en la demanda de hacer justicia, al pretender una reconciliación basada sólo en el conocimiento de la verdad y el perdón. Incluso el conocimiento de la verdad aparece cuestionado por los sectores más reaccionarios. Resulta evidente, además, que el ordenamiento institucional actual no da una correlación de fuerzas favorable a la exigencia de justicia, con el agravante de la amenaza militar implícita (y, en ocasiones, explícita).

En el ámbito de la salud mental de nuestros pacientes - todos víctimas de la represión política - estos temas forman parte importante de sus motivaciones y han movido su accionar durante largos años, en la esperanza y el convencimiento de que al fin de la dictadura, el conocimiento de la verdad y el logro de la justicia les permitirían la tranquilidad tan ansiada. De este modo, estas demandas formarían parte esencial del proceso de reparación individual y colectivo.

Así como resulta evidente la relación entre lo social, lo político, los grupos y los individuos, parece lógico pensar que hay también diferencias de nivel entre estos ámbitos, y que la confusión de éstos puede conducir a caminos sin salida en el quehacer psicoterapéutico. Diversos grupos de salud mental han descrito el fenómeno de "privatización del daño", el hacer propio y exclusivo un conflicto o trauma que pertenece a otro nivel más amplio, en nuestro caso, la sociedad chilena. Esto genera un dolor psíquico insoluble, si no se resuelve la confusión de nivel, asumiendo a su vez la sociedad este dolor y acogiendo a las víctimas con respeto y solidaridad.

Por otra parte, en diversos escenarios de conflictos crónicos, entre los cuales incluyo la trinchera política, se puede observar un fenómeno en que el individuo y también los grupos, van estrechando su repertorio de conductas, apegándose cada vez más a lo que perciben como consustancial a sí mismos y rechazando todo aquello que parezca patrimonio del enemigo. Esto puede llevar a una rigidización de la persona que le impida, incluso, darse el permiso para buscar su bienestar, si percibe esto como una concesión y no se han cumplido los objetivos de su justa lucha. Indudablemente este fenómeno es más intenso y comprensible en las situaciones como la vivida por nuestro país en dictadura, donde la necesidad de diferenciarse de los grupos de dominación y sus conductas son máximas.

Estas consideraciones giran en torno a una duda que resulta muy inquietante. A nivel de la sociedad, la no consecución de verdad y justicia generaría un severo daño, consolidando una situación de inseguridad, de falta de igualdad ante la justicia y bloqueando posibilidades de reencuentro entre los chilenos. Pero a nivel individual, ¿significaría esto la imposibilidad de ayudar a las víctimas de la represión y sus familiares?, ¿será esta situación de "pecado social" lo que cronifique a nuestros pacientes y amigos en el sufrimiento?, o por el contrario, ¿podrán estas demandas situarse efectivamente en el nivel político-social permitiendo la elaboración individual del duelo y el alivio del dolor, sin abandonar lo que se considera justo?

II. REALIZACION DE LA ENCUESTA

Con el fin de tener una visión general de cómo están vivenciando este proceso nuestros pacientes, se aplicó una encuesta en CINTRAS durante el mes de agosto de 1990. Contestaron la encuesta 32 pacientes, 17 mujeres y 15 hombres, cuyas edades fluctuaban entre los 21 y 64 años, víctimas de diversas situaciones represivas ya sea en forma directa o como familiares.

Respecto de cómo ha influido el cambio de gobierno en su estado psicológico, un 62,5% de los encuestados refirieron que positivamente, apreciándose una marcada diferencia entre mujeres (76,5%) y hombres (46,7%).

INFLUENCIA DEL CAMBIO DE GOBIERNO EN SU ESTADO PSICOLOGICO

	Mujeres %	Hombres %	Total %
Positivamente	76,5	46,7	62,5
Negativamente	11,8	26,5	18,7
Positiva y negativamente	11,8	20,2	15,6
No ha influido	0,0	6,7	3,1
	n = 17	n = 15	n = 32

Las razones más nombradas para un mayor bienestar psicológico fueron “más libertad”, “avanzar a la democracia” y “menos temor y miedo”. En cambio las razones inversas más frecuentes fueron “no hay verdad y justicia” y otras más estrictamente políticas (no hay voluntad política, amarre de la dictadura, gobierno de quienes apoyaron el golpe, etc.).

En relación a la pregunta acerca de qué les hacen sentir en ese momento los hallazgos de osamentas y las expectativas de nuevos hallazgos, un 78% de los encuestados refirieron sentirse afectados negativamente y los demás mencionaron sentimientos “positivos” (o de alivio) o mezclas de sentimientos “positivos” y “negativos”.

**HALLAZGO DE OSAMENTAS
EN ESTE MOMENTO LE HACEN SENTIR**

	Mujeres %	Hombres %	Total %
Sentimientos "positivos"	11,8	13,3	12,5
Sentimientos "negativos"	76,4	80,0	78,1
"Positivos" y "negativos"	11,8	6,6	9,4
			n = 32

Ante la pregunta formulada en el cuadro siguiente, no se aprecian diferencias entre mujeres y hombres; en ambos los sentimientos más reportados fueron "rabia-indignación", "pena-depresión-angustia" e "impotencia". Los sentimientos positivos mencionados fueron "tranquilidad-desahogo", "esperanza de encontrar los cuerpos" y otros.

**HALLAZGO DE OSAMENTAS EN ESTE MOMENTO
LE HACEN SENTIR**

(Sentimientos más frecuentemente mencionados)

	Mujeres	Hombres	Total
Rabia - Indignación	8	7	15
Pena - Depresión - Angustia	8	6	14
Impotencia	2	3	5
Pésimo - Muy mal	1	3	4
Tranquilidad - Desahogo	2	1	3
Esperanza de hallarlos	1	1	2

En relación con los hallazgos de osamentas, a la pregunta "¿cree que a la larga harán que usted se sienta...?", un porcentaje similar de hombres y mujeres (37,5%) dijeron creer que se sentirán mejor. Un porcentaje idéntico (37,5%) pensaba lo contrario, tenían una expectativa negativa de su futuro estado psicológico. En este caso existen diferencias por sexo (46,6% de hombres y 29,4% de mujeres). Hay un grupo importante de mujeres que visualizan la expectativa de estar mejor, pero manteniendo fuertes componentes de dolor, rabia e inconformidad.

**HALLAZGOS DE OSAMENTAS
CREE QUE A LA LARGA LE HARAN SENTIR**

	Mujeres %	Hombres %	Total %
Sentimientos "positivos"	35,3	40,0	37,5
Sentimientos "negativos"	29,4	46,6	37,5
"Positivos" y "negativos"	29,4	0,0	15,6
No sabe	5,9	0,0	3,1
No contesta	0,0	13,3	6,2
n = 32			

En esta pregunta las expectativas positivas más frecuentes en las mujeres fueron "algo mejor" y "bien, normal, tranquila, reivindicada" y en los hombres esta última y "feliz si hay justicia". En cambio, las respuestas que reflejan una visión negativa del futuro personal aludían a "nunca habrá alivio, igual con odio, mal, impotente, angustia" y "sin esperanza".

**HALLAZGOS DE OSAMENTAS A LA LARGA LE HARAN SENTIR
(Sentimientos más frecuentemente mencionados)**

	Mujeres	Hombres	Total
Igual, nunca habrá alivio, odio, angustia	5	5	10
Algo mejor	6	2	8
Sin esperanza de justicia	3	3	6
Bien, en paz, reivindicado	2	2	4
Feliz si hay justicia	1	3	4

III. CONCLUSIONES

Del análisis de las respuestas se desprenden algunas conclusiones. En primer lugar, que el cambio de gobierno ha significado en general un alivio en el estado psicológico, que no se da igual en aquellos encuestados que priorizan razones de tipo político. Este fenómeno se vio con más frecuencia en los hombres que en la mujeres.

En segundo lugar, queda claro el profundo impacto que ha causado en nuestros pacientes el proceso de hallazgo de osamentas, que para cerca del 80% significa intensificación del dolor, la pena y la indignación. Existe un grupo minoritario de pacientes para los cuales este proceso ha significado alivio y esperanza.

De especial interés es la percepción que los encuestados tienen de su evolución futura en cuanto a bienestar psicológico. En términos generales, aumenta la posibilidad de estar mejor, pero aparece un grupo importante (de mayor peso en hombres que en mujeres), que se ve a futuro con un dolor y una rabia persistentes que no dejan espacio a otros sentimientos positivos. Otro elemento significativo es que para muchos encuestados (25%) el logro de *verdad* y *justicia* aparece como condición para su bienestar, o a la inversa, el bloqueo de estos objetivos como razón para su malestar persistente.

La presente encuesta, modesta en su factura y universo, y carente de valor estadístico, ha confirmado gran parte de las reflexiones que motivaron su realización. Ratifica la importancia capital de la demanda de verdad y justicia del movimiento popular y de derechos humanos, pero además muestra a quienes trabajamos con las víctimas de la represión, los caminos emocionales por los cuales nuestros pacientes transitan, alcanzando o no el alivio de los enormes sufrimientos a que fueron sometidos. Acompañarlos en su búsqueda debe ser nuestro oficio.

PENAL DE SANTO DOMINGO, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO: CARCEL Y PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

*CARLOS MADARIAGA, Psiquiatra,
ALEJANDRO GUAJARDO, Terapeuta Ocupacional,
CINTRAS
PATRICIA HERRERO, Enfermera**

Desde hace tres años, CINTRAS desarrolla al interior de los penales un quehacer que armoniza una labor psicoterapéutica y otra solidaria, intentando contribuir al proceso reparador de la salud mental de centenares de presos políticos.

Se trata de ciudadanos que desde diferentes opciones políticas jugaron un rol muy determinante durante todo un período histórico, en el que se crearon las condiciones para el término de la dictadura militar. Después de un primer momento de detención, tortura e incomunicación fueron distribuidos en las diferentes cárceles del país y sometidos a desastrosas condiciones de subsistencia.

En el actual período de construcción democrática aún permanecen encarcelados alrededor de trescientos presos políticos, paradójica situación heredada desde la dictadura y que exige una urgente resolución en términos de una inmediata puesta en libertad.

Tal determinación es condición para un desarrollo democrático verdadero. Graves procesos de estigmatización y mistificación han despersonalizado al sujeto que hay tras cada luchador social, al punto que ha penetrado la conciencia cotidiana de muchos chilenos la imagen de un individuo demonizado que inspira rechazo social. El sentido humanista que ha sido propuesto como valor fundacional de la transición democrática es susceptible de una objeción de fondo si no logra prevalecer sobre ideologismos estrechos y sucumbe ante el desafío de restablecer el carácter esencialmente ético de la conducta social del preso político. Esta es una aspiración de alta trascendencia reparatoria en el plano psicosocial.

** Presa política, encargada de salud de la organización de presas políticas del penal de Santo Domingo en el período del estudio.*

Datos generales aportados por los diferentes equipos jurídicos del área de derechos humanos nos indican que actualmente permanecen encarceladas a lo largo del país 260 personas. Cerca de la mitad son jóvenes menores de 30 años de edad. La gran mayoría tiene un nivel educacional superior, son profesionales o tienen un oficio ya desarrollado. Un dato significativo es el hecho de que 19 son mujeres, un aspecto muy poco difundido de esta realidad. En la ciudad de Santiago ellas están concentradas en la cárcel de Santo Domingo, un inhóspito y vetusto edificio de tres pisos ubicado en pleno centro de Santiago. Al igual que para todos los prisioneros políticos, su ingreso al penal ha sido precedido por una dramática antesala de sufrimiento y dolor. Todas han sido torturadas, han padecido largos períodos de incomunicación y aislamiento, han sido privadas de libertad por largos años y hoy enfrentan la expectativa de libertad con contradictorios sentimientos de frustración, incertidumbre y esperanza.

El presente trabajo tiene una finalidad: rescatar la faceta humana doliente del preso político, el costo personal de su compromiso social, el síntoma, la enfermedad o el conflicto psíquico, y su contrastación con un proyecto histórico-vital ininterrumpido por la experiencia traumática, hecho que pone de manifiesto el rol de la personalidad y de la conciencia social como áreas decisivas en la derrota del intento destructor de la persona humana.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

El acontecimiento represivo desencadena con el encarcelamiento prolongado una verdadera catástrofe biográfica y vivencial: la pérdida de la libertad. No se trata de una pérdida cualquiera sino de un duelo que pone en drástica situación de crisis la existencia personal. Junto con el estrechamiento de los espacios vinculares en el exterior y con la pérdida de la posibilidad de decidir, se desata un proceso

global que compromete a la unidad biopsicosocial del sujeto. A las variadas formas de daño somático se suman: un plano psicológico vulnerado en ocasiones más allá de lo tolerable, una acentuación de los mecanismos de defensa del yo que traducen los esfuerzos compensatorios de supervivencia y, en fin, un grave deterioro de los vínculos de pertenencia tanto grupales como familiares.

Hemos señalado que la tortura precede a la cárcel. Este es el primer incidente psicotraumático con el que se inicia el despojo de la

personalidad del sujeto, su cosificación. La tortura genera una situación paradójica y doblevinculante en la que la víctima es puesta ante la bipolaridad de opciones igualmente destructivas y es exigida a decidirse por una de ellas. El carácter altamente desestructurante de esta vivencia se mantiene habitualmente latente durante todo el tiempo de encarcelamiento.

El régimen carcelario hasta marzo de 1990 negó sistemáticamente las posibilidades de un acceso oportuno del psicoterapeuta al trabajo de la experiencia traumática con el afectado, lo que en muchos casos impidió su abreacción, facilitando así su estructuración como un núcleo psicoactivo de alta patogenicidad. Se impidió la toma de distancia del sujeto frente a lo vivido y, por ende, su elaboración reparadora.

Las condiciones materiales de los recintos de reclusión han contribuido también a la cronificación del daño: edificios viejos y deteriorados, fríos, insalubres, mal adaptados al número de detenidos, etc. La cotidianidad carcelaria ha estado sembrada de amenazas, provocaciones, allanamientos periódicos y castigos de las fiscalías militares.

A través del tiempo va cristalizando un progresivo deterioro de los aspectos psicoemocionales tanto grupales como individuales, lo que se expresa inevitablemente en relaciones interpersonales conflictivas y polarizadas, complicaciones en los vínculos familiares y con los grupos de pertenencia, tendencia al aislamiento, desconfianza, daño de la autoestima, etc. Por una parte, la cárcel se transforma en un eficaz instrumento de fijación del trauma de la tortura, y por otra, añade nuevas experiencias sufrientes que tonifican la anterior dando a la situación en su conjunto un carácter de estado de amenaza vital persistente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De lo anterior se deduce que no es posible resolver terapéuticamente el conflicto psicológico y el daño mientras la persona permanece detenida. El problema de la libertad adquiere ribetes pronósticos respecto de los procesos psicológicos desencadenados o agravados durante la privación de ella. En tales condiciones resulta de interés estudiar una de las modalidades del daño, aquella en la cual el conflicto represivo participa en la perturbación del equilibrio biológi-

co del sujeto afectando su corporalidad. Nuestra práctica clínica intracarcelaria está invadida de síntomas orgánicos; esto nos lleva a preguntarnos ¿de qué manera la experiencia represiva propicia la aparición de problemas somáticos? Si resulta claro que la situación de stress prolongado compromete necesariamente la unidad biopsicosocial del sujeto ¿cómo se expresa esto en el cuerpo? Una gran cantidad de trastornos psicósomáticos, cuadros orgánicos y síntomas funcionales acumulados en nuestra casuística nos ha motivado a indagar el fenómeno en una aproximación descriptiva de esta realidad.

III. METODO

Hemos recurrido para el presente estudio a las presas políticas de la cárcel de Santo Domingo, penal en el que el equipo CINTRAS desarrolla su labor terapéutica con dos médicos psiquiatras, cada uno con una asignación de cuatro horas semanales. El trabajo ha sido elaborado en colaboración con el grupo de salud de las detenidas, que está a cargo de una enfermera universitaria. Intentamos pesquisar y describir los trastornos somáticos más frecuentes aparecidos durante el período carcelario y confrontarlos con el dato mórbido personal y familiar previo a la pérdida de libertad.

La modalidad de trabajo consistió en entrevistas personales y consultas al material de registro del equipo de salud. El estudio se realizó entre los meses de enero y marzo de 1990, momento en que permanecían prisioneras 32 mujeres; seis de ellas fueron puestas en libertad durante el estudio.

Gran parte de las patologías estrictamente somáticas son atendidas por el equipo médico institucional, cuyos registros no estuvieron a disposición de nuestro estudio. El cuadro clasificatorio de las enfermedades pesquisadas está determinado en forma anamnésica por los investigadores y en algunos casos por nuestro examen clínico. Debido a esta limitante técnica insalvable hemos optado por respetar en la clasificación tanto síntomas como trastornos más específicos.

IV. RESULTADOS

Se estudió un universo de 32 prisioneras, alrededor de 50% de ellas son menores de 30 años de edad. La corta edad de muchas,

asociada al largo período de cárcel, hacen comprensible que la gran mayoría sean solteras (66,6%), según se desprende de los primeros cuadros estadísticos.

Es destacable la alta escolaridad de las mujeres. El 100% ha cursado enseñanza media y un tercio de ellas tiene estudios universitarios.

DISTRIBUCION SEGUN EDAD

Edad	Nº	%
< 20	3	9,3
21 - 30	13	40,7
31 - 40	9	28,2
> 40	7	21,8
Total	32	100,0

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL

Estado civil	Nº	%
Soltera	21	66,6
Casada	6	17,7
Separada y/o conviviente	5	15,7
Total	32	100,0

DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD

Estudios	Nº	%
Sólo Básicos	-	-
Medios	22	68,7
Universitarios	10	31,3
Total	32	100,0

El 71,8% tiene 3 o más años de privación de libertad y más de la mitad de ellas tiene más de 5 años de cárcel (12 casos). Esta altísima cifra tiene un correlato con el insólito número de casos que se encuentra aún en estado de sumario desde el punto de vista judicial, es decir, sin

condena. Es de regla que cada proceso individual acumule varias causas lo que permite que, a pesar de haberse dictado condena en algunas de ellas, subsistan otras en estado de investigación, lo que para los efectos de las necesidades personales no atenúa el estado de incertidumbre.

DISTRIBUCION SEGUN TIEMPO DE DETENCION

Tiempo en años	Nº	%
< 1	1	3,1
1 - 2	8	15,0
3 - 4	11	34,4
> 4	12	37,5
Total	32	100,0

DISTRIBUCION SEGUN SITUACION PROCESAL

Estado procesal	Nº	%
Sumario	21	65,6
Condenada	5	15,6
Recupera libertad	6	18,8
Total	32	100,0

Diecinueve presas políticas (53,3%) tienen algún tipo de antecedente mórbido familiar significativo y 13 (40,7%) no lo presentan. Las patologías más predominantes se hallan en la línea de los padres y comprenden diabetes mellitus (8), cardiopatía coronaria (3), asma bronquial (3), hipertensión y cáncer (2). Se pesquisaron 21 enfermedades en los 19 grupos familiares investigados.

**DISTRIBUCION DE CASOS
SEGUN ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES**

Antecedentes mórbidos	Nº	%
Maternos	8	25,0
Paternos	4	12,5
Ambos padres	3	9,3
Otros familiares	4	12,5
Ausentes	13	40,7
Total	32	100,0

**TIPO DE ENFERMEDADES
PESQUISADAS EN FAMILIARES**

Enfermedad	Nº de casos
Diabetes mellitus	8
Cardiopatía coronaria	3
Asma bronquial	3
Hipertensión arterial	2
Cáncer	2
Otros	3

La pesquisa de antecedentes mórbidos nos muestra que para el período previo a la detención 18 mujeres (56,2%) habían presentado algún tipo de enfermedad, cifra que asciende a 31 (96,8%) una vez encarceladas.

Durante el período previo a la detención priman trastornos hematológicos, endocrinos e infecciosos, es decir, cuadros con fundamento orgánico manifiestamente predominante. En los 18 casos afectados se pesquisa sólo 20 enfermedades. Una vez iniciada la vida carcelaria se pesquisa 103 trastornos en los 31 casos con reporte positivo de enfermedad; sólo un caso refiere no haber presentado trastorno alguno. Hay ahora un fuerte predominio de las afecciones psicossomáticas y funcionales.

ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

Previos a detención		Durante período carcelario	
Nº	%	Nº	%
18	56,2	31	96,8

DISTRIBUCION DE TRASTORNOS MEDICOS PESQUISADOS PREVIO A DETENCION (18 casos)

Tipo de enfermedad	Nº casos	%
Trastorno hematológico	4	27,1
Displasia mamaria	2	11,1
Trastorno biliar	2	11,1
Várices	2	11,1
Asma bronquial	2	11,1
Enfermedad reumática	2	11,1
Otras	6	-
Total	20	

**DISTRIBUCION DE TRASTORNOS MEDICOS
PESQUISADOS EN PERIODO CARCELARIO
(31 casos)**

Tipo enfermedad	Nº casos	%
Osteoartralgia	17	54,8
Alergias de piel	14	45,1
Insomnio	12	38,7
Jaqueca	9	29,0
Trastorno menstrual	9	29,0
Precordialgia	6	19,3
Trast. funcional digestivo	6	19,3
Cefalea tensional	6	19,3
Alopecia areata	5	16,1
Bruxismo	4	12,9
Asma bronquial	3	9,6
Otras	8	25,8
Total	103	

V. COMENTARIO

El grupo en estudio lo componen mujeres jóvenes, todas con un buen nivel educacional y cultural. Se caracteriza por presentar un nivel intelectual normal bastante homogéneo. El origen social es también similar, verificándose una pertenencia de clase que las sitúa entre los sectores obreros y las capas medias bajas. La experiencia traumática las sorprende en un período de plena integración social, tanto desde el punto de vista laboral como sociopolítico. Todas reconocen un compromiso político que aparece en correspondencia con un proyecto histórico vital con el que reflejan tanto una postura crítica del modelo de sociedad impuesto por la dictadura militar como el despliegue de sus propias utopías sociales.

Desde un punto de vista biográfico y del perfil caracterológico, el grupo registra una historia personal coherente con los datos señalados, siendo tal vez lo más destacable la persistencia del antecedente reiterado de represión política personal y familiar, los largos períodos de clandestinidad y amenaza vital, una sólida formación ideológica y una estructura de personalidad predominantemente estética.

Es destacable el hecho que una prolongada situación de riesgo vital como la vivida por la mayoría en el período previo a su detención se haya acompañado de una notoria ausencia de enfermedad.

El abordaje específico de la tortura ha sido particularmente difícil, situación que reproduce nuestra experiencia en otros penales. La privación de libertad y la ausencia de apoyo terapéutico oportuno conspiraron en muchos de los casos para consolidar la cronificación de un núcleo traumático activo en torno de la vivencia del período inicial de detención. Se ha estructurado así un mecanismo psicológico que opera como generador de ciertas dinámicas y síntomas que perturban el proceso adaptativo a la realidad carcelaria.

Los largos y tortuosos procesos judiciales ligan constantemente a la persona con los tribunales militares. Las fiscalías son la representación real y no simbólica de los que torturaron su cuerpo y su mente; no pocas veces en el transcurso de alguna de las incontables citaciones a declarar han sido reconocidos los torturadores. Las expectativas de libertad aparecen enrarecidas por la parcialidad de quienes juzgan, lo que genera frustraciones constantes. Sentimientos de rabia, impotencia, apatía e indiferencia irrumpen periódicamente desplazando la fantasía de la libertad. La propia puesta en libertad de una compañera produce muchas veces un efecto paradójico.

La patología familiar predominante nos parece con una cierta correspondencia con la prevalencia de morbimortalidad nacional: se trata de trastornos en su mayoría degenerativos orgánicos que operan como frecuente causa de muerte del adulto maduro, de tal forma que se explica su no reproducción en el grupo de estudio.

Es de gran relevancia el contraste producido entre una muy baja frecuencia de trastornos médicos con antelación a la experiencia traumática y su pesquiza en prácticamente el 100% de los casos a partir de la detención. La represión política se constituye en la variable que genera una situación enteramente nueva en el proceso salud-enfermedad homogeneizando en la casuística un estado de alta

recurrencia de enfermedades. Mientras que previo a la detención sólo el 56,2% reporta algún tipo de trastorno, en el período siguiente lo hace el 96,8%. En el primer grupo de personas afectadas son reportados 20 trastornos por 18 casos (promedio 1,1) y en el segundo 103 trastornos por 31 casos (promedio 3,3). Este dato da cuenta de una situación profusamente denunciada por nosotros y otras instituciones que asisten a los presos políticos: la situación carcelaria, perpetuadora de la situación traumática, juega un significativo rol como elemento causal de los trastornos pesquisados; la larga permanencia en los penales constituye una forma de prolongación de la tortura y, por consiguiente, crea condiciones de alto riesgo de enfermedad.

Tal conclusión se reafirma al observar comparativamente el tipo de trastornos en ambos momentos biográficos del grupo. En el período pre carcelario prevalecen cuadros clínicos con una base orgánica predominante, algunos de ellos con determinación genética. En el segundo período cambian drásticamente las características de los trastornos, estableciéndose una dominancia muy significativa de las alteraciones psicósomáticas y funcionales. El comportamiento de estos trastornos es característico: irrumpen cíclicamente, muy ligados a situaciones de stress y en ocasiones "contaminan" a otros miembros del colectivo produciendo verdaderas reacciones en cadena.

La gran mayoría de las enfermedades reportadas - manifiesta o implícitamente - nos remiten a las vivencias traumáticas. El 54,8% de los casos informa de procesos dolorosos osteoarticulares; algunos de ellos son manifestaciones sintomáticas de secuelas físicas de la tortura, otros corresponden a estados tensionales que comprometen el aparato músculo-ligamentoso o a vicios posicionales secundarios a una autoimagen personal dañada. Las alergias de piel son preferentemente del tipo rush urticarial o prurito psicógeno, tienen una gran recurrencia y siempre van unidas a períodos de ansiedad; con frecuencia se acompañan de grataje e infección secundaria.

El 38,7% padece de alteraciones del sueño, principalmente insomnio. En su gran mayoría el síntoma va unido a una exacerbación de la actividad onírica del tipo pesadillas; en ellas se reviven momentos de tortura o se evoca con angustia la realidad extracarcelaria y la libertad.

Los trastornos más clásicamente psicósomáticos pesquisados, tales como la jaqueca, alopecia areata, bruxismo, asma bronquial y

alergia, se han generado dentro el penal y evolucionan con gran refractariedad a los tratamientos indicados por el internista institucional. Este hecho nos orienta hacia otro aspecto complejo del problema, puesto que tiene relación con el pronóstico de estos trastornos. La persistencia de la experiencia traumática materializada en la entidad carcelaria y en la privación indefinida de la libertad, opera como un mecanismo cronificador del daño. Toda la conflictiva psicología subyacente a estas somatizaciones, de suyo difíciles de reparar en un contexto más propicio, escapa al abordaje terapéutico acumulándose intrapsíquicamente. Sólo el síntoma corporal es expuesto - cual punta del iceberg - al accionar médico.

Si consideramos que alrededor del 70% de las presas políticas tienen más de tres años de cárcel y que es aún más incierta su fecha de término, es razonable presumir que al menos parte de la patología desencadenada en el período no será recuperada con la libertad. Este es otro hecho debidamente señalado por instituciones como la nuestra y apunta a destacar las limitaciones objetivas del proceso de reparación integral para las víctimas de las violaciones a los derechos humanos. No cabe duda, sin embargo, que la libertad es una condición imprescindible para cualquier aspiración terapéutica. Más aún, es ésta una carrera contra el tiempo, en la que es tarea de la sociedad ejercer una acción reparadora restableciendo el vulnerado derecho a la salud y a la vida de este grupo humano.

VI. CONCLUSIONES

1. Tortura y cárcel constituyen un continuum que altera gravemente el proceso salud-enfermedad del colectivo.
2. El daño generado tiende a su cronificación.
3. La libertad de las presas políticas es condición ética y terapéutica del esfuerzo reparador del daño.

TALLERES DE TERAPIA OCUPACIONAL: UNA EXPERIENCIA CON VICTIMAS DE LA REPRESION POLITICA

ALEJANDRO GUAJARDO, Terapeuta Ocupacional
SERGIO ZURITA, Ergoterapeuta
CINTRAS

I. INTRODUCCION

Entender la reparación en salud mental en personas víctimas de la represión política desde una perspectiva estrictamente individual, considerando sólo los aspectos psicoterapéuticos clásicos, parece ser insuficiente a la luz de la perspectiva integral con que se requiere asumir el proceso de recuperación en estos casos.

Así, un abordaje destinado a reparar las áreas dañadas, necesariamente debe asumir una orientación global e integral, entendida ésta como un tratamiento individual y colectivo con todos los instrumentos que posibiliten el comprender al sujeto como ser biológico y social, que posee vivencias, relaciones afectivas y un proyecto histórico determinado.

De esta forma, el hecho de propiciar el desarrollo de la salud mental en nuestros pacientes debe incluir no sólo el concepto de rehabilitación sino también una acción promocional y curativa, cuyo objetivo final sea estimular el desarrollo personal más adecuado y sano posible.

En nuestros consultantes observamos cómo la situación de amenaza vital pasa a ser un estímulo permanente en la generación de daño, situando al sujeto en una posición antagónica a la salud mental.

El daño, expresado además en incertidumbre, marginación, temor, frustración, desconfianza, desestructuración familiar, cesantía, pérdida de roles, falta de reinserción social, etc. nos plantea el desafío de lograr que la persona asuma en su práctica diaria una actitud más vigorosa, activa y modificadora de su entorno.

Tal vez sea aquí donde la terapia ocupacional pueda estar ejerciendo una acción terapéutica importante en la recuperación de personas víctimas de la represión, transformando esta práctica diaria en un estímulo gratificador, recuperador, orientador y facilitador del desarrollo personal, aproximándonos de esta forma a un equilibrio más sano en el proceso de salud mental.

II. CONCEPTOS GENERALES

La terapia ocupacional constituye una instancia intermedia entre la persona y la sociedad, eslabón necesario para transitar a un estado de normalidad. Es un medio por el cual el individuo puede adaptarse nuevamente a lo cotidiano, internalizando en esta exigencia de adaptación la necesidad de cambios personales.

La actividad humana, entendida como proceso de crecimiento y maduración personal, es una herramienta importante aplicada a la salud mental. Su desarrollo permite asimilar nuevos procedimientos y contenidos de la experiencia social, lo que al estructurarse inducirá una ampliación de la conciencia y una mayor diferenciación de la personalidad del sujeto. La actividad posibilita la adquisición de muchas habilidades manuales e intelectuales, conocimientos y significaciones.

La terapia ocupacional entiende el proceso de la actividad social del hombre como una ocupación aplicada a un sistema estructurado, graduado, con fines y propósitos objetivos; desarrolla la expresión de actitudes y emociones saludables, que posibilitan la reconstitución del proyecto de vida.

Además, cuando hablamos de terapia ocupacional, tenemos que señalar que ésta es una disciplina nueva, muy específica en su origen y que en su corto desarrollo se ha limitado básicamente a una acción terciaria, que en salud mental es utilizada en el abordaje de secuelas de enfermedades psiquiátricas mayores, sobre todo en la etapa de cronificación de ésta, práctica que se ha realizado con un enfoque médico tradicional.

La experiencia clínica inicial con pacientes psicóticos fue una clara demostración de que todo intento de reparación debe entender al sujeto como una totalidad, un continuo que va desde los procesos internos al conjunto de destrezas personales que permitan asumir una vida diaria concreta.

El hecho de considerar sólo los procesos biológicos y psíquicos, impide comprender que gran parte del daño se expresa en la actividad práctica del sujeto. Así, vemos inhibición en la búsqueda de trabajo, en la necesidad de generar recursos materiales que sitúen al paciente en un rol más protagónico en su familia, en la insuficiencia de las habilidades reales que pueda poseer la persona, en la dispersión y falta de estructuración del proyecto de vida (en el área de inserción socio-laboral, por ejemplo), etc.

La terapia ocupacional coge de modo central esta área - la rehabilitación laboral - pero también establece un plano promocional y curativo que facilita el desarrollo de habilidades más internas y propicia la evacuación a través de un ejercicio creativo concreto - la ergoterapia - de diversos conflictos del núcleo traumático.

Insistimos, la clave está en utilizar la actividad humana en sus diversas expresiones, en un contexto estructurado, como instrumento conductor del proceso de recuperación.

La ejecución que haga el paciente con una actividad concreta (ergoterapia o rehabilitación laboral) facilitará en él la asimilación de una experiencia que le estará mostrando las habilidades y riqueza de su persona a las que se sumará la adquisición de otras nuevas, síntesis que derivará en una transformación y diferenciación de su actual posición, llevándolo a otra más activa y constructiva que impulse el desarrollo personal.

Para concretar lo anterior, la terapia ocupacional hace uso de la actividad humana señalada a través de diversos medios que incluyen la aproximación verbal individual, la ergoterapia, la rehabilitación laboral y capacitación, actividades de la vida diaria, dinámicas de grupo y terapias recreativas, principalmente.

Nuestra experiencia la hemos desarrollado en los talleres terapéuticos, los que presentan algunas características comunes. La primera de ellas es que éstos constituyen una comunidad terapéutica de funcionamiento diario, donde cada uno es partícipe de su propia recuperación y la de los demás, comprometidos con los roles asumidos, en un ambiente de relaciones democráticas estimulando la responsabilidad individual y colectiva frente a las actividades planificadas.

Otro aporte es que cada paciente pertenece a un colectivo que facilita el ensayo de acciones, un lugar socialmente compartido que

ayuda al proceso de catarsis, que transforma el dolor en un espacio de construcción. Además, la experiencia grupal nos permite objetivar situaciones sociales que son parte de procesos históricos, lo que ayuda a visualizar que los problemas no sólo afectan a los integrantes del grupo, sino que al conjunto de la sociedad.

A continuación describiremos las características principales de los talleres de inserción laboral y de ergoterapia y algunos casos clínicos que ejemplifican nuestro quehacer.

III. TALLERES DE INSERCIÓN LABORAL

Hemos hablado de que no existe reparación total si no hay inserción psicosocial. Para ello se requiere necesariamente dar posibilidades concretas al desarrollo e incorporación laboral.

La recuperación de aspectos importantes de las destrezas y habilidades ligadas a la inserción social y laboral constituye un elemento prioritario. Muchas veces nos vemos en dificultades para discriminar entre los síntomas producidos por la represión política directa y los que se agregan (también represión) a causa de los conflictos que se desencadenan en otros niveles de relación, entre éstos, trabajo y situación laboral.

Será necesario, entonces, recoger adecuadamente en el abordaje terapéutico los distintos niveles de causalidad que subyacen al acontecimiento represivo, como condición de un auténtico proceso de reparación psicosocial. La pérdida del trabajo, la cesantía, la falta de recursos básicos, impiden elaborar los efectos específicos de la experiencia traumática, los cuales muy a menudo perturban gravemente las defensas emocionales del sujeto y su familia.

La ruptura de lo cotidiano conlleva la pérdida de recursos para afrontar las necesidades materiales de subsistencia, desarticula la práctica social y laboral e imposibilita proyectarse hacia el futuro transformándolo en algo incierto y abrumador. Se produce un severo deterioro del status socio-económico, lo que profundiza el cuestionamiento de la identidad personal en un proceso aparentemente no violento pero no menos permanente y dañino que otros.

La pérdida del trabajo y la estigmatización social se constituyen en parte fundamental de lo que es la ruptura del proyecto vital. El

consiguiente quiebre o debilitamiento del proyecto político confunde el padecimiento transformando el daño en algo más global y perturbador. De esta forma, la pérdida del trabajo o el riesgo inminente de cesantía, aparecen claramente como situaciones vitales patógenas.

Los efectos son inmediatos: pérdida de la autoestima, pérdida de referentes sociales, desgaste y aislamiento. Los detenidos son representados como “extremistas” y “subversivos”. La identidad social sufre así un grave proceso de distorsión al quedar los sujetos marcados públicamente como individuos despreciables.

Por eso tal vez sean estos talleres una parte importante del proceso de reparación, pues se intenta en ellos poner al paciente en una actitud activa para la generación de los recursos materiales necesarios para dar continuidad a lo que la experiencia represiva interrumpió.

Se trata de rearticular la práctica social y laboral del individuo, desarrollando destrezas y habilidades que propicien el retomar un proyecto de vida más dinámico y esperanzador.

Sus objetivos son:

1. Ayudar a la integración a la vida social, política y laboral, sin dejar de considerar las discriminaciones propias del sistema.
2. Proporcionar recursos que ayuden al paciente a desarrollar un marco general de habilidades que sustenten su identidad, que recuperen el proyecto de cambio, fomenten sus destrezas individuales y que puedan también generar recursos con los cuales subsistir.
3. Posibilitar el desarrollo de las capacidades sanas del paciente, fortaleciendo la confianza en sí mismo y complementando el tratamiento psicológico individual.

Las actividades que se realizan (gráfica, carpintería, costura) son fijas, no intentan al modo ergoterapéutico la expresión creativa en términos estrictos, sino que presentan características tales como ser estructuradas, secuenciales, etc.

El trabajo se realiza con dos aproximaciones complementarias: por un lado el recuperar habilidades laborales como destreza, calidad, producción, eficacia, rendimiento, etc. y, por otro, recuperar el rol y la imagen de sujeto capaz de producir. A esto se suma la evaluación de intereses y proyectos, se focalizan los trabajos susceptibles de abordar

y la realización de ejercicios prácticos de búsqueda de trabajo (rol playing, dramatizaciones) que ofrezca mayores posibilidades de éxito.

Junto a lo anterior, se capacita a la persona para otorgarle una alternativa más de trabajo. Se entregan elementos técnicos y teóricos que facilitan al paciente competir en un plano lo más igualitario posible con otras personas que trabajan en la misma área o bien se explora la posibilidad de independizarse en un trabajo productivo.

Para graficar más plenamente lo que intentamos hacer con nuestros consultantes, relataremos un caso clínico:

Paciente de 34 años, hombre. Detenido el año 1973 en el Estadio Chile, donde presencia varias ejecuciones. Trasladado al Estadio Nacional sufre duras torturas.

Pierde el habla y posteriormente se genera una tartamudez, que se acentúa en los momentos de gran tensión.

Nuevamente es detenido en los años 1976, 1981 y 1983 por la DINA y la CNI. En todas esas ocasiones es fuertemente torturado.

No logra consolidar una estabilidad laboral por la inseguridad y riesgo que vive diariamente. Tampoco lo permiten sus papeles de antecedentes.

El año 1988 vive un exilio de un año y medio en Argentina. Vuelve frustrado y sin lograr la estabilidad deseada.

Consulta a comienzos del año 1990 por un síndrome angustioso de gran intensidad, trastornos del sueño y alteración de las relaciones interpersonales. Ingresa a terapia ocupacional a mediados de 1990. Se le ve tenso, angustiado, sin trabajo y en pésima situación económica.

Nos planteamos inicialmente disminuir los niveles de angustia acogiendo pedido de ayuda y ofreciéndole alternativas concretas de progreso:

- Reencuentro con capacidades laborales
- Mejorar la autoestima
- Capacitación
- Búsqueda de trabajo.

Por la urgente necesidad económica lo integramos a los talleres

laborales en gráfica. Lo situamos en el colectivo en un plano secundario y sin mayor exigencia de intercambio interaccional.

La primera etapa es reforzar todo el aprendizaje que ya poseía en gráfica. Significa un reencuentro con lo ya conocido y un ejercicio de destrezas dormidas.

Ya activado en este plano lo hacemos asumir un rol de monitor básico con tareas en dos planos: generación de un mayor intercambio relacional y un esfuerzo de imagen y autoestima con respecto a los demás compañeros. Esto es apoyado en una supervisión gradual pero permanente.

Una vez consolidado el aprendizaje de encuadernación lo situamos en un ejercicio de mayor complejidad pero en un plano secundario: el trabajo en off-set. Participa en actividades de impresión como ayudante adquiriendo el manejo básico de este oficio. Paralelamente se hace cargo del taller de encuadernación. Posteriormente se encarga él solo de imprimir la revista institucional para finalmente asumir como instructor de otros pacientes.

En todo este recorrido se siente muy gratificado, resuelto, con relaciones interpersonales fluidas y con una imagen personal consolidada en el plano laboral.

Son estos argumentos, su experiencia concreta en talleres y el éxito logrado, el instrumento utilizado para contrarrestar las conductas evitativas en la búsqueda de trabajo.

En un plano reflexivo lo resituamos mostrándole sus verdaderas habilidades y dejando como único camino la búsqueda activa de una ocupación.

Para esto nos contactamos con una imprenta para lograr una suerte de práctica profesional donde trabaja remunerativamente por 15 días. Se encuadra esto en el proceso de entrenamiento de la actividad laboral y así lo entiende el paciente.

El término del tratamiento concluye estimulando una búsqueda activa de trabajo remunerado; ya no concurre a talleres y sólo efectuamos sesiones individuales de seguimiento hasta el momento en que consigue un puesto definitivo. Si hubiésemos dejado que permaneciera más tiempo en talleres se nos hubiera producido el efecto contrario pasando a ser éste un nuevo argumento evitativo en la búsqueda de la actividad laboral.

Desde hace más de un mes trabaja en una editorial y se prepara para asumir una beca WUS en una imprenta que él personalmente ya gestionó.

IV. ERGOTERAPIA

En el caso de las técnicas ergoterapéuticas nos estamos refiriendo al proceso por el cual el paciente, al usar una materia cualquiera (arcilla, madera, etc.) la transforma, dando como resultado final la expresión y creación de un objeto personal, que da cuenta de estados de ánimo, afectos, conflictos, nuevas destrezas y aptitudes que estimulen en la persona vivencias cualitativamente distintas.

La materia en este caso pasa a ser el elemento de transición y mediador entre la realidad interna del paciente y su expresión externa. Situación que de alguna manera da cierta seguridad al paciente al no ser abordado directamente ante su sufrimiento. El paciente lo expresa a través de su actividad, de su creatividad.

Etimológicamente ergoterapia significa “terapia por el trabajo”. Pero no se trata de cualquier trabajo, sino de uno libre, personal, creativo, no alienante. No importa su valor comercial sino que el sentido que la actividad tiene para el paciente.

Así, la creatividad, entendida como la capacidad que tiene el ser humano para elaborar algo nuevo, pasa a ser un aspecto importante de este instrumento terapéutico. Esta capacidad es la que proporciona su potencial fuerza creadora.

Jung definió la creatividad como una forma de buscar la expresión de sentimientos internos y creencias. Con estos elementos relativos a la actividad creativa, llegamos al arte-bruto y a Jean Dubuffet, considerado su precursor. Esta es su definición: “Entendemos por Arte Bruto las obras ejecutadas por personas desprovistas de cultura artística, en las cuales el mimetismo, contrariamente a lo que sucede con los intelectuales, tiene poco o nada de influencia (creatividad-sublimación), de manera que sus autores sacan todo de adentro, expresan todo de su propio fondo y no de las banalidades o clichés del arte clásico o del arte a la moda”.

Asistimos así a la expresión artística pura, bruta, reinventada completamente en todas sus fases por su autor, a partir de sus propios impulsos internos.

Otro elemento de la ergoterapia es el arte terapia o terapia artística. En el caso de la terapia lo más importante de todo es la persona y el arte se utiliza como medio de comunicación no verbal al servicio de esta persona. Así es como la actividad artística proporciona un medio concreto - analógico - a través del cual una persona puede lograr una expresión consciente o inconsciente que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico.

Margaret Naumber, terapeuta artística, dice en una de sus obras: "El proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y los pensamientos más fundamentales del hombre alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras". Ella limita sus actividades terapéuticas solamente al dibujo, la pintura, el modelaje y la escultura.

Es así como, ofreciendo estos medios de expresión y de realización plástica, el arte terapia permite al paciente movilizarse y canalizar sus emociones; los deseos, agresiones y miedos son construidos y expresados, llevando a cabo una comunicación a través de símbolos.

Seleccionamos para ergoterapia los pacientes que están en crisis, viviendo períodos de inestabilidad. Son consultantes que los inunda la incertidumbre e inseguridad. Muchos de ellos con síntomas depresivos, tendencia al aislamiento, menoscabo en su imagen y autovaloración.

El hecho que sea un espacio diferente a los talleres de inserción laboral, hace de este contexto un lugar facilitador de la comunicación e interacción. No hay exigencia de rendimientos u otras características propias de un trabajo tradicional. Cada paciente desarrolla libremente en el contexto terapéutico la actividad que ha decidido desarrollar.

Tal es el caso de José Miguel:

Comenzó dibujando elementos desarticulados entre sí, relacionados pero atomizados, como para mostrarnos la desintegración de su personalidad. Decía en un momento de su terapia: "Nunca me agarraron los pacos -sonríe ampliamente- pero, me agarraron las voces, me agarró la paranoia. No soy víctima de la dictadura en lo corporal, pero sí en lo mental".

Terminó su estadía en CINTRAS y dejó el taller de ergoterapia al cabo de meses, una vez terminada una marioneta, a la cual le pegó

pelos de su barba en la cabeza. Logró así articular todos los elementos corporales del objeto y quizá como para darle vida, le agregó un elemento propio. Ya no escuchaba voces, su angustia se fue atenuando y se integró a una vida activa, más coherente y de menos sufrimiento.

El acompañamiento del grupo es un elemento central. Así ocurrió con la siguiente consultante:

Olga llegó un día llorando desconsoladamente. Sentía un temor enorme y su angustia se acrecentaba ante el hecho de tener que declarar ante la Comisión de Verdad y Reconciliación. Su padre era uno más de los cientos de detenidos desaparecidos durante la dictadura militar.

Nadie preguntó qué le sucedía, se le recibió en silencio; con respeto y solidaridad se le ofreció sentarse frente a su tarea, un collage que había comenzado días antes. Se le otorgó toda la ayuda necesaria para su actividad y entre sollozos continuó hasta terminarlo, expresando su desamparo y dolor en su obra.

Por último, queremos mostrar la interacción que se produce entre los diferentes instrumentos de terapia ocupacional, con la presentación de un caso final:

Paciente hombre, de 28 años, que ingresa a CINTRAS en mayo de 1987, habiendo retornado pocos meses antes de su exilio en Bélgica.

Es hermano de un ejecutado por motivos políticos el año 1973, lo que provoca gran trastorno familiar. Su madre hace una enfermedad psiquiátrica por lo que debe hospitalizarse en varias oportunidades. Posteriormente su otro hermano es detenido y gravemente torturado, debiendo salir al exilio en Bélgica por estar en situación de grave riesgo vital.

En 1980, dada la exigencia de tener que hacer el Servicio Militar, nuestro paciente también viaja al exilio junto a su madre, disgregándose aún más la familia. El padre inicialmente se queda en Chile con su otra hija.

La madre muere en el extranjero por lo que el paciente queda solo con su hermano. Esta situación de nueva pérdida y soledad, sumado a toda la experiencia represiva previa, aparentemente gatilla un proceso psicótico grave y desestructurante.

Su padre, ante esta nueva realidad, también sale de Chile para acompañar a su hijo el año 1985, para volver juntos a Chile en 1987.

Una vez retornados, sólo se reúnen el padre, el paciente y una hermana. En el camino queda un hijo exiliado, la madre fallecida en el exilio y un hermano ejecutado político.

A su ingreso el paciente se presenta muy dañado, con su aseo personal francamente deplorable, sin ningún contacto vital, estereotipias verbales y motoras, discurso casi indicativo y telegráfico, musitante. Sin resonancia afectiva ni comunicación espontánea. Absolutamente apagado e inactivo en el hogar. Impresiona con alucinaciones auditivas.

Ya en terapia ocupacional, detectamos más específicamente una gran desestructuración de su quehacer cotidiano, actividades de la vida diaria nulas, sin hábitos higiénicos básicos, ausencia de habilidades laborales y de un grupo familiar que manifieste expresividad emocional, mal manejo conductual y nula comprensión de la enfermedad y su pronóstico.

El abordaje terapéutico inicial lo dirigimos a dos aspectos fundamentales: paciente y familia. En el primero utilizamos básicamente un enfoque directivo, conductual y de aproximación individual. Establecer el vínculo terapéutico fue el objetivo inicial, ya que el paciente concurría al tratamiento sólo si lo hacía acompañado por el padre.

Realizamos una evaluación de intereses, destreza y motivaciones, en la que detectamos conocimientos de francés, inclinación por el dibujo y el ajedrez, actividades con que comenzamos a trabajar en las sesiones (los recursos no son los que actualmente tenemos).

Paralelamente iniciamos una aproximación familiar con un enfoque psicoeducativo (comprensión básica de enfermedad y tratamiento conductual a este nivel) para propiciar la instauración de una rutina básica.

Con actividades libres como juego y dibujos, motivamos al paciente a lograr dos hábitos necesarios: asistencia a tratamiento y permanencia en la sesión por un tiempo mínimo.

Este trabajo de estimulación fue inicialmente diario, generamos en él un contacto visual y verbal primario. Comenzó a responder a gestos, saludos y su lenguaje indicativo se hizo algo más fluido.

Ya en esta etapa empezamos a exigir aseo y presentación personal en la sesión. Aún no trasladábamos instrucciones al hogar.

Así comienza a llegar más ordenado y presentable lo que reforzamos con el uso de cigarrillos (fuma de modo estereotipado).

Las sesiones son de corta duración, pero las vamos aumentando progresivamente hacia una mayor permanencia (empezamos con 20 minutos y estamos en la actualidad en 2 horas).

Ya en este plano estábamos trabajando en traducciones en francés e integramos actividades de carácter ergoterapéutico. La idea era desarrollar mayor tolerancia y perseverancia en el hacer, con una actividad libre y expresiva.

En el plazo de 6 meses, trasladamos al hogar una rutina básica, que incluía horarios de funcionamiento, con labores mínimas tales como: comprar el pan, hacer su cama, ver TV, etc. apoyados en el entrenamiento del padre, quien también hace uso de la técnica conductual del refuerzo tangible positivo.

El paciente, con una rutina básica, fue situado en un plano de mayor exigencia: concurrir solo a tratamiento y trasladar, como parte de su rutina, actividades terapéuticas que realizábamos en las sesiones individuales. Se lleva al hogar traducciones que controlamos regularmente. Comenzó con 1/2 página diaria, hasta 2 a 3 que fue el límite puesto.

En las sesiones continuamos en un plano ergoterapéutico con un trabajo de hilos tensados: espacio fijo, uso de mínimos materiales, uso de cálculo de medidas, líneas rectas, actividad muy estructurada.

La idea fue sacarlo del ensimismamiento y autismo para tornarlo más creativo. De la actividad fija y estructurada pasamos a una relativamente más libre y creativa con la confección de colgantes con puntos simples en sus diseños. Esto también lo trasladó posteriormente al hogar.

El tercer paso fue el trabajo colectivo y de manejo en la calle. Para el primero lo integramos a un grupo pequeño de pacientes que también habían presentado episodios psicóticos pero que estaban en un mejor nivel y paralelamente disminuimos a 3 veces por semana las sesiones para estimular un hacer más independiente del terapeuta.

El grupo estimuló el diálogo abierto y espontáneo, reforzó su imagen al recibir el incentivo de sus compañeros por los trabajos terminados. Hace amistades y en algunas ocasiones proyecta el contacto con ellos fuera de las sesiones.

Respecto del segundo aspecto, hacemos modelaje y salimos a la calle de compras y otros trámites para adecuar su funcionamiento con la finalidad de corregir, por ejemplo, el escupir en el suelo o el pedir cigarrillos y dinero a cualquier persona.

Finalmente, en todo este recorrido lo integramos a un grupo folclórico de nuestros pacientes que dura alrededor de 6 meses y con asistencia de 2 veces por semana.

En este trayecto, que duró 2 años (agosto 87 al 89), se produce una transformación en nuestra institución. Cambia la planta física, se crean espacios concretos para talleres y aumenta considerablemente la cantidad de consultantes, lo que nos obliga a crear una rutina de hospital de día para él y entrenar a toda la comunidad de CINTRAS en el manejo básico del paciente. En este instante, ya con un funcionamiento aceptable en lo conductual e interaccional, decidimos explorar otras áreas sanas y lo integramos en este período al taller de ergoterapia, que fue ampliado y reforzado a partir de esta fecha.

Ya no era posible el abordaje individual y el grupo consultante había aumentado considerablemente en número y realidades personales, lo que nos puso en un plano distinto al ya descrito: el uso de talleres laborales y ergoterapéuticos como elemento esencial.

Se integra al taller de ergoterapia, insistiendo que las actividades se desarrollan ahora en un espacio más amplio y con una diversidad de recursos que facilita que el paciente canalice adecuadamente sus motivaciones. El taller funciona diariamente y con alrededor de 10 a 15 pacientes.

Se estipuló un contrato terapéutico que señalaba una asistencia de 3 días a la semana, entre las 10.00 y las 12.00, una pausa de 11.00 a 11.15, con autorización para fumar un cigarrillo al llegar y otro al irse a casa.

Su primera producción es un dibujo, un rostro. Al mismo tiempo habla de su hermano fusilado en el cerro Chena y de su madre fallecida en el exilio. Es como una manera de presentarse ante sus compañeros. Dibuja a trazos muy rápidos y sus obras comienzan a pasar muy rápidamente una tras otra. Continúan sus dibujos, siempre en la misma temática, pareciera que los hiciera más que nada para ocuparse o dejarnos tranquilos y satisfechos.

Partiendo de esta reflexión, le proponemos utilizar sus intereses y capacidades integrando sus sueños en una actividad diferente. Al conocer las posibilidades que tenemos y sin reflexionar mucho, elige el cobre.

Corta 10 placas de 10x8 cms. donde reproduce figuras, repujándolas. Previamente dibuja muy rápidamente, motivos como “el pez herido”, “la cigüeña”, “la mujer”, etc. todos, según él, provenientes de la cultura mayita.

Esta actividad nos permite lograr un importante objetivo, es decir: el pequeño y limitado espacio le permitirá centrarse y concentrarse, alcanzar una cierta regularidad, coordinar el pensamiento y la acción, como asimismo valorizarlo y fortalecer el yo sano; en definitiva, tratar de reestructurarlo o por lo menos reparar algunas de sus capacidades dañadas. Siempre tiende a sobrepasar los límites y el contrato acordado.

Continúa con sus pequeños repujados, pero al mismo tiempo pasa por una etapa de violencia en su hogar. Amenaza a su padre, lo agrede verbalmente y lanza piedras a la propiedad rompiendo vidrios. En el taller de ergoterapia demuestra inquietud y ansiedad.

Ponemos en cuestión el contrato y nos preguntamos si no vamos demasiado rápido en las exigencias: actividad controlada y dirigida, las etapas para la confección de sus obras, el esfuerzo hecho para la integración de los acuerdos y consignas.

Cada vez más disperso, ríe sin motivo aparente, muy crispado e incapaz de estar sentado en un mismo lugar. No se preocupa de su apariencia ni de su persona. Durante este período, que dura alrededor de 2 meses, pinta, dibuja y repuja de manera rápida y desordenada y sin ninguna reflexión aparente.

Constatamos movimientos torpes y sin precisión, dice tener mala vista, justificándose. Conversamos con él sobre todos estos aspectos y vimos la necesidad de que toda el área de CINTRAS juegue un rol terapéutico y de apoyo frente a esta espiral de desintegración y deterioro.

Detenemos momentáneamente las exigencias y nos solicita tejer a telar. Aceptamos como una forma de mantenerlo encuadrado, con menos posibilidad de dispersión y delirio. En esto pasa un buen tiempo, pero avanza sólo 2 cms. y de manera inadecuada. Su padre, muy preocupado, nos informa que duerme con la ropa puesta.

Llegamos al mes de abril de 1990, fecha en que comienza, por propia petición, a hacer repujados en cobre de mayor tamaño, 30x20 cms. aproximadamente. Dice que para él serán más fáciles de ejecutar y que hará 10 para posteriormente exponerlos y venderlos.

Su actividad se caracteriza por dibujos antropomorfos que luego traspasa al cobre. El paciente titula su primer trabajo como "El Yo". Interpretamos este producto como un "yo" atomizado, tan desintegrado como la propia personalidad de Manuel. Paralelo a esto sucede un hecho interesante y sorprendente: Manuel desafía a otros pacientes a jugar ajedrez; habitualmente gana, situación que lo hace sentirse feliz y motivado. Es felicitado por los pacientes y dice haber sido campeón en Bélgica.

Motivado por el refuerzo social de su actividad, Manuel continúa la producción de trabajos en cobre y es así como da a luz "la guagua", "el niño", "el hombre", "el guacho" y continúa prolíficamente.

Nos damos cuenta que cuando hay más de 5 pacientes en ergoterapia (lo que es común), Manuel se incomoda, se dispersa y no se concentra. Pensamos que sería beneficioso una atención individual y para ello acordamos que comience una actividad de tallado, un día a la semana, con una estudiante en práctica en un lugar adecuado, con supervisión personalizada.

Posteriormente termina su serie de 10 repujados, agregando entre otros: "el caballo", "el hipocampo". Nuevamente es un motivo de felicidad, muy felicitado por todos, alabado incluso por algunos como un gran creador. Han transcurrido 5 meses en el taller de ergoterapia al momento de presentar este trabajo.

Creemos estar ya en una etapa que tal vez complete nuestro quehacer. Hemos recuperado destrezas, habilidades, estilos de comunicación, pero sin olvidar que es un paciente con gran daño, sin dejar de lado su proceso psicótico desestructurante. Nuestro trabajo terapéutico se ha dirigido a mantener los avances y evitar un retroceso o mayor deterioro. Su evolución requiere ya de otras instancias extrainstitucionales que le permitan subir un peldaño más, pero recordando las claras limitaciones derivadas de su enfermedad. Al parecer, el taller protegido es el otro paso y en ese sentido encaminamos nuestros esfuerzos.

TORTURA EN CHILE EN EL PERIODO DE TRANSICION A LA DEMOCRACIA

MARISOL ESPINOZA, Asistente Social
BRUNO GARCIA, Psiquiatra
MARIA ISABEL ALVAREZ, Asistente Social
GUILLERMO MONTALVA, Profesor de Historia
CODEPU - DITT

I. TORTURA EN CHILE: Marzo - Octubre 1990

Para la presente ponencia hemos tomado en cuenta como referencia el trabajo "Las últimas técnicas de tortura en Chile: su acción, sus objetivos y sus efectos", publicado en el libro "Persona, Estado, Poder" en noviembre de 1989 por el equipo de Salud Mental del Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU).

En aquel trabajo hacíamos referencia a la forma en que las técnicas de tortura se perfeccionaban y aparecían otras nuevas, como eran fundamentalmente la manipulación psicológica individual; la utilización de drogas, hipnosis y condicionamiento; la utilización de técnicas audiovisuales y la incomunicación total con técnicas de privación sensorial. Hoy día, en pleno período de transición a la democracia, y después de haber denunciado el CODEPU junto a la Comisión Chilena de Derechos Humanos más de 24 casos de tortura en el período comprendido entre el 14 de marzo y el 30 de octubre de 1990, podemos decir con fundamentos que:

1. Los aparatos torturadores no han sido desmontados y, por el contrario, persisten en su actuar.
2. A pesar de haber perfeccionado técnicas de tortura psicológica, en este período se han utilizado predominantemente técnicas de tortura corporal.
3. La tortura, como técnica, está tan enraizada en los aparatos policiales, que la utilizan como una herramienta más de su quehacer.

Los fundamentos de estas aseveraciones los mostraremos a través del estudio de sólo cinco casos, los cuales recibieron atención médica, psicológica y social por parte de nuestro equipo de salud mental.

Caso 1: varón, 26 años de edad, soltero, trabajador.

El día 22 de junio fue interceptado por Carabineros, interrogado acerca de sus actividades y militancia; al reconocer tener ideas socializantes, es detenido y trasladado a la Comisaría del sector. En ese recinto es desnudado y mojado, junto con sus ropas, luego le ordenan vestirse y es encerrado en un calabozo donde otros dos detenidos intentan sacarle la ropa. El joven grita y la respuesta de Carabineros es golpearlo, insultarlo y amenazarlo si vuelve a gritar. Después de unas horas el joven es sacado de la celda, se le pasa un documento para que lo firme sin dejar que lo lea; al negarse, un carabiniere que está detrás suyo lo golpea en los oídos (teléfono), vuelve a negarse, lo trasladan a otra celda donde había una persona colgada y se le obliga a presenciar la tortura.

Frente a este hecho y en muy mal estado el joven firma el documento. Luego solicita que le entreguen sus cigarrillo, le pasan cuatro que debe prender al mismo tiempo y luego es obligado a apagarlos en su brazo izquierdo uno por uno.

Más tarde es sacado del recinto, subido a un auto y luego arrojado en una poza de agua. Es amenazado de muerte si denuncia el hecho.

El joven llega a nosotros en julio, asustado, con pánico, deprimido, con insomnio y pesadillas, con gran temor por el documento que firmó sin leer. No hizo la denuncia por temor a represalias.

Caso 2: varón, 18 años de edad, soltero, terminando enseñanza media.

A principios de año fue llamado a hacer el servicio militar en el norte del país. A la semana de estar en el regimiento, los jóvenes fueron allanados y se le encontró un panfleto opositor al gobierno militar. Desde ese momento hasta 2 meses más tarde, en que fue dado de baja, recibió múltiples apremios físicos y psicológicos: golpes con un alambre de alta tensión, aislamiento, prohibición de comunicarse con sus compañeros de regimiento, fue encerrado durante 7 días en una pieza, amenazado con ser interrogado por los de "seguridad", con un régimen alimenticio irregular, sin permiso para ir al baño, durmiendo en el suelo y siempre con la amenaza de hacerlo desaparecer.

Hasta la fecha no se le entrega el certificado que indique su calidad de dado de baja, razón por la cual no puede hacer la denuncia ni acciones legales.

Llega a nosotros nervioso, a veces con los ojos llenos de lágrimas, con olvido de lo que vivió, con risa nerviosa. En estos momentos manifiesta estar más tranquilo.

Caso 3: varón, 31 años de edad, soltero, profesor.

Es detenido el 10 de octubre de 1990 frente al Palacio de la Moneda, en una manifestación del Movimiento contra la Tortura "Sebastián Acevedo". La detención es efectuada por Carabineros, quienes toman a 5 hombres y 7 mujeres, los que son trasladados a la Primera Comisaría. Al llegar a ésta son ubicados en el gimnasio; el joven es separado del resto y obligado a desnudarse frente a sus compañeros. En ese momento todos son golpeados e insultados. En el transcurso de esta detención 3 civiles fotografían a los detenidos uno por uno, sin identificarse; el joven, que se resistía a ser fotografiado, es tironeado del pelo hacia atrás y finalmente fotografiado. Luego de 3 horas, el personal que hizo la detención es reemplazado por otro y cambia totalmente el trato hacia los detenidos, los que son dejados en libertad con citación al Juzgado de Policía Local. Ese día a las 3 de la madrugada llegan a su domicilio 3 ó 4 hombres preguntando por él, el joven no abrió la puerta hasta que se fueron.

El 6 de octubre a las 8 de la mañana golpean nuevamente su puerta diciendo ser funcionarios de la Municipalidad de Santiago. No abrió la puerta y las personas se fueron. Ese mismo día a las 23.00 hrs., encontrándose el joven con la directiva del "Sebastián Acevedo" en un café cercano, encuentra en el mismo lugar a dos de los civiles que los habían fotografiado en la Comisaría. Desde esa noche el joven duerme en otra casa.

El 10 de octubre llega a nosotros derivado del equipo jurídico del CODEPU, señala estar muy angustiado, depresivo, con pesadillas y con miedo a salir de su domicilio.

Caso 4: varón, 20 años de edad, soltero, actualmente cesante.

En el mes de mayo de 1990 fue llamado a hacer el servicio militar. El día 15 de septiembre, en los preparativos de la parada militar, un oficial le comunica que estaba en conocimiento de que él pasaba información hacia afuera y que supuestamente el día de la presentación

habría un atentado. A partir de ese momento comenzó a ser vigilado, a su rifle le quitaron las municiones, se le prohibió conversar con sus compañeros y se le prohibió además la salida en su día libre.

El día 19 de septiembre participa en la parada militar, se le prohíbe conversar con su familia. Una vez finalizado el desfile, lo suben solo a una camioneta y lo trasladan a un recinto militar donde permaneció 3 días. En este lugar es encapuchado, golpeado e interrogado sobre su militancia, es privado de alimentos y de agua, es amenazado con hacerlo desaparecer. En la pieza donde lo tenían había una cámara de televisión de circuito cerrado desde donde lo mantenían vigilado. En un momento que estaba quedándose dormido, le gritan por alto parlante “te estás quedando dormido”, sólo una vez le autorizan sentarse en el suelo.

En una oportunidad es llevado a otra habitación y es obligado a presenciar la tortura de otro joven que también hacía el servicio militar; en estas condiciones reconoce militancia política. Antes de ser entregado a sus padres es fotografiado de frente y de perfil con un letrero que indicaba la militancia reconocida por el joven.

Es atendido por nuestro equipo los primeros días de octubre. Manifiesta sentirse agresivo, retraído, prefiere estar solo, presenta cambios bruscos de humor y dificultad para concentrarse. En los momentos que recuerda lo vivido le da mucho miedo, siente temor a ser secuestrado. Este caso tampoco puede ser denunciado públicamente ni se pueden hacer gestiones policiales.

Caso 5: varón, 27 años de edad, casado, 2 hijos, cesante.

Fue detenido el 6 de agosto de 1990 a las 18.00 hrs. en un restaurant céntrico y llevado al Cuartel de Investigaciones, donde le mostraron un papel con la dirección del restaurant y le dijeron que había sido encontrado en un taxi robado. Es acusado de estar involucrado en el robo de ese vehículo. El joven niega toda participación en ese delito. Fue vendado, esposado y sometido a golpes en el abdomen y rostro, luego llevado a otra pieza donde es amarrado a una silla y se le aplica corriente en la mano izquierda y pantorrilla derecha durante 2 horas. Al día siguiente lo conducen a una pieza donde le sirven desayuno y continúan interrogándolo con golpes en la cara; lo devuelven al calabozo y esa noche es trasladado a otra pieza, donde es desnudado y sometido al “pau de arara” con aplicación de electricidad en el ano, prepucio, testículos y dedos de los pies y manos; esto dura 2 horas. Lo conminan

a reconocer militancia comunista; nuevamente es colgado y sometido a aplicación de electricidad. Luego lo bajan y desatan, dejándolo tirado en el suelo; de inmediato lo hacen levantarse y moverse, luego lo hacen vestirse y siempre con la vista vendada lo llevan a otra oficina donde le sacan la venda; allí ve a 2 funcionarios. Al día siguiente lo vuelven a interrogar sobre lo mismo, le muestran una foto para que reconociera a los presos políticos fugados.

Al día siguiente le hacen firmar una declaración sin leerla y le avisan que será visitado por la Cruz Roja Internacional; lo hacen bañarse y arreglarse y lo pasan a otra sala donde un señor que dice ser de la CRI escucha el relato del joven. Una vez que queda solo es amenazado con ser torturado por lo que contó al miembro de la Cruz Roja Internacional.

El 9 de agosto es llevado a la Penitenciaría, el 10 es llevado al Juzgado donde le leen la declaración que firmó bajo tortura y que no reconoce como efectiva. Le toman una nueva, queda en calidad de detenido y es devuelto a la Penitenciaría y el sábado 11 de agosto dejado en libertad incondicional.

Cuando llega a nosotros presenta nerviosismo, miedo, se sobresalta con ruidos nocturnos; en el prepucio y algunos dedos presenta pequeños eritemas con disminución de sensibilidad. Sin embargo ha preservado bastante bien su integridad personal, el miedo es el principal rasgo de desasosiego que presenta.

II. CONCLUSIONES

Podemos decir que se han presentado una serie de sentimientos confusos en la población torturada:

1. Se están utilizando las mismas técnicas de tortura denunciadas desde 1973 en adelante.
2. Además de los objetivos propios de la tortura, quienes la aplican han privilegiado el producir terror a la denuncia, ya sea a través de la amenaza directa del torturador y/o utilizando recursos de poder, tales como fotografías o documentos que no entregan.
3. En este período los aparatos torturadores persisten y han perfeccionado sus técnicas para cumplir el objetivo de la desintegración de la individualidad y crear un sentimiento de desinterés en el conjunto de la sociedad frente al accionar de los torturadores.

4. En el torturado aumenta el grado de confusión al no saber por qué está siendo torturado en el período de transición a la democracia.
5. Esta confusión produce un sentimiento de trastocación témporo-espacial, que junto a un desfase histórico produce un quiebre más rápido del torturado.
6. Existe un sentimiento de desconfianza, rabia e impotencia hacia el gobierno y la sociedad, dada su incapacidad de terminar con la tortura en los organismos policiales.
7. Estos sentimientos producen mecanismos de pérdida de credibilidad de la posibilidad de obtener respuestas por parte de las autoridades correspondientes frente a su demanda de justicia.

En siete meses de gobierno de transición a la democracia se han denunciado:

112 casos de detenciones arbitrarias

95 casos de tratos crueles e inhumanos

24 casos de allanamientos ilegales

15 casos de amedrentamiento

3 casos de abuso de poder con resultado de muerte

(Fuente: Comisión Chilena de Derechos Humanos, CODEPU)

Al presentar este trabajo queremos hacer un llamado a los presentes, en términos de que la tortura aún se aplica en nuestro país, y en esta medida nuestros esfuerzos deben centrarse en su denuncia a todos los ámbitos del quehacer nacional, *para que nunca más...*

REACTANCIA, INDEFENSION APRENDIDA Y AUTORITARISMO

MIGUEL TORO
Psicólogo - Talca

La interrupción del sistema democrático y su sustitución durante 16 años por un régimen militar autoritario, se caracterizó por una variedad de efectos de distinto tipo y alcance en prácticamente todos los ámbitos de la vida nacional. Numerosos estudios han abordado esos cambios desde la perspectiva de distintas disciplinas, intentando evaluar su impacto y formular hipótesis explicativas desde donde derivar predicciones y sugerencias de intervención cuando corresponda.

Un área de interés y a la vez de preocupación, dice relación con el impacto que el modelo autoritario ha tenido sobre la salud mental de la población, especialmente en aquellos casos y ámbitos en que dicho efecto se puede catalogar como negativo. En esta área y contexto se inserta el presente trabajo, que tiene como objetivo aportar elementos que permitan avanzar hacia una perspectiva que integre los distintos comportamientos, sean ajustados o no, observados a nivel individual y grupal por los profesionales e instituciones dedicados al trabajo asistencial con quienes han sido afectados adversamente por el sistema autoritario en nuestro país.

El punto de partida para colocar este trabajo en contexto es concebir al ser humano como un ente capaz de ser libre y de ejercer su libertad, entendiendo por tal «la facultad del hombre de elegir su propia línea de conducta, de la que, por tanto, es responsable ... (implicando) falta de coacción para hacer una cosa u otra» (María Moliner: Diccionario de uso del Español). Ello involucra que el comportamiento humano se caracteriza por algún grado de contingencia entre lo que se hace y lo que ocurre como efecto de ello; es decir, los hechos que siguen a la conducta dependen en alguna medida de esa conducta. Bajo esta condición se puede decir que las personas se hallan en una situación

de control en tanto pueden influir a través de su acción en lo que les ocurre; lo que no sólo tiene valor en términos de hacer de cada cual artífice de su destino, sino que constituye a la vez una condición que motiva a mantener control sobre el medio.

Al respecto, un autor ha planteado la hipótesis de que el ser humano se halla motivado a creer en un *mundo justo* en donde las personas consiguen lo que se merecen y merecen lo que consiguen (J.M Lerner; citado por Wortman y Brehm, 1975), situación que probablemente no se cumple a cabalidad en ninguna sociedad conocida, pero que indudablemente se transforma bruscamente en lo opuesto en los sistemas autoritarios, afectando la vida de las personas y colocándolas en una situación donde el control, real o percibido, deja de estar en sus manos. En efecto, los regímenes autoritarios crean condiciones que restringen la libertad de las personas, ya sea directamente, por ej. al decretar la suspensión de las garantías individuales, obligar mediante bandos, etc. o indirectamente a través de medidas de amedrentamiento colectivo que apuntan a todos pero a nadie en particular, obligando a muchos a autocontrolar sus conductas manifiestas y autocensurar sus conductas encubiertas, es decir, imponiendo limitaciones tanto al actuar como al pensar.

Wortman y Brehm (1975) señalan que cuando las personas son afectadas por hechos que no han elegido y sobre los cuales no pueden ejercer control, surgen motivos que las impulsan a intentar recuperarlo, fenómeno que denominan *reactancia* y cuyo monto depende de las siguientes variables: percepción del grado de libertad que se posee; grado percibido de la amenaza a esa libertad; importancia del área amenazada; implicancia de la amenaza respecto a su situación total.

Los autores citados analizan cada una de esas cuatro variables a la luz de evidencia empírica y de laboratorio, a partir de la cual se pueden realizar extrapolaciones aplicables a nuestra realidad. Así, respecto de la primera variable señalan que el efecto motivacional surge sólo si la persona se percibe como libre para emitir las conductas cuya emisión es amenazada. Esa percepción puede derivar del hecho que la persona las ejerció en el pasado, o resultar inferida del observar a otros llevándolas a cabo; igualmente puede ser una consecuencia de haber sido formado o informado en el sentido de que cuenta con libertad para actuar, o simplemente porque las normas que rigen su comportamiento en sociedad se lo garantizan. Cualquiera sea el caso, mientras mayor certeza tenga una persona en cuanto a que dispone de libertad, mayor

será su reacción cuando ésta es coartada.

Al respecto, en los regímenes democráticos, ya sea mediante acciones o declaraciones, se estimula una percepción de que se es libre y se genera expectativas de que el control del funcionamiento social se halla en las manos de todos y cada uno de los miembros de la sociedad, por lo que la percepción de libertad y control es un fenómeno generalizado. En esas condiciones, la instauración de un régimen autoritario ineludiblemente será percibida como una amenaza a la libertad de un sector significativo de la población, ya que tanto las acciones como las declaraciones son lo opuesto de aquello a partir de lo cual se había construido las percepciones existentes. En esta situación las personas pueden reaccionar intentando combatir la amenaza, con el consiguiente riesgo a su integridad; pueden reajustar sus acciones, manteniendo sus convicciones, lo que preserva su integridad física pero tiene un costo emocional; o pueden reajustar acciones y convicciones, *adaptándose* a la nueva situación, lo que en el corto plazo puede minimizar costos, pero probablemente obligue a reconstruir no sólo su forma de ordenar e interpretar el mundo, sino también sus redes sociales por cuanto *su* cambio no será necesariamente compartido por todas las otras personas significativas en su vida, lo que igualmente involucra un costo, sólo que a un plazo más largo.

En cuanto a la segunda variable -grado percibido de la amenaza- tendrá efectos distintos según constituya sólo amenaza o se traduzca en limitación concreta al comportamiento. En el primer caso las personas conservan algún grado de control, en el segundo, el control deja de estar en sus manos. Así, las declaraciones respecto de los nuevos límites a que debe ceñirse el comportamiento, genera una reacción menor que las acciones que suprimen la posibilidad de control por parte de las personas, generándose en este último caso mayor motivación para intentar recobrarlo. En este sentido, los regímenes autoritarios se caracterizan tanto por acciones como por declaraciones restrictivas del control en manos de aquellos sobre los cuales ejercen su autoridad. Así, en el caso chileno, la implantación de la ley marcial, declaración de estados de sitio, de excepción, etc. implicaron una amenaza, pero dejaban algún grado de control a las personas en tanto éstas ajustaran sus conductas a la nueva situación; en cambio la prisión, la tortura y acciones semejantes, constituyeron casos en que el control se halla en manos de los que ejecutan la acción, teniendo un efecto motivador mayor en términos de intentar

revertir la situación; lo que al ser inefectivo termina teniendo un efecto desintegrador también mayor.

La tercera variable hace igualmente referencia a efectos cuya cuantía varía de acuerdo a la importancia que las personas asignan al ámbito de libertad amenazada. Si las restricciones o supresiones tocan áreas poco trascendentes, la percepción de pérdida de control existe pero no afecta grandemente; por lo contrario, si lo afectado es trascendente para la persona, su estado motivacional será más intenso y consecuentemente se comprometerá más en acciones tendientes a recobrar libertad de acción y mayor control sobre los efectos de su conducta. Cabe señalar en este sentido que la trascendencia es algo determinado por la persona y por tanto no es siempre factible establecer áreas de igual importancia para todos los sometidos a un régimen autoritario. Cada persona construye su propia *realidad* y en ese contexto asigna importancia relativa a uno u otro ámbito. De este modo, lo que para algunos puede parecer no constitutivo de restricción, para otro puede representar una severa limitación a su existencia, con el consiguiente costo. No obstante, la importancia de algunas áreas tiende a ser más universal que la de otras. Así, cuando lo amenazado es el derecho a la vida, a la integridad física, al trabajo, etc. es esperable que mayor cantidad de personas se sientan vulneradas que cuando las restricciones se aplican, por ejemplo, al desplazamiento, la asociación, posesión de ciertos bienes prescindibles, etc.

En cuanto a la cuarta variable considerada, se puede establecer que el monto de reacción a las restricciones y disminución o pérdida del control es función de la especificidad o generalidad de las áreas afectadas, así como de las implicancias que ello tenga para el comportamiento no sólo en el presente sino también en el futuro. De este modo, las restricciones circunscritas o transientes generan una motivación menor para establecer el control que aquellas que comprometen a la persona en su totalidad o tienden a la permanencia. Obviamente que al igual como ocurre con las otras variables, mayor motivación no involucra necesariamente mayor probabilidad de recuperar control y, por tanto, puede resultar igualmente en mayor frustración y por ende en costo aumentado en términos personales. Los regímenes autoritarios no ignoran este hecho, y por tanto crean oportunidades y generan acciones orientadas a influir sobre la percepción que las personas tienen del control que ejercen o podrían ejercer. Sin embargo, en general esas acciones, al abrir espacios, en vez de disminuir la

motivación respectiva - que es lo esperado - tienden a reforzarla, obligando a restituir las restricciones o a emplear formas de coacción aún mayores que las originales, generando una motivación más intensa e involucrando paulatinamente a más personas, incluso a aquellas que inicialmente no se sentían afectadas en su libertad o no se percibían con control disminuido sobre los efectos de su comportamiento.

La interacción de las variables reseñadas permite formular algunas predicciones en relación a las evaluaciones, conductas explícitas y estado de ánimo en las personas afectadas por limitaciones en el grado de control que pueden ejercer sobre su medio, las que según Brehm se resumen en:

1. Cuando la libertad para comportarse de una determinada manera es amenazada, la persona reacciona con una mayor motivación para emitir esa conducta, con el consiguiente incremento en la evaluación favorable que hace de ella. Del mismo modo, si es obligada a enfrentar situaciones o experiencias que libremente habría evitado, dichos eventos fuera de su control son evaluados desfavorablemente. Así por ejemplo, en el primer caso la imposición de censuras al contenido y circulación de información tiene el efecto inmediato de llevar a las personas a buscarla, con el consiguiente riesgo de distorsión. En el segundo caso, la obligatoriedad de concurrir a ceremonias oficiales o de homenajear a la autoridad, resulta en una percepción desfavorable tanto de la medida como del evento mismo; lo que no ocurre si la persona lo concibe como una opción exenta de coacción.
2. Cuando la libertad para emitir determinada conducta es amenazada o suprimida, las personas intentan llevar a cabo dicha acción como medio para recobrar un grado de libertad, es decir tratan mediante ello de recuperar control. Un factor importante en la decisión de actuar o no es el costo previsto; en otras palabras, el impulso inicial es a emitir la conducta objeto de impedimento, pero ello es en último término función de las expectativas de eficacia, así como de lo que se gana o se pierde al hacerlo. Obviamente, si la supresión es total, ningún intento es posible y por tanto, aunque la reactancia sea alta, el individuo percibe la futilidad de todo ello y se encuentra inerte ante el medio.
3. Si la persona se encuentra limitada o impedida de realizar una acción, puede intentar realizar una distinta, aunque relacionada, con lo que por implicación percibe que podría también realizar la

conducta no emitida. En cierto modo a través de ello la persona estaría compensando la pérdida de control de un ámbito específico mediante el ejercicio de control en otro que sí es factible.

4. Al impedirse o limitarse la libertad de actuar, es esperable que la persona experimente sentimientos hostiles o agresivos hacia lo percibido como agente causal. Esto puede traducirse en conductas manifiestas, que eventualmente son instrumentales en la recuperación del control y restauración de la libertad de acción. No obstante, también juega aquí un papel el costo previsto, por lo que puede inhibirse la manifestación o canalizarse hacia agentes sustitutivos o *expiatorios*. Los estudios en especies no humanas muestran que la agresión generada por situaciones incontrolables y aversivas parece tener propiedades reforzantes para el organismo que las emite, teniendo como limitante no los costos previstos, sino la capacidad para llevarla a cabo y mantenerla; resulta claro las implicaciones de ello si se extrapola a seres humanos y situaciones sociales, en las que puede llegarse a violencia generalizada y difícil de reducir o controlar.

Lo hasta aquí expuesto se refiere a los intentos por recobrar el control cuando las personas perciben que éste está amenazado o interferido, intentos que no siempre son instrumentales en su recuperación. Por cierto que en muchos casos la reactividad permite establecer el control, si no en el plano de lo concreto y observable, al menos en el nivel de lo sentido y percibido. Pero es también cierto que en varios casos ello no ocurre y las personas llegan a encontrarse en situaciones en que la contingencia conducta-consecuencia se pierde; es decir, lo que les ocurre es independiente de sus acciones.

Este último caso, aunque constituye una experiencia familiar en la vida de todas las personas, no fue estudiado sistemáticamente sino hasta el decenio de los 70, en que a partir de una serie de experimentos de laboratorio se formuló un modelo descriptivo-explicativo denominado *indefensión aprendida*.

El punto de partida fue una serie de estudios que mostraban que animales sometidos a estimulación aversiva incontrolable de la que no podían escapar presentaban notables cambios en su conducta, entre los que destacaba un notable decremento en sus intentos por escapar o evitar la situación en que se hallaban, así como dificultad para aprender a escapar o evitar estímulos negativos cuando la situación

cambiaba y era posible ejercer control sobre ella (Overmier y Seligman, 1967; Seligman y Maier, 1967).

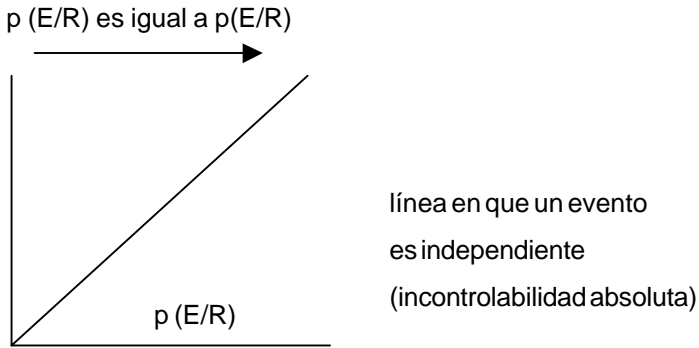
De los experimentos con animales se pasó prontamente a seres humanos, lo que generó una variedad de estudios relacionados con distintos aspectos tanto situacionales como comportamentales de la incontrolabilidad, dando lugar a un creciente acopio de datos. Estos, junto a la evidencia proporcionada por trabajos en especies infrahumanas, fueron sistematizados en un intento de formular una teoría respecto de los efectos de la incontrolabilidad que permitiese extrapolar hacia otras situaciones y tópicos de la existencia humana (Seligman 1975; Maier y Seligman 1976).

En términos generales, el modelo de *indefensión aprendida* parte de la base que la mayoría de las conductas del ser humano son voluntarias, y que por tanto su probabilidad de emisión aumenta o decrece según sean recompensadas o castigadas. Bajo esta condición, cuando las conductas son explícitamente recompensadas o castigadas, las consecuencias son dependientes respecto a la conducta y la persona puede percibirlo así y sentir que hay una relación de control entre ella y su medio; sus acciones influyen en lo que ocurrirá. Más aún, ello permite predecir consecuencias. La persona genera expectativas respecto de lo que puede ocurrir a partir de las conductas que emita.

Es también posible que no todo lo que ocurre a una persona esté asociado a emisión de conductas; es decir, algunos hechos suceden aún cuando la gente no haya realizado ninguna acción específica al respecto. En este caso también es posible percibir que ello ocurre e igualmente se puede realizar una predicción: las cosas pueden ocurrir cuando la persona se abstiene de hacer algo. Aquí también hay control puesto que el abstenerse de la acción lleva a la ocurrencia de algo; una vez más hay contingencia, sólo que de otro tipo.

Tanto en el primer caso como en el segundo, la persona posee información respecto de las relaciones conducta/ausencia de conducta y consecuencias, existiendo por tanto una percepción de que hay algún grado de control en sus manos. No obstante, hay también casos en que la probabilidad de ocurrencia de un evento es la misma ocurra o no una conducta específica. En este caso dicha ocurrencia es *independiente* de la conducta (ya que no hacer algo también es conducta) y por tanto el evento consecuente es *incontrolable*. Estas relaciones han sido graficadas por Seligman (1975) del siguiente modo:

gráfico N° 1

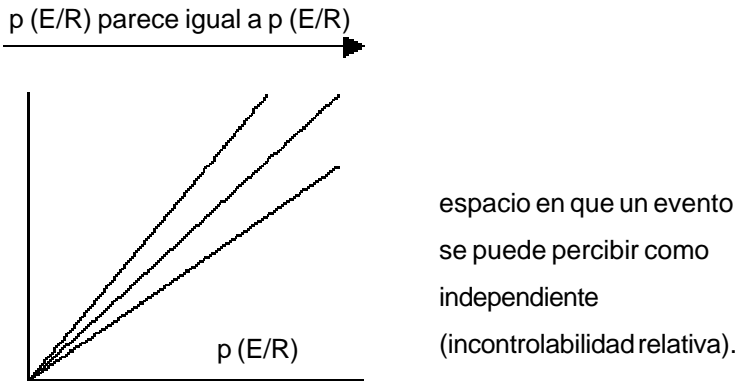


El eje vertical representa la probabilidad de que ocurra un evento que afecta a la persona cuando ésta se abstiene de emitir una respuesta específica; es decir, que algo le ocurra cuando ella no hace nada especial para que eso ocurra. El eje horizontal representa la probabilidad de que un evento tenga lugar cuando sí se emite una respuesta específica. La línea oblicua representa aquella situación en que la probabilidad de ocurrencia de un evento es la misma se emita o no una respuesta específica. En otras palabras, ilustra el caso en que los hechos ocurren independientemente de lo que la persona hace o deja de hacer y corresponde por tanto a eventos que para ella son incontrolables. A la luz de este gráfico, se puede inferir además que tanto la línea vertical como la horizontal corresponden a situaciones en que la persona puede hacer predicciones respecto de lo que sucederá o no sucederá, en cambio, la línea oblicua no le otorga esa posibilidad; salvo el predecir que no hay nada que se pueda hacer para influir sobre la ocurrencia del evento, con el imaginable efecto desesperanzador para la persona en tal situación.

Naturalmente que no son muchas las ocasiones en que alguien se halla exactamente en el caso representado por la línea inclinada en 45° , por lo que la incontrolabilidad absoluta y sus eventuales efectos negativos constituyen un fenómeno de rara ocurrencia. No obstante, el ser humano, por una variedad de razones, es un evaluador de situaciones y ello lo lleva a reaccionar no sólo cuando se encuentra en una posición de incontrolabilidad total, sino también cuando percibe que está perdiendo control sobre los eventos que le acontecen, e incluso cuando simplemente cree que los eventos que le afectan son incontrolables.

lables. Debido a esto se ha sugerido que hay un área próxima a la línea de 45° en que los eventos, sin ser independientes en términos absolutos, también afectan a las personas, en especial si son eventos negativos. (Toro, 1979) La consideración de esa sugerencia involucra modificar el gráfico de contingencia de la siguiente manera:

gráfico N° 2



Así, cuando alguien se halla exactamente en la situación correspondiente a la línea de 45° o aproximándose a esa situación - en términos reales o percibidos - esa persona está indefensa: los eventos que le afectan ocurren o le parecen ocurrir independientemente de sus respuestas voluntarias. De acuerdo a Seligman (1975) esa condición tiene tres efectos centrales: a) disminuye la iniciativa (motivación) para emitir respuestas destinadas a controlar los eventos; b) genera una creencia en el sentido que la conducta es ineficaz, y dificulta el aprender que su conducta es efectiva cuando la situación cambia y existe control; c) si los eventos son aversivos hay un incremento de la ansiedad, a lo que sigue la depresión.

De acuerdo al modelo reformulado (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), la ocurrencia de esos efectos negativos, así como sus características, son parcialmente función de las atribuciones que la persona haga respecto de la ausencia de contingencia entre su comportamiento y los eventos negativos que le ocurren. Así, la *indefensión aprendida* en seres humanos constituiría la resultante de un flujo de eventos con la siguiente secuencia:

Situación de no contingencia (independiente entre conducta y eventos que ocurren) > percepción de la ausencia de contingencia (basada en la experiencia pasada y presente) > formulación de atribuciones respecto a la no contingencia (también basada en experiencias pasadas y presente) > desarrollo de expectativas respecto a ausencia de contingencia en el futuro > indefensión aprendida (dificultades en los planos motivacional, cognitivo y afectivo).

Si se consideran las características del autoritarismo (al menos las del caso chileno), se pueden realizar algunas extrapolaciones. Así, por ejemplo, su implantación representó un quiebre brusco respecto de la situación vigente, y las autoridades fueron claras y enfáticas en señalarlo, como también en establecer en quien residía el poder y el control de la nueva realidad, lo que se hizo evidente a través de las acciones que acompañaron el cambio de régimen. En términos globales, la situación presentaba características propicias para que al menos una parte de la población percibiese que el control sobre su medio había devenido en incontrolabilidad. Al respecto es factible argumentar que en el pasado tampoco podían ejercer control sobre su medio, pero probablemente mucha gente lo creía así y, por tanto, sentían que podían influir sobre lo que les ocurriese. En la nueva situación ni siquiera la creencia podía sostenerse, pues los hechos mostraban algo distinto.

En ese contexto las personas indudablemente buscaron explicaciones sobre lo que estaba ocurriendo - especialmente en aquellos casos en que algo *les estaba ocurriendo*. Al respecto, distintos autores plantean que, cuando se busca explicar lo que nos ocurre, un tipo de atribución relevante y recurrente se relaciona con la dimensión internalidad-externalidad, donde el sujeto radica la causa en él o en su medio (Lefcourt, 1966; Wortman et al., 1976). Las atribuciones a factores internos tienen un efecto más perjudicial por cuanto afectarían la autoestima (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Así, es dable suponer que, enfrentados a la incontrolabilidad percibida, algunas personas hayan reaccionado pensando por ejemplo «esto me pasa por tener las ideas que tengo... y ahora me puedo perjudicar». En ese caso, el individuo estaría culpabilizándose, y al hacerlo su autoevaluación no podría resultar incólume. Otros probablemente hicieron un análisis distinto y arribaron a la conclusión que la responsabilidad no recaía en ellos, sino que la situación había cambiado y por tanto no eran culpables de nada, lo que sin corregir la incontrolabilidad salvaba su autoconcepto. Se puede suponer que el haber razonado de uno u otro modo esté asociado a la preparación y consistencia ideológica, en donde las

atribuciones internas corresponderían con más facilidad a personas menos consistentes y que por tanto pueden haber intentado reducir la incontrolabilidad modificando sus ideas e incluso sus afiliaciones. Así, teóricamente no es sorprendente que esas personas resultasen más afectadas (se sintiesen más indefensas) y se adaptasen aceptando la nueva realidad o incluso llegando a estar de acuerdo con ella, reduciendo así la indefensión percibida.

Al respecto cabe señalar que hubo una variedad de acciones que apuntaban a hacer recaer en las personas mismas la responsabilidad de lo que les ocurría o pudiese ocurrir, como lo mostraban las declaraciones de autoridades, campañas de prensa, etc. Llegando incluso a trastocarse la tradición y suponerse que en el nuevo orden se era culpable mientras no se demostrase ser inocente, es decir, la internalidad prevaleciendo sobre la externalidad.

Otra dimensión relevante es la estabilidad-inestabilidad, donde atribuciones a factores estables implica el concebirlos como relativamente permanentes o recurrentes, mientras que la inestabilidad involucra el estimarlos como transitorios o intermitentes. Esta dimensión es importante porque influye en las expectativas a futuro que desarrollan las personas, teniendo efecto tanto sobre la intensidad de la indefensión aprendida como en el rango de situaciones que conciben como afectadas por la incontrolabilidad percibida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Miller y Norman, 1979).

En este marco cabe recordar la deliberada ambigüedad mostrada por la Junta Militar al declarar que permanecería en el poder «por el sólo lapso que las circunstancias lo demandasen». Es posible suponer que muchas personas lo hayan creído así, generando atribuciones inestables y desarrollando expectativas de que la incontrolabilidad los afectaría sólo en ámbitos específicos de su vida y no por mucho tiempo, con la consiguiente menor intensidad de la indefensión aprendida. No obstante, al no confirmarse esas expectativas, probablemente su atribución debe haber cambiado hacia el polo de la estabilidad, generando un sentimiento de indefensión también intenso, sólo que más tardío, aunque igualmente desintegrador. Muchos otros, quizás con mayor realismo o con más elementos, probablemente generaron atribuciones a factores estables y por tanto desarrollaron expectativas de que la situación fuera de su control los afectaría por un largo período y en un amplio espectro de su existencia. Esto se debió traducir en sentimientos de mayor indefensión, pero también puede haber contri-

buido a aminorar el impacto en aquellos casos que las expectativas se transformaron en realidades: los eventos negativos incontrolables que les afectaban no eran sorpresa sino algo previsible. Por otra parte, en la medida que fueron desarrollando mecanismos adaptativos el sentimiento de indefensión puede haber comenzado a retroceder, lo que hace teóricamente entendible que cuando unos comenzaban a salir del estado de indefensión aprendida otros comenzaban a entrar en él.

En el mismo sentido cabe también comentar el efecto potencialmente nocivo que pueden haber tenido los augurios sobre la transitoriedad de lo que ocurría: "...esto no puede durar mucho", "...el régimen cae antes de un año", "...la dictadura enfrenta sus últimos momentos", "...la huelga general derribará a Pinochet", etc., los que por tener visos de constituir *análisis de la situación* pueden haber influido en atribuciones inestables generadoras de expectativas irreales, que el curso de los hechos obligó a cambiar.

La extrapolación (¿especulación?) anterior resulta también aplicable a la realidad posterior al plebiscito. Es factible pensar que a partir de ese momento muchos transformaron sus expectativas estables en inestables: la permanencia del autoritarismo devenía en transitoriedad, los efectos negativos globales irían tornándose restringidos. Más aún, la campaña presidencial se caracterizó por la coincidencia entre los candidatos en cuanto a prometer cambios, generando las correspondientes atribuciones de transitoriedad o intermitencia en cuanto a la situación de indefensión que un sector de la población sentía en distintos planos de su vida: laboral, económico, justicia, etc., expectativas que al no confirmarse en todos los casos pueden haber tornado nuevamente hacia el polo permanencia/generalidad de los eventos percibidos como negativos y no controlables, con el consiguiente efecto acentuador de la indefensión aprendida al dar lugar a una sucesión de atribuciones/expectativas del siguiente tipo:

Atribuciones a factores estables → expectativas de permanencia/recurrencia de eventos negativos e incontrolables → indefensión aprendida → cambio hacia atribuciones a factores inestables → expectativas de transitoriedad/intermitencia de eventos negativos e incontrolables → disminución de indefensión aprendida → *hechos no confirman expectativas* → factores causales vuelven a concebirse como estables → expectativas de permanencia/ recurrencia de eventos → aumento de indefensión aprendida.

Hasta aquí se ha considerado las atribuciones separadamente, pero debe tenerse en cuenta que su efecto es interactivo y se asocia a distintos montos e intensidades en la indefensión y sus déficit concomitantes. Así, por ejemplo, es concebible que en la transición algunas personas, al observar que la situación efectivamente ha cambiado para otros pero no para ellos, hayan desarrollado atribuciones no sólo estables sino además internas, combinación que genera indefensión intensa con particular compromiso de la autoestima y lo emocional (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Esto abre campo a una variedad de predicciones puesto que las cuatro interacciones resultantes (interna-estable, externa-estable, interna-inestable, externa-inestable) conducen a distintas expectativas y efectos interferentes en lo motivacional, cognitivo y emocional; predicciones que pueden resultar más precisas y fructíferas si se incorporan otras dimensiones atribucionales propuestas, tales como globalidad-especificidad (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), trascendencia-intrascendencia subjetiva (Miller y Norman, 1979), así como otras variables potencialmente significativas en la indefensión aprendida (Wortman y Dintzer, 1978).

Del mismo modo, cruzar no sólo variables atribucionales sino también modelos, permite entender mejor algunos fenómenos aparentemente paradójales. Así, por ejemplo, parecen sorprendentes las dificultades encontradas en algunos casos para movilizar en la democracia a personas o grupos que se movilizaron durante el período autoritario, cuando los riesgos eran mayores y las posibilidades de éxito menores. A la luz de los dos modelos reseñados ello resulta comprensible: durante el autoritarismo fue un efecto de *reactancia* (motivación aumentada a intentar recuperar control); en la democracia: un efecto previsto de la *indefensión aprendida* (déficit motivacional) ya sea como secuela del período anterior o como efecto del presente.

En relación a esto último resulta importante consignar que la indefensión aprendida puede desarrollarse también mediante aprendizaje observacional; es decir, a partir de la exposición a modelos (personas) afectados adversamente por eventos negativos que son o se perciben como incontrolables (De Vellis y otros, 1978); lo que en el caso chileno implicaría efectos sobre un sector más vasto de la población, especialmente aquel segmento que por sus características se puede estimar como más vulnerable: los niños y los adolescentes.

Naturalmente que todo esto no constituye sino una perspectiva más desde la cual enfocar los efectos del autoritarismo, y en cierta

medida una perspectiva que fuerza los hechos al extrapolar y generalizar desde el restringido ámbito de los estudios experimentales hacia el vasto campo de los fenómenos sociales contingentes. No obstante, la acumulación de evidencia experimental y empírica otorga algún grado de respaldo a esas extrapolaciones, permitiendo avanzar explicaciones tentativas aplicables a realidades distintas y distantes del laboratorio, como lo son, por ejemplo, algunos problemas de adaptación observados en personas institucionalizadas (De Vellis, 1977), en la vida del exilio (Toro, 1979) o la variedad de ámbitos son abarcados por Seligman (1975) en su libro.

Cualquiera sea el caso, el presente trabajo es un intento de aporte en relación a la temática de los problemas de salud mental asociados a la interdicción de la democracia y sugiere posibilidades de indagación en función de dos modelos suficientemente consistentes y versátiles como para ser tenidos en cuenta, por lo que si estimula estudios en esa perspectiva habrá cumplido su objetivo.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. "Learned helplessness in humans: Critique and reformulation". *Journal of Abnormal Psychology*. 1978 (87) 49-74.
- De Vellis, R.F. "Learned helplessness in institutions": *Mental Retardation*. 1977 (October) 10-13
- De Vellis, R.R. et al. "Vicarious acquisition of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1978 (36) 894-899
- Lefcourt, H.M. "Internal versus external control of reinforcement: A review". *Psychological Bulletin*. 1966 (65) 206-220.
- Maier, S.F. y Seligman, M.E.P. "Learned helplessness: Theory and evidence". *Journal of Experimental Psychology: General*. 1976 (105) 3-66.
- Miller, I.W. y Norman, W.H. "Learned helplessness in humans: A review and attributional theory model". *Psychological Bulletin*. 1979 (86) 93-118.
- Overmier, J.B. y Seligman, M.E.P. "Effects of unescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning" *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 1967 (68) 28-33

- Seligman, M.E.P. *"Helplessness: On depression, development and death"*. San Francisco: Freeman. 1975.
- Seligman, M.E.P. y Maier, S.F. *"Failure to escape traumatic shock"*. *Journal of Experimental Psychology*. 1967 (74) 1-9.
- Toro, M.E. *"Perceiving outcomes as independent when they are not: A test of Seligman's response contingency space hypothesis"*. (Manuscrito no publicado) Universidad de Shouthampton, G.B. 1978.
- Toro, M.E. *"Stress: A model applied to behavioural problems of exile"*. Trabajo presentado en Seminario: *"Mental Health and Exile"*. Julio 1979. Londres.
- Wortman, C.B. y Brehm, J.W. *"Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model"*. En: L. Berkowitz (Ed.) *"Advances in Experimental Social Psychology"* (vol.8) New York: Academic Press. 1975.
- Wortman, C.B. et al. *"Attributions of causality and reactions to uncontrollable outcomes"*. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1976 (12) 301-316.
- Wotman, C.B. y Dintzer, L. *"Is an atributacional analysis of the learned helplessness phenomenon viable?: A critique of the Ambramson-Seligman.Teasdale reformulation"*. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978 (87) 75-90.

ATENCION PRIMARIA EN NIÑOS PIDEE-TALCA

NESTOR ROJAS
Médico Pediatra
PIDEE, Talca

I. INTRODUCCION

Hoy, cuando en un instante se están matando decenas, centenares y posiblemente miles de seres humanos allá en el Golfo Pérsico, e insisto, *en un instante*, nosotros estamos luchando permanentemente para preservar la vida y, a veces, una sola vida. Es la paradoja de la existencia. Tal vez nunca lleguemos a entender esencialmente el fenómeno de la vida. Esperamos estar siempre del lado que crea, fomenta y promueve la vida; jamás con los que la coartan, obstruyen y matan.

Probablemente no estamos muy lejos del día en que esto que hoy realizamos aquí en Chile, como PIDEE, se repita en Irak con los niños dañados por la guerra.

Mi presentación no es científica en un sentido clásico, pero creo que tiene el valor de entregar la visión del suscrito, a quien le ha correspondido atender la patología primaria de los niños del PIDEE desde 1986 a la fecha en Talca.

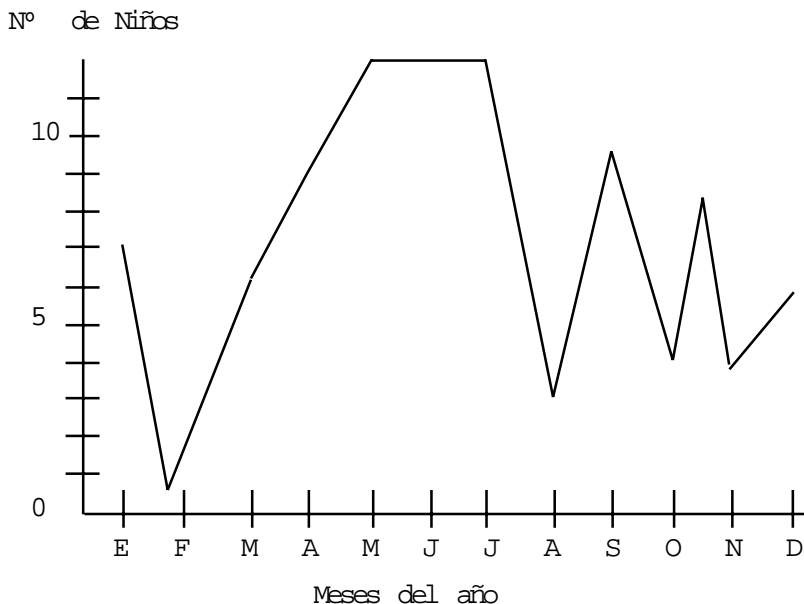
II. TRABAJO REALIZADO

Durante 1986, a pocos meses de haberme recibido como médico, personal responsable del PIDEE me solicitó atender las consultas por morbilidad de los niños de esta institución. Y desde entonces lo he hecho, con mucho cariño, de una manera amigable, sincera, abierta, preferencial. En más de una ocasión se ha extendido a los adultos.

La edad de los niños atendidos va desde recién nacidos a los 18 años, de ambos sexos, en proporción similar.

En cuanto a la frecuencia de consultas, tomemos como ejemplo 1990: en ese año atendí 86 niños, con un promedio de 7,1 mensual; aproximadamente 2 niños por semana.

DISTRIBUCION DE CASOS ATENDIDOS POR MES



Una clasificación de la patología, desde el punto de vista etiológico, nos lleva a sostener que la gran mayoría es de origen *infeccioso* (bacteriana, viral, parasitaria). También es importante la causa *psíquica* o *psicosomática*. La causa *nutricional* fue menos importante, ya que la mayoría tenía peso y talla adecuada para la edad. Sin embargo, había dos casos con graves problemas.

Si clasificamos la patología por sistemas, diremos que el más afectado es el aparato respiratorio (faringitis, amigdalitis, bronquitis), en segundo lugar se sitúa la patología digestiva (diarrea, gastroenteritis); en tercer lugar está la patología multisistémica psicosomática (síndrome ulceroso, colon irritable, hiperkinesia con déficit atencional).

Desde el punto de vista de la duración, la patología ha sido fundamentalmente aguda y de fácil resolución, aunque existen casos complejos y que requieren derivación: otitis media crónica, enuresis, hiperkinesia y déficit atencional, nefritis.

Es importante notar que la mayoría de las consultas son pertinentes; sin embargo, existen familias que se repiten constante-

mente y a veces por patología banal (también esto se ha mejorado con medidas ulteriores tomadas por la institución).

La mayor parte de la patología no requirió exámenes de laboratorio. En los pocos casos que fue necesario, éstos se efectuaron y las patologías fueron controladas. Los exámenes aplicados más frecuentemente fueron: parasitológico seriado, examen de orina, hongos y coprocultivo.

La atención médica fue siempre expedita, rápida; prácticamente jamás se rechazó una atención en el día que se solicitó. Además que siempre mantenemos buena comunicación con los encargados del programa.

Asimismo, vale destacar que los niños tienen asegurado el despacho de su receta a través de un convenio con farmacias locales, con lo cual el tratamiento se hace oportunamente.

III. CONCLUSIONES

1. Nuestra razón de existir debe ser siempre la *vida*, nuestro compromiso es protegerla, fomentarla, sin ningún tipo de discriminación.
2. Desde 1986 a la fecha, los niños PIDEE han tenido una atención adecuada de salud en cobertura, rapidez, exámenes, medicamentos y otros. En cierto modo, han sido algo privilegiados, especialmente respecto a los sectores más pobres y en los años duros de la dictadura pasada. Este hecho lo he comentado con encargados del PIDEE.
3. Los meses de mayor consulta fueron: abril, mayo, junio, agosto, concordante con una mayor patología respiratoria. En febrero no se registraron consultas probablemente por vacaciones.
4. La frecuencia de consulta es de 2 niños a la semana.
5. La patología del niño PIDEE tiene las siguientes características:
 - a) Es de etiología mayoritariamente infecciosa.
 - b) Afecta preferentemente los aparatos respiratorio y digestivo.
 - c) Es aguda y de rápida resolución.
6. La consulta del niño PIDEE tiene algunas diferencias respecto a la

consulta que comunmente me corresponde ver.

a) Mayores problemas psíquicos y psicosomáticos.

b) Se repiten frecuentemente algunas familias.

c) Hay algunas familias enteras con problemas nutricionales, mentales, de hábitos.

7. Se cuenta con el apoyo diagnóstico de exámenes de laboratorio cuando se requiere y el despacho de su receta está asegurado por un convenio.

8. Salvo casos aislados, considero que la mayoría de los niños PIDEE podría ingresar al sistema estatal de salud e incorporarse a él como cualquier hijo de vecino. Creo que es dañina una actitud proteccionista. También lo es una actitud de abandono y despreocupación. En todo caso, ofrezco mi apoyo para cualquier iniciativa particular para la reinserción de los niños dañados por los estados de excepción a una vida plena.

En este sentido, sin duda, el llamado a protagonizar esta cruzada debe ser la autoridad en Salud, con el diseño de algún programa especial sencillo y eficaz.

LOS DERECHOS DEL HOMBRE: DATOS HISTORICOS Y REFLEXION CRITICA

ELSA CAMPOS

Abogada

Vicaría de la Solidaridad, Linares

I. INTRODUCCION

Cuando hablamos de derechos humanos establecemos una relación inmediata con: 1º la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; 2º el hecho de que constituyen derechos fundamentales porque son en sí el fundamento del orden social y 3º que en su transgresión, el valor afectado es la persona humana, el hombre.

También debemos tener presente que, además de los derechos personales constituidos por *el derecho a la vida* (prohibición de la tortura, inviolabilidad del hogar, la correspondencia y la honra personal, libre circulación en el territorio nacional, vivir en su propia patria, asilo en caso de persecución, poseer una nacionalidad y personalidad jurídica, casarse y formar una familia, derecho a la defensa), existen *los derechos políticos, sociales, económicos y culturales*.

Es necesario mencionar que *los derechos políticos* están constituidos por el derecho a la libertad de reunión y asociación pacífica, a la participación política y al pleno ejercicio de la soberanía popular. Los *derechos económicos y sociales* son: el derecho al trabajo y a su libre elección, protección contra el desempleo, remuneración equitativa y satisfactoria que asegure al trabajador y su familia una vida digna, derecho a la seguridad social, derecho de los trabajadores a una limitación razonable de la jornada de trabajo y vacaciones periódicas pagadas, a la sindicalización y formación de reuniones y conferencias.

Derechos culturales son el derecho a la educación, de los padres a escoger el tipo de la educación de sus hijos, a participar libremente en la vida cultural de la nación, a gozar de las artes y participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

En nuestro país la protección de los derechos humanos está representada por mecanismos procesales que constituyen garantías

individuales como el recurso de amparo, que impide la privación ilegal o arbitraria de la libertad, el recurso de protección y el recurso de inaplicabilidad.

II. LOS DERECHOS PERSONALES

Los derechos personales tradicionalmente fueron respetados en nuestro país, hasta que en 1973 quedó sin efecto la Constitución de 1925 y empezamos a ser regidos por actas constitucionales. En 1980 es aprobada la nueva constitución; ésta, haciendo uso del art. 24 transitorio, imposibilitó la puesta en práctica de mecanismos procesales de defensa. Las reformas constitucionales del 30 de julio de 1989, hicieron recién posible que se recurra de amparo en caso de decretarse estados de excepción.

A raíz de la falta absoluta de respeto a los derechos personales, se crearon organismos de defensa en los que tuvo participación la Iglesia, las familias y los partidos políticos. La Iglesia creó en el año 1973 el Comité Pro Paz que fue disuelto por orden de Pinochet en noviembre de 1975. Se respondió creando la Vicaría de la Solidaridad.

Las familias, a quienes afectaban directamente los problemas contingentes, crearon la Agrupación de Familiares de Ejecutados Políticos, la Agrupación de Familiares de Presos Políticos, la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, el Comité Pro-Retorno de exiliados, PIDEE. Finalmente empezaron a actuar directamente los partidos políticos; sus dirigentes organizaron la Comisión Chilena de Derechos Humanos y el Comité de Defensa de la Juventud que sirvió de antecedente al CODEPU.

Estos movimientos fijaron sus objetivos en diversas funciones como información, denuncia, investigación, asistencia (social y legal), movilización, organización, educación y docencia.

El grupo de los derechos políticos tiene como principio orientador la autodeterminación de los pueblos, fundamental para la paz entre los hombres y las naciones. Toda persona tiene derecho a tener y practicar un ideal político, el que canaliza a través de los partidos políticos. Estos derechos se ejercen también con el voto libre e informado.

Durante 16 años los partidos políticos en Chile no tuvieron expresión; una de sus expresiones públicas fue en el año 1978 cuando

dirigentes de los diversos partidos crearon la Comisión Chilena de Derechos Humanos. El año 1987 decidieron inscribirse como entidades legales con la finalidad de transformarse en una alternativa frente a Pinochet.

En 1988 enfrentaron al régimen dictatorial en un plebiscito de trascendencia vital para el término del gobierno militar.

III. LOS DERECHOS ECONOMICOS Y SOCIALES

Estos derechos apuntan directamente al trabajo y seguridad social; su principio orientador es la democracia económica expresada en la participación efectiva de los trabajadores en la planificación, gestión y dirección del proceso productivo y en los beneficios generados por el esfuerzo nacional. Constituyen una base objetiva para la unidad y solidaridad nacional.

Toda persona tiene derecho al trabajo; yo pregunto: ¿las mujeres han sido discriminadas? No me cabe duda que sí; se hace más difícil para nosotras el acceso al trabajo, se nos paga menos sueldo, no existe de parte de los empleadores una real intención de acceder al ingreso laboral de la mujer. No se cuenta con salas cuna que permitan a las madres trabajar cuando tienen hijos pequeños.

Hay un desplazamiento de obra de mano adulta hacia los menores a quienes se les cancela sueldos mínimos; un buen ejemplo de esto es la problemática del trabajador temporero.

La formación de sindicatos hasta hoy se hace poco menos que imposible dadas las exigencias establecidas para su constitución, además del riesgo de despido en tanto se hable del tema. No existen posibilidades eficientes de defensa de los intereses de los trabajadores. La seguridad social corresponde a un conjunto de medidas técnicas, reguladas por normas jurídicas, con fundamento en la solidaridad y la responsabilidad personal y social. Tiende a proteger al hombre de la opresión y la miseria, mediante el otorgamiento de prestaciones cada vez que se configuren contingencias sociales que afecten desfavorablemente el nivel de vida de las personas y sus familias.

Los diversos tipos de seguridad social, que en principio estaban orientados hacia los más débiles económicamente, paulatinamente se fueron extendiendo a quienes no lo son, con el ideal de que allí donde

sea posible alcance a todos los ciudadanos y, más aún, a todos los residentes del país.

Fines de la seguridad social:

1. Mantener condiciones de vida mínimas suficientes para todos los sectores de la población, a través de los sistemas de medicina social, pensiones, asignaciones familiares, crédito social, etc.
2. Atender los estados de necesidad de los miembros de la comunidad.
3. Servir como instrumento de redistribución de la renta, usando los sistemas de fondos comunes para los que se eroga en proporción a las rentas (erogan más los que ganan más). El producto se distribuye en forma igualitaria o en proporción a las necesidades.

Existen mutuales que están destinadas a mejorar la asistencia médica y las prestaciones por accidentes del trabajo.

En Chile nacieron las mutuales en 1853, año en que Víctor Laynez fundó la Sociedad Tipográfica.

En 1924 se aprueba la Ley 4.054 sobre seguro obrero obligatorio de enfermedades e invalidez y la Ley 4.055 de indemnización por accidentes del trabajo.

La ley sobre seguro obligatorio otorgaba asistencia médica y dental para imponentes, subsidios por enfermedad, indemnización familiar por muerte y pensión de invalidez y retiro. Su gestor fue la Caja de Seguro Obligatorio.

En 1925 se creó la Caja de Empleados Particulares; en 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva; en 1952 la Ley 10.383, del Servicio de Seguro Social absorbió la antigua Caja de Seguro Obligatorio, incorporando independientes y voluntarios, otorgando pensiones de viudez, vejez, orfandad, préstamos, cuota mortuoria y facilidades para acceder a casa propia.

Los DFL 243 y 245 de 1953 favorecieron a los obreros en materia de indemnización por años de servicio, auxilio de cesantía y asignaciones familiares.

En 1968 se dictó la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; la Ley 16.781 sobre medicina preventiva encomendó al Sermena la administración del sistema.

En 1974 fue dictada la Ley 603, de sistema único de subsidio de cesantía y en 1975 el D.L. 879 que otorga pensiones asistenciales a los inválidos sin derecho a pensión y carentes de recursos.

En 1980 aparecieron los D.L. 3.500 y 3.501 sobre pensiones y cotizaciones, que cambiaron las bases del sistema de seguridad social chileno.

IV. LOS DERECHOS CULTURALES

Así como cambió el sistema de seguridad social, cambió el sistema educacional. El año 1920 se dictó la Ley de Educación Primaria Obligatoria, que impulsó la educación gratuita. Las escuelas primarias y secundarias pasaron a depender del Ministerio de Educación y los profesores eran formados en Escuelas Normales.

Durante la dictadura, la educación primaria, ahora básica, junto con cambiar el nombre cambió el sistema educacional completo. Las escuelas pasaron a depender de las municipalidades, a partir del programa de regionalización. Por el problema económico que acarreó se hicieron subvencionadas, es decir, entregadas a particulares a los cuales se les paga una cantidad de dinero por alumno. Esto ha redundado en bajos sueldos para los profesores y en la pérdida de la carrera docente (trienios, servicio de bienestar, etc.).

La educación media se hace más difícil: faltan establecimientos, se encarece el estudio y se hace deficiente. Se terminó con las escuelas que formaban técnicos, como por ejemplo, escuelas agrícolas e industriales.

Se torna extremadamente oneroso el acceso a la educación universitaria, no importan las capacidades intelectuales si están bien acompañadas de las económicas.

V. REFLEXION FINAL

Este somero análisis está hecho desde un punto de vista formal y apegado a lo legal. Quisiera, para terminar, reflexionar sobre estos tópicos desde una óptica personal, libre de tecnicismos.

El derecho a la vida es una premisa básica irrenunciable del ser humano. Acompaña su existencia desde el momento de la gestación,

desde nuestros primeros pasos y lo vamos redescubriendo en las alegrías, llantos, fracasos y éxitos que vamos acumulando en la vida. Si se viola el derecho a vivir, se trasgreden invariablemente todos los demás derechos.

Los tratos crueles e inhumanos denigran a las personas en su calidad de ser humano, le restan personalidad e iniciativa, perturban gravemente la inserción del sujeto en la sociedad. La convivencia familiar muchas veces se daña de manera irreparable. Cuando se violan los derechos ya mencionados, el resultado es una patria amenazada y herida; las relaciones humanas inevitablemente se impregnan de ira y rencor, tanto en el ámbito de los hechores como en el de las víctimas. Para que estas heridas puedan un día cicatrizar tiene que haber justicia; este acto supremo es condición básica para la recomposición del respeto a las instituciones. Justicia implica verdad; verdad es saber a quien perdonar, es reconstruir la memoria social de nuestro pueblo, su historia.

PARTE II

**SALUD MENTAL, ATENCIÓN
PRIMARIA Y EXPERIENCIAS
COMUNITARIAS**

CONFERENCIA:

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y
SOCIOCULTURALES EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

Mario Vidal

ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIOCULTURALES EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

MARIO VIDAL
Psiquiatra
CINTRAS

I. INTRODUCCION

Están a la vista los múltiples desafíos que deben enfrentar los equipos de salud en el desarrollo de un programa de atención primaria. No voy a referirme aquí a la sobrecarga asistencial - en verdad abrumadora - sino a esos otros desafíos, derivados de factores psicológicos y socioculturales que están involucrados en el curso de esa práctica y que no siempre el médico general - o el equipo de salud no especializado en salud mental - han sido capacitados para abordar (algo que fue repetidamente señalado en el seminario de septiembre).

Parece probado que una buena manera de introducirse en esos problemas sigue siendo el análisis de la relación médico-paciente, o, si se quiere, equipo de salud-paciente, y que aquí llamaremos terapeuta-paciente.

Queda claro que con esto no estamos dando ninguna capacitación. El análisis de la relación terapeuta-paciente puede servir para marcar dónde y cómo aparecen las complicaciones psicológicas y socioculturales en la práctica médica general, o en este caso concreto, en la ejecución de un programa de atención primaria. Si eso sirve de motivación, debería ser seguido de cursillos de capacitación bien planificados, sistematizados y continuados en el tiempo que sea necesario.

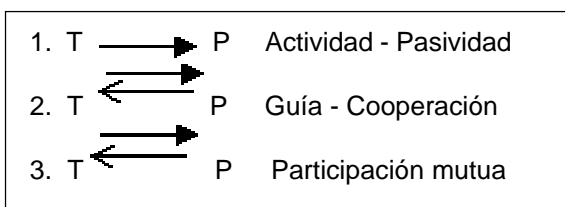
II. MODELOS DE RELACION TERAPEUTA-PACIENTE

Se han propuesto distintos modelos de relación terapeuta-paciente que no deben verse como mutuamente excluyentes sino como complementarios.

1. El primer modelo se apoyó en la *naturaleza del cuadro clínico*: según sean la calidad y la intensidad de los síntomas y, especialmente, según que éstos sean más o menos agudos, la relación que establece el terapeuta con el paciente puede seguir tres orientaciones distintas.

RELACION TERAPEUTA-PACIENTE

I. Enfoque clínico (Szasz - Hollender)



La primera modalidad es la que se observa en situaciones de emergencia (TEC, estados de shock, coma, etc.). Aquí el terapeuta decide todo lo que hay que hacer, no se pide ni se espera la colaboración del paciente.

La segunda modalidad se da en cuadros agudos no tan graves, en los que el paciente puede entender las instrucciones del terapeuta (enfermedades infecciosas, por ejemplo): el terapeuta indica lo que hay que hacer, el paciente sigue las indicaciones del terapeuta.

La tercera (participación mutua) es la que corresponde a aquellos cuadros crónicos sin síntomas especialmente dolorosos o invalidantes (diabetes, por ejemplo), y en los que al paciente le puede resultar difícil aceptar las limitaciones o restricciones que impone su enfermedad. Aquí el terapeuta debe saber educar al paciente para que sea éste su propio médico, ayudarlo a ayudarse a sí mismo.

Como lo hacen ver Szasz y Hollender, no hay una modalidad mejor que otra, todo depende de la situación concreta en que se dé, una situación que está centrada en la naturaleza del cuadro clínico en tratamiento. Corresponderá al terapeuta saber elegir la modalidad más conveniente; se ha hecho ver, por ejemplo, que una relación autoritaria o impositiva (como son 1 y 2) en cuadros crónicos que exigen una buena comprensión del paciente para que éste asuma las limitaciones propias de su enfermedad, podrían tener un efecto contraproducente: el pacien-

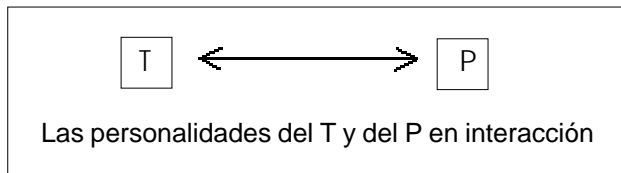
te puede sentir que es el terapeuta - y no la enfermedad - el que lo coarta y le impide llevar una vida normal, surgiendo así una especie de lucha por el poder que puede derivar en el abandono prematuro del tratamiento.

Visto superficialmente, el enfoque clínico muestra que en la relación terapeuta-paciente el terapeuta aporta sus conocimientos y destrezas, y el paciente su sintomatología clínica. Esto es así en la primera modalidad, pero no en las otras dos, las que deberán tomar muy en cuenta las características personales del paciente, algo que a su vez tiene que ver con las características personales del terapeuta.

2. Pasamos así al segundo modelo de relación terapeuta-paciente, el *enfoque psicológico* desarrollado por Balint.

RELACIÓN TERAPEUTA - PACIENTE

II. Enfoque psicológico (Balint)



Balint ha hecho el importante distinguo entre lo que es la enfermedad *del* paciente (tal como la puede entender el terapeuta, a partir de un punto de vista objetivo, científico-racional) y lo que es la enfermedad *para* el paciente (tal como éste la entiende y la vive en su subjetividad). Así, por ejemplo, el hecho de estar enfermo (su situación de enfermo) puede tener para él la *significación* de culpa (por no trabajar y constituir una carga para otros), o de humillación (sentirse inferior por tener que recibir ayuda), o de amenaza (por las complicaciones que puedan ocurrir), o de escapatoria (por quedar eximido de sus obligaciones habituales y dejar que otros las asuman), etc., significaciones de las que derivan algunas *actitudes* más o menos características: abandono prematuro del tratamiento, de rebeldía, actitud hipocondríaca o de dependencia excesiva, etc.

A su vez el terapeuta podrá exhibir diferentes actitudes hacia sus pacientes, adecuándolas en forma flexible según sea el caso. Balint llama la atención cuando algunas de estas actitudes se mantienen en forma rígida, sin tomar en cuenta las peculiaridades de cada paciente

y de los diferentes problemas que los aquejan. Algunas de estas actitudes que describe Balint: frialdad objetiva (como hombre de ciencias lejano, que rechaza cualquier trato más personalizado); actitud excesivamente autoritaria (dominante) o, también, excesivamente indulgente; actitud demasiado pudorosa (que esquiva invariablemente explorar los problemas íntimos de sus pacientes); actitud moralizante (que trata de obligar al paciente a que adopte los valores éticos del terapeuta).

Tanto las actitudes del paciente como las del terapeuta (especialmente cuando son rígidas y están hipertrofiadas) se supone que tienen que ver con la biografía temprana, con las primeras experiencias que tuvo el niño con su grupo familiar y que pasan a ser el molde donde se estructuran las futuras relaciones interpersonales. En el caso del niño que creció en un ambiente muy privado de afecto, o que fue muy mimado y sobreprotegido, o que recibió muchos maltratos, o que fue muy reprimido ("prohibido"), etc., parece razonable aceptar que estos diferentes moldes estarán condicionando (condicionando, no determinando como si fuera una relación causa-efecto) las actitudes que después, cuando adulto, tenga en diferentes situaciones de la vida.

Es importante señalar que las descripciones que hace Balint se extienden a todos los casos que puede ver el médico (el terapeuta), en su práctica general. Cualquier enfermedad, por muy orgánica que sea su etiología (infarto del miocardio, por ejemplo), tiene una serie de implicaciones psicológicas que el terapeuta debe saber reconocer y manejar (entre otras, el significado que tiene para el paciente el hecho de estar enfermo y las actitudes con que se enfrentan el paciente y el propio terapeuta). A partir de los estudios de la relación terapeuta-paciente, Balint ha propuesto un método de capacitación del médico general (aquí podríamos decir: del equipo de salud de atención primaria) para hacer psicoterapia en los cuadros funcionales (no orgánicos) que constituyen siempre un porcentaje muy alto de sus consultantes (arriba del 40% fue dicho en un trabajo leído en septiembre).

Muy breve. En los cuadros funcionales (neurosis, enfermedades psicósomáticas y esa amplia gama de consultas por somatizaciones de estados tensionales), Balint recomienda hacer un *diagnóstico integral en tres niveles*:

- un primer nivel, *clínico*, que incluye todos los síntomas, físicos y psíquicos, por los que consulta el paciente, a los que se pueden agregar algunas formas de conducta desadaptativas;

- un segundo nivel, que consiste en explorar los *problemas de vida actuales* que pueden estar aquejando al paciente, la mayoría de las veces sin reconocerlos abiertamente;
- un tercer nivel, que lleva a estudiar la *personalidad del paciente*, su biografía temprana, los rasgos de carácter y actitudes más o menos estereotipadas que exhibe en sus relaciones interpersonales.

La idea sustentada por Balint sobre la *patogenia* de estos cuadros funcionales (en verdad, por la mayoría de los psicólogos y psiquiatras de orienta o se ve especialmente cuando están relacionados con fallas en la estructuración de la personalidad (3^{er} nivel) - el sujeto se va a desentender de esos problemas, no los va a percibir como tales y comenzará a exhibir alguna sintomatología clínica (1^{er} nivel); en el fondo, un llamado de auxilio para que le presten atención.

En esos casos, por ejemplo, tan frecuentes de ver en los programas de atención primaria, de pacientes que describen con lujo de detalles, una y otra vez, las características de múltiples molestias somáticas más o menos banales, la recomendación que haría Balint sería cambiar el foco de atención: en vez de preguntarle, o seguir escuchando, qué está pasando en su cuerpo, preguntarle qué está pasando en su vida, ahora. Por supuesto, las cosas no son tan sencillas y Balint insiste en que el terapeuta debe saber crear la *atmósfera psicoterapéutica* para que el paciente se atreva a “desnudarse” (en el sentido psicológico) ante él, a explorar y expresar los sentimientos penosos, los deseos “malos”, las fantasías de destrucción, etc., que subyacen en algunas situaciones conflictivas de su vida actual.

Y no sólo habrá que considerar las *situaciones conflictivas*. Dentro de la realidad socioeconómica en que se mueve la mayoría de los consultantes de un programa de atención primaria, se presentan muchas *situaciones afflictivas* (cesantía, por ejemplo) que también deben ser exploradas. Pero igualmente en este caso, no la cesantía como un dato más de información, sino como experiencia de vida, el cómo la está viviendo ese paciente, el conjunto de sentimientos que la acompañan (sentimientos de desamparo, de vergüenza, de humillación, etc.) que es lo que muchas veces cuesta reconocer y comunicar.

La enseñanza de psicoterapia al médico general (o al terapeuta no especialista en salud mental), tal como la diseñara Balint, consiste básicamente en desarrollar una mayor sensibilidad para captar y entender los problemas emocionales de sus pacientes. Esto se

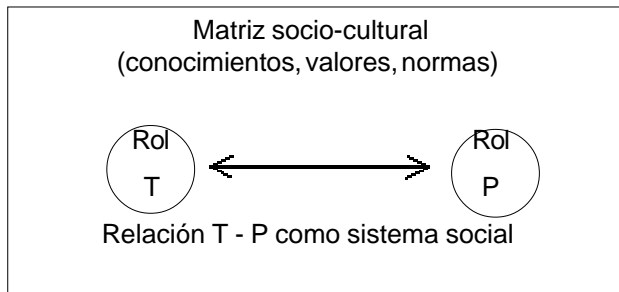
aprende en talleres experienciales, donde grupos de 8 - 12 médicos generales comunican sus propias reacciones emocionales ante los diferentes pacientes que tienen en tratamiento. La enseñanza de psicoterapia, así concebida, no es tanto un asunto de entrega de conocimientos especializados como de *producir un cambio, limitado pero significativo, en la personalidad del candidato a psicoterapeuta*, en el sentido de una mayor flexibilidad, mayor tolerancia, mejor empatía y, sobre todo, una mejor capacidad para saber escuchar lo que hay detrás de lo que dice el paciente; en el fondo, la capacidad de entender la enfermedad no como un accidente, algo externo al paciente, sino algo que tiene que ver con la vida del paciente.

Esta mejor capacidad personal para entender los problemas psicológicos de sus pacientes permite al terapeuta no especialista resolver muchos problemas que pertenecen al nivel 1 y 2 del diagnóstico integral (síntomatología clínica y problemas de la vida actual). Las fallas de personalidad del paciente, cuando sean muy acentuadas -algunas formas de carácter anormal o rasgos de personalidad psicopática- si bien deben ser reconocidas en el nivel 3 de diagnóstico, Balint recomienda dejarlas en manos del especialista para su tratamiento, lo que parece constituir un buen criterio de derivación para los equipos que trabajan en programas de atención primaria.

3. Con el primer modelo, clínico, la relación terapeuta-paciente aparece condicionada básicamente por la naturaleza de la enfermedad: el terapeuta, con sus conocimientos y destrezas, enfrenta al paciente que es visto como un *problema de salud*, portador de una serie de síntomas y algunos signos que el terapeuta tiene que saber reconocer, averiguar su origen y tratar de eliminar. En el modelo psicológico, esa misma relación se ve mediatizada y matizada por la personalidad del terapeuta y del paciente, los que interactúan exhibiendo diversas actitudes cuyo origen, en una buena medida, arranca de las experiencias personales que hayan tenido a lo largo de sus vidas. Así visto, se podría pensar que la relación terapeuta-paciente se crea en el momento del encuentro del terapeuta y el paciente, momento en que se pondrán de manifiesto las características psicológicas de uno y otro. Pero, en verdad, mucho de lo que caracteriza a esa relación está estructurado desde antes que se produzca ese encuentro: el terapeuta (esto vale especialmente para el médico) sabe, por ejemplo, que puede examinar a su paciente, no necesita pedir permiso ni convencer al paciente para que éste le permita explorar incluso sus partes más íntimas (intimidad física y también psíquica), está en su derecho. El

paciente, por su parte, y ya antes de conocer al terapeuta, sabe que puede confiar en él, espera que el terapeuta no haga mal uso ni se aproveche de la confianza que depositará en él, ése es también un derecho. Esas conductas esperables que se dan en una situación social (cualquier interacción de dos o más personas) corresponden a lo que se llama *rol social* (cada uno espera algo del otro y sabe que el otro espera algo de uno), conductas esperables que son aprobadas y, más que eso, son exigidas por el conjunto social.

RELACION TERAPEUTA-PACIENTE III. Enfoque sociológico (Bloom)



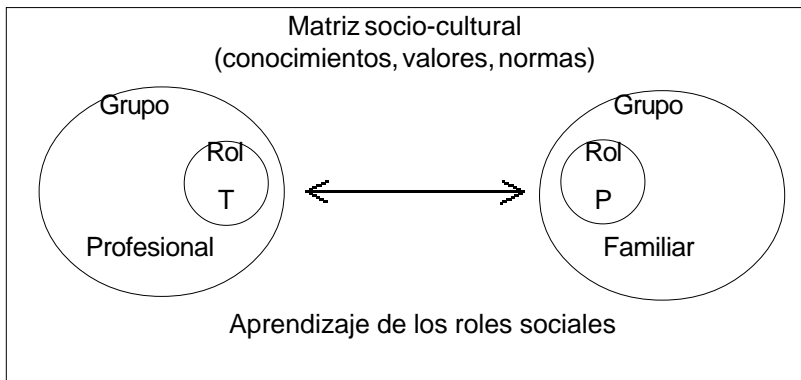
Visto así, la relación terapeuta-paciente - además de la interacción clínica y la interacción psicológica - pasa a ser un *sistema social* que se define por la interacción de dos o más personas consideradas no como personas concretas, con sus características psíquicas individuales, sino como portadores y representantes de roles sociales estables (y la palabra *estable* es importante).

Este es el tercer enfoque de relación-terapeuta paciente, el *punto de vista sociológico*, muy bien analizado por Bloom. Los roles sociales de terapeuta y paciente, lo que son sus derechos y deberes, se estructuran a partir de los conocimientos (lo que se sabe o cree saber, conocimientos científicos o no científicos), de los valores (lo que es deseable y no deseable) y de las normas sociales (conjunto de prescripciones y proscipciones, lo que debe hacerse y lo que no debe hacerse) que tenga una sociedad históricamente dada.

El equilibrio del sistema social (como en todo sistema abierto, un equilibrio inestable) se basa en la reciprocidad de los roles: lo que espera uno debe tener correspondencia con las expectativas del otro.

La reciprocidad está asegurada - o, al menos, se ve facilitada - cuando los roles de terapeuta y paciente se adquieren en el mismo contexto cultural; en la adquisición de esos roles participan especialmente dos instituciones: el grupo familiar primario para el rol de paciente y el grupo profesional para el rol de terapeuta.

RELACION TERAPEUTA - PACIENTE III. Enfoque sociológico (Bloom)



A propósito del enfoque psicológico, se vio cómo las primeras experiencias biográficas, las que tuvo el niño con su familia de origen (privación de afecto, sobreprotección, etc.) pueden condicionar algunas actitudes que tenga después, como paciente, hacia el terapeuta o hacia la enfermedad (rebeldía, dependencia, etc.). Ahora, desde un punto de vista sociológico, vemos como la misma familia, haciendo de mediadora de los conocimientos, valores, normas de la sociedad, induce el aprendizaje (proceso de socialización primario) de lo que podría entenderse como un conjunto de derechos y deberes que la sociedad lo obliga a observar cada vez que esté enfermo, o sea el rol social de paciente: en nuestra sociedad, por ejemplo, él puede exigir que se le exima de algunas responsabilidades sociales habituales, pero, por otra parte, se le exige buscar ayuda competente lo antes posible.

El rol del terapeuta se adquiere en las escuelas de las distintas carreras de salud y con los grupos de colegas con quienes se comparte el mismo trabajo profesional. Lo que se aprende no son sólo conocimientos y destrezas, sino también actitudes y valores; este proceso de

socialización secundario va a condicionar lo que él espera de la sociedad (y de su paciente): por ejemplo, que se le reconozca una “capacitación no igualada” (en otras palabras, que él tiene la mayor competencia) para encarar algún problema de salud-enfermedad, y lo que la sociedad espera de él: que su conducta se oriente a procurar el bienestar del paciente antes que su propio bienestar.

No puedo extenderme en este punto. Sólo quiero hacer un par de consideraciones que estimo muy pertinentes al tema que estamos tratando.

Por varios decenios, hasta 1973, y bajo distintos gobiernos (radicales, conservadores, demócratacristianos, socialistas), la medicina chilena, tanto en la formación universitaria como en su práctica, se inspiró en un modelo de medicina social. Con el régimen militar se pasó a un modelo de medicina liberal o medicina de mercado. El actual gobierno está retomando los principios de la medicina social: responsabilidad prioritaria (no subsidiaria) del Estado en asegurar el derecho a la salud, papel redistributivo de la atención médica, etc., lo que se traduce también en el énfasis que se le está dando a la aplicación y al mejoramiento de la calidad de los programas de atención primaria. Pero cabe preguntarse: la formación que siguen recibiendo los estudiantes de las carreras de la salud ¿los está capacitando bien, en cuanto a conocimientos y actitudes, para el trabajo comunitario? Las metas de éxito actuales, el prestigio profesional que se apoya principalmente en la ultraespecialización y en el manejo de tecnologías muy sofisticadas ¿son las que mejor motivan para el trabajo con patologías de alta prevalencia y baja complejidad?

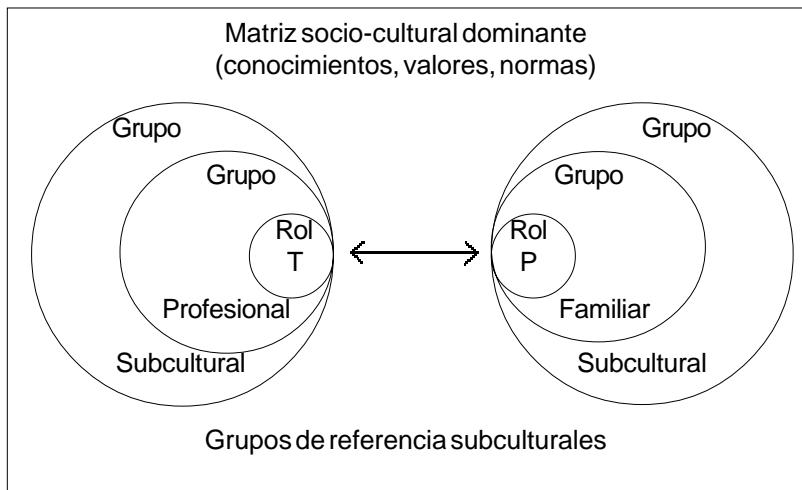
Queda por analizar otro componente. La relación terapeuta-paciente, vista como un sistema social - interacción de roles sociales estables - es, en verdad, un subsistema dentro de otro sistema mayor: *la matriz socio-cultural*. De ella hemos destacado el conjunto de conocimientos (científicos y no científicos), de valores y de normas que forman parte del patrimonio cultural de una sociedad concreta, patrimonio que es heredado y enriquecido por cada nueva generación. Esto hace que la matriz sociocultural no sea igual en el tiempo (en diferentes épocas) ni igual en distintas sociedades contemporáneas.

Pero hay algo más. Hasta aquí se ha mostrado la matriz socio-cultural (propia de una sociedad concreta en un momento de su desarrollo histórico) como si fuera un todo homogéneo. Parecería que los conocimientos, valores, normas, etc. llegan a las personas que van

a asumir el rol de paciente o terapeuta a través de la familia o de su grupo profesional, como si estos procesos de socialización -primaria y secundaria- fueran igual en todos los casos.

Ahora bien: entre la matriz socio-cultural dominante en una sociedad histórica y los grupos donde se realiza el proceso de socialización se pueden interponer otros grupos de referencia - en el tema que estamos analizando esto vale especialmente para el rol de paciente - distintos según una serie de variables sociológicas: clase social (definida según la ocupación, el trabajo que hace el jefe de familia), grupos religiosos, comunidades étnicas, etc., que coexisten en una misma sociedad.

RELACION TERAPEUTA - PACIENTE III. Enfoque sociológico (Bloom)



En sociología se los denomina *grupos de referencia subculturales*, grupos que comparten muchos de los contenidos de la cultura dominante pero no todos. Lo que caracteriza a estos grupos subculturales es la presencia en su interior de algunos conocimientos, valores, normas sociales, etc. que exhiben distintos grados y formas de "desviación", de atipicidad con respecto a los propios de la matriz socio-cultural global, y que igualmente se reproducen transmitiéndose a las generaciones sucesivas.

Hace poco veíamos que la reciprocidad, la correspondencia de los roles de terapeuta-paciente se desarrolla con la mayor fluidez cuando el aprendizaje de esos roles se ha hecho dentro del mismo contexto cultural (uno en su grupo profesional, el otro en su grupo familiar, pero ambos grupos compartiendo los conocimientos, valores, etc., de la misma matriz cultural). La coexistencia de una subcultura (o varias subculturas) con una cultura mayor - y con la que está comunicada - introduce un factor nuevo, potencialmente conflictivo, en la relación terapeuta-paciente.

Un ejemplo poco frecuente pero muy claro para ilustrar lo que estamos diciendo: algunos grupos religiosos (testigos de Jehová, entre otros) rechazan que se les haga transfusiones de sangre a sus miembros; cuando esa prohibición pone en peligro la vida del paciente, se ponen a prueba principios muy elementales de la ética médica, lo que se va a traducir en que la relación terapeuta-paciente, como sistema social, entra en crisis: lo que espera el terapeuta del paciente y lo que espera el paciente del terapeuta pierden su reciprocidad, se rompe el equilibrio, el sistema se hace disfuncional.

Con Balint vimos que había una enfermedad *del* paciente (desde el punto de vista del terapeuta) y una enfermedad *para* el paciente. Ahora habría que agregar que las enfermedades tienen también una *definición cultural*. La conducta alcohólica, por ejemplo, ¿a partir de qué momento, o cuando tiene qué características, pasa a ser un problema de salud que requiere atención médica? Sabemos que la respuesta varía de una sociedad a otra, y dentro de una sociedad, de un grupo a otro.

Más de una vez se ha hecho ver que algunos programas de salud (por ejemplo, programas educativos con un sentido de prevención primaria), muy bien concebidos por los mejores especialistas en el tema, fracasan por no encontrar aceptación por parte de la población beneficiaria. En la raíz de ese fracaso se encuentran, casi siempre, valores culturales, creencias y costumbres tradicionales que no fueron tomados en cuenta por los especialistas.

Podríamos multiplicar los ejemplos, pero lo ya dicho permite introducirnos en el último problema que queríamos tocar y que creemos es de la mayor importancia para los equipos de atención primaria: la existencia de una medicina popular o tradicional, entre nosotros una subcultura paralela a la medicina científica, oficial, que es la dominante.

Si se quiere incorporar el *saber popular* a los programas de atención primaria, como lo recomienda la Declaración de Alma Ata y también la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud - lo que debería verse no sólo con fines utilitarios dentro de una estrategia para ampliar la cobertura - parece muy necesario tratar de entender lo que es la medicina tradicional, verla no como producto de la ignorancia, de falta de conocimientos científicos (y que podría eliminarse proporcionando esos conocimientos científicos), sino como un producto de otra manera de pensar, otra manera de entender, por ejemplo, las relaciones de causalidad - más cerca del pensamiento mítico que del científico - una visión sincrética del mundo donde se mezclan y se confunden fuerzas naturales y fuerzas sobrenaturales. Habrá que reconocer, además, la eficacia de la medicina popular para tratar algunos problemas de salud a grupos sociales que comparten el mismo marco de referencia cultural (parece evidente en comunidades campesinas tradicionales como las que hay en esta región), la aceptación que tiene en esos grupos por su mayor cercanía cultural pero también por su mayor cercanía afectiva, el trato más personalizado y de más fácil acceso que el que ofrece muchas veces la medicina oficial. Habrá que reconocer también sus limitaciones y contraindicaciones.

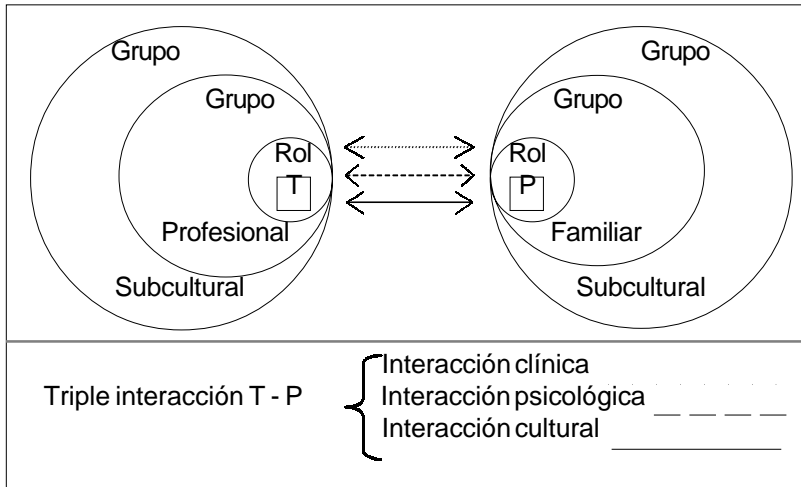
Pero si parece aconsejable eliminar algunos prejuicios que se tienen hacia la medicina popular, es igualmente aconsejable eliminar otros prejuicios que se tienen hacia la medicina científica (oficial). Esa idea, por ejemplo, que el médico - el equipo de profesionales de salud - por su formación científica no puede comunicarse con grupos que tienen otro marco de referencia conceptual, debe entenderse como un obstáculo relativo pero no absoluto. La *barrera cultural* que a veces se aduce, y que impediría hacer educación en salud a comunidades muy tradicionales, queda perfectamente refutada cuando se emplean metodologías participativas de educación popular (como se está empezando a discutir en este seminario), metodologías que parten, justamente, del principio de respetar los valores culturales y se apoyan en las experiencias concretas que esa comunidad haya tenido con problemas de salud-enfermedad.

IV. CONCLUSIONES

RELACION TERAPEUTA - PACIENTE

IV. Enfoque integral

Matriz socio-cultural *dominante*
(conocimientos, valores, normas)



A modo de resumen se puede decir que el comportamiento del terapeuta y del paciente está básicamente condicionado por:

- * naturaleza del cuadro clínico (la línea de puntos condensa las tres modalidades en que puede darse esa interacción).

- * personalidad del terapeuta y del paciente (características psicológicas individuales que se expresan en diferentes actitudes personales).

- * rol social (conducta esperable a partir de un conjunto de conocimientos, valores, normas dominantes en una sociedad concreta y que pueden exhibir variantes subculturales).

Las tres flechas son un artificio. El comportamiento que tenga el terapeuta y el paciente, la forma como interactúan al encontrarse en una situación de enfermedad del segundo (no en otras situaciones), estará

dado por las tres clases de condicionamiento que operan simultáneamente, no una primero y otra después.

El enfoque integral, tal como aquí se expuso, es todavía incompleto. No se incluyó el factor socioeconómico, o mejor dicho, las condiciones de vida ligadas a una ubicación de clase social. Todo eso que enseña la epidemiología social: no sólo las causas de morbimortalidad son diferentes en las diferentes clases sociales, también son diferentes la cantidad y calidad de los servicios que se ofrecen para la atención médica (y que puede repercutir en la calidad de la relación terapeuta-paciente), todo eso debe ser tomado en cuenta. Pero también debemos reconocer que ese problema está en otro plano, el plano suprapersonal, y corresponde por lo tanto a un diferente nivel de análisis que hace muy difícil su integración al esquema aquí planteado. Estimo que es preferible dejarlo como un problema aparte que debe sí ser articulado con el triple enfoque propuesto.

El sentido de la exposición fue destacar algunos problemas de orden psicológico y sociocultural con los que suele encontrarse un equipo de salud en la práctica de un programa de atención primaria. El análisis de la relación terapeuta-paciente permite descubrir, por debajo de lo más aparente (la interacción clínica), como juegan una dinámica psicológica y otra dinámica cultural, las que a veces pueden hacerse conflictivas. La mayoría de los casos considerados como “pacientes difíciles”, “paciente poco cooperador”, etc., corresponden a una de esas dinámicas conflictivas. La comprensión de esos procesos subyacentes debería capacitar al terapeuta para modificar conscientemente esa relación en beneficio del paciente.

BIBLIOGRAFÍAS

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. «Learned helplessness in humans: Critique and reformulation». Journal of Abnormal Psychology. 1978 (87) 49-74.*
- De Vellis, R.F. «Learned helplessness in institutions»: Mental Retardation. 1977 (October) 10-13.*
- De Vellis, R.R. et al. «Vicarious acquisition of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology. 1978 (36) 894-899.*

- Lefcourt, H.M. «Internal versus external control of reinforcement: A review». *Psychological Bulletin*. 1966 (65) 206-220.
- Maier, S.F. y Seligman, M.E.P. «Learned helplessness: Theory and evidence». *Journal of Experimental Psychology: General*. 1976 (105) 3-66.
- Miller, I.W. y Norman, W.H. «Learned helplessness in humans: A review and attributional theory model». *Psychological Bulletin*. 1979 (86) 93-118.
- Overmier, J.B. y Seligman, M.E.P. «Effects of unescapable shock upon subsequent escape».

**SIMPOSIUM: EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN
COMUNITARIA**

Una propuesta de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Benjamín Vicente, Mabel Vielma

Proyecto de salud mental de la cooperación italiana en la comuna de Peñalolén.

Teresa Huneeus

Capacitación en salud menrtal y derechos humanos al personal de consultorios de atención primaria en una comuna del área metropolitana.

Mónica Peña, Héctor Faúndez

El problema de la adaptación del estudiante retornado. Enfoque proyectivo de dos instituciones talquinas. CIT y PIDEE.

Hugo Zambra, Gastón Ojeda

Descripción de una experiencia docente en salud mental.

Sylvia Raffo, Patricia Hamel, Eliana Morales

Educación popular, salud mental y movimientos sociales.

Patricia Dorado

Prevención y derechos humanos en salud

Hugo Zambra, Gastón Ojeda

UNA PROPUESTA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA COMUNITARIA

*BENJAMIN VICENTE, Psiquiatra
Universidad de Concepción*

*MABEL VIELMA, Psiquiatra
Hospital Las Higueras, Talcahuano.*

I. INTRODUCCION

A pesar del impactante progreso de la neurofisiología y la bioquímica, no podemos vivir solamente con tales conceptos biológicos y debemos reconocer que necesitamos de otros como responsabilidad, lealtad, libertad y aun enfermedad. Cada uno es elaborado o delimitado por nosotros y nuestro lenguaje, como en el caso de una silla, un comportamiento responsable o un síndrome psiquiátrico. Para la construcción de cada uno de ellos tenemos nuestras particulares “razones”. Ellas son parte del juego del lenguaje que todos jugamos, es nuestra forma de vivir y debemos hacerlo. No podemos pensar o hablar sin utilizarlo.

Nadie puede salirse de su propio marco lingüístico o conceptual, y no existe un lenguaje completamente privado, ni siquiera en el arte. Las metáforas también necesitan de un lenguaje, de palabras o símbolos; pero aun cuando no hay un lenguaje privado posible, podemos desplazarnos dentro y fuera del lenguaje compartido. Al ir demasiado lejos, sobrepasando nuestros propios límites, nos arriesgamos a ser calificados de locos; pero en verdad, dependerá de lo que las palabras signifiquen o como sean usadas. Se puede, en el fondo, ir muy lejos si podemos arrastrar a otros con nosotros.

Lo correcto requiere, sin duda, de confirmación social. El paciente ha sido capacitado y autorizado para aprender cómo llegar con éxito a ser como uno de nosotros y aceptar nuestras reglas. De hecho creemos que no existe mundo alguno que no esté de alguna manera determinado socialmente y la seguridad ontológica de esta realidad está preservada, a su vez, por creaciones sociales como la familia, los colegios profesionales, los partidos políticos, etc.

Reconocemos que con esta visión nos estamos aparentemente poniendo en el extremo opuesto del inmenso progreso y “objetivo”

trabajo de los bioquímicos, neurofisiólogos, genetistas y farmacólogos. No pretendemos negar el hecho de los fantásticos descubrimientos logrados, sino confesar un irresistible impulso a reflexionar.

Que no se vea en esto un pretexto para reemplazar un dogmatismo por otro. Es solamente un insistir en la naturaleza existencial de las decisiones, aun en la evaluación de los conocimientos que necesitamos.

En el lenguaje, la vida y la psiquiatría, la práctica es más importante que la teoría, pero la práctica puede en ocasiones cubrir y oscurecer la teoría y convertirnos en aquellos técnicos que hacen eficientemente su trabajo sin realmente saber de qué se trata. También puede llegar a ser un simple *artificio* que *impida* ver a fondo los problemas humanos y, al mismo tiempo, pueda convertirnos en una persona admirada por diferentes grupos de poder, los que finalmente desearemos integrar para llegar a ser un funcionario más con deseos de ascender.

Utilizando ese mismo lenguaje contradictorio y cargado de innumerables sentidos y significados que quisiéramos evitar, trataremos de concretar los antecedentes de las distintas corrientes psiquiátricas contemporáneas y empezar a configurar la proposición contenida en el título de esta comunicación.

II. ANTECEDENTES HISTORICOS

La psiquiatría clásica no surge simplemente como una derivación de la medicina, naciendo espontáneamente en el terreno de la clínica o del asilo, sino que formó parte de un proyecto mucho más grande en la historia de los intentos del hombre por comprenderse a sí mismo.

El positivismo pretendió construir las ciencias humanas con el modelo de las ciencias naturales y muchas autoridades contemporáneas así lo ratifican: "Los fundamentos de la Psiquiatría deben encontrarse en el terreno de las ciencias naturales", nos dice Mayer-Gross (1) en su Psiquiatría Clínica.

Desde un comienzo este enfoque fue visto como una forma de situar la psiquiatría por sobre los intereses particulares y los prejuicios arbitrarios, entregándole así una autoridad imparcial e independiente.

Una de las presuposiciones que el positivismo ha impuesto en la psiquiatría dice relación con el tipo de explicaciones que se quiere considerar como válidas. Sostiene que el único modo de explicación

legítima es el causal, fundamentado sobre la base de que las leyes que gobiernan la vida humana son del mismo tipo que aquellas que gobiernan la naturaleza.

Según Clare (2), esta doctrina tendría en psiquiatría fundamentalmente dos formas de interpretación: una, poderosamente influyente, representada por el modelo organicista-biológico que sugiere que los factores causales de la enfermedad son desórdenes fisiológicos; y la otra, de más débil resonancia, que también invoca una explicación causalista pero, esta vez, referida a factores psicológicos o ambientales.

Se ha hecho ya tradicional considerar a la psiquiatría inglesa clásica y a algunas corrientes norteamericanas asociadas a la sociobiología moderna (3) como eclécticas o no ideológicas, debido a su tolerancia al aceptar distintos grados de combinación de ambos puntos de vista, pero aun cuando hace una gran diferencia práctica dónde sea puesto el énfasis, en el fondo, no son más que las dos caras de la moneda positivista.

La debilidad fundamental de la postura organicista o biológica reside en adoptar un criterio de causalidad que, a pesar de sus respetables antecedentes, puede peligrosamente prestarse a confusiones. En las ciencias naturales, se considera causa a cualquier factor precedente desde el cual un evento es altamente predecible, siempre considerando que un tercero no es responsable por ambos. Sin embargo, cuando un evento depende de innumerables factores, como en muchas de las ciencias físicas y en la mayoría de las humanas, tal criterio no facilita mucho las cosas, por la comprensible tendencia a no valorar adecuadamente el largo y complicado camino que va de la *causa* al *efecto*, hecho que es frecuente cuando se discuten los efectos de las variaciones genéticas y fisiológicas en la conducta humana.

Que la interpretación organicista por sí sola es inadecuada, se ha convertido en un cliché de la psiquiatría ecléctica, pero la estrechez del paradigma positivista no se supera con la simple introducción de nuevos grupos de factores etiológicos, denominados *psicológicos* o *ambientales*. El punto crucial no reside en qué tipo de factores son considerados causales, sino en la noción misma de causa.

Cuando llega el momento de caracterizar aquellas condiciones que supuestamente causan la enfermedad mental, ya sean eventos de la infancia, experiencias traumáticas o circunstancias sociales, se intenta con frecuencia omitir los significados subjetivos de éstas, en

consecuencia que parece innegable que los eventos nos afectan no tanto por lo que son sino por lo que para nosotros significan.

Sería difícil negar que las condiciones socio-demográficas encontradas por Brown y Harris (4) en el medio ambiente de las dueñas de casa depresivas de Crownwell, son inherentemente depresógenas: demasiados hijos, escaso espacio, ausencia de pareja, ausencia de trabajo y condiciones materiales mínimas; pero el hecho es que no todas se deprimieron por ello y, en otras condiciones, especialmente en tiempos de guerra, éstas y otras realidades pueden relacionarse o se han asociado a una sorprendente disminución de la consulta psiquiátrica.

A menos que aceptemos, sin mayor análisis, que el significado subjetivo de los eventos objetivos es lo que realmente nos afecta, la capacidad predictiva de las explicaciones ambientalistas deja abierta una brecha que los organicistas se apresuran en llenar con la conocida *predisposición constitucional*.

Sin duda, la hegemonía de que han disfrutado las ideas científico-naturales en los últimos años hace difíciles otros caminos, ya que se ha llegado a aceptar casi universalmente que no existen otras formas válidas de conocimiento. Consecuentemente, las aproximaciones denominadas *interpretativas o comprensivas* por Ingleby (5) son menos populares, menos respetables y académicamente menos reconocidas que el positivismo que intentan reemplazar.

Tanto el neo-psicoanálisis como el neo-marxismo y la combinación de ambos, argumentan la necesidad de lo que se ha denominado una *hermenéutica profunda*, es decir, un conjunto de interpretaciones que activamente critiquen y trasciendan la comprensión que las personas hacen de sí mismas.

Creemos que hay acuerdo en que toda conducta separada de su contexto pierde sentido. Será vital, por tanto, la información que se obtiene al considerar la familia del paciente, la situación social circundante y la situación de encuentro u observación en sí misma. Tales estudios postulan implícitamente que cualquiera que viva una situación dada, podría reaccionar de la misma manera, lo que no significa sostener que tal situación podría causar enfermedad en todo el que la vivencia, sino que, en relación a ese contexto, la así llamada enfermedad aparece como una conducta perfectamente comprensible.

Retomando una de las sugerencias iniciales, podría plantearse que la enfermedad mental es una respuesta comprensible al conflicto que

surge entre las necesidades de las personas y las exigencias impuestas sobre ellas por los roles asignados por una sociedad determinada.

El que ciertos roles estén asociados a ciertos patrones de sintomatología es un aporte indiscutible de los estudios positivistas del macro-ambiente social y no parece un mal punto de partida para una aproximación diferente al problema.

Junto con plantear que los desórdenes psiquiátricos pueden surgir como una respuesta comprensible a las condiciones sociales, la aproximación interpretativa-comprensiva tiene bastante que decir en relación a la respuesta de la sociedad frente a tales desórdenes, es decir, acerca de la psiquiatría como institución.

III. LA REFORMA PSIQUIATRICA

Durante la era de la reforma psiquiátrica, el motor de la transformación de los sistemas de salud mental, en Europa y Estados Unidos, fue la urgencia por renovar el poder terapéutico de la psiquiatría, liberándola de sus antiguas funciones de control social, admisión y tratamiento forzado y segregación. En los conflictos culturales y políticos que se han sucedido hasta nuestros días, la des-institucionalización ha llegado a ser una palabra clave usada con muchos propósitos: para los entusiastas reformadores resumía los objetivos recién enunciados; para los grupos de políticos y técnicos más radicales, la abolición inmediata de todas las instituciones de control social y no sólo de los hospitales mentales; finalmente para los administradores y otros políticos era principalmente un programa de racionalización financiera y administrativa con el objetivo de reducir el número de camas hospitalarias (6).

Sin duda, fue con la intención de conseguir este último objetivo que la des-institucionalización se llevó a cabo en la gran mayoría de los países desarrollados como una política de de-hospitalización y de altas, consiguiendo una gradual disminución en el número de camas ocupadas y el cierre más o menos precipitado de los hospitales mentales.

La real intención de la reforma psiquiátrica de los 60 implicaba la gradual eliminación de las hospitalizaciones y “detenciones” en los hospitales mentales, a través de la creación de servicios comunitarios, y el traslado también progresivo de la atención institucional hacia el medio social de los pacientes, enfatizando la prevención y la rehabilitación.

Estas reformas consiguieron quebrar el monopolio del modelo segregacionista de la psiquiatría clásica, donde el hospital psiquiátrico era la única respuesta a la enfermedad mental, pero fallaron en casi todos los países, quizá exceptuando algunas regiones de Italia como Trieste, al no resolver el problema de la segregación y “detención”, produciendo resultados paradójales y nuevos problemas (7).

Desde la reforma, los hospitales mentales y los lugares de confinamiento se han mantenido, con escasas variaciones, en casi todos los sistemas de salud mental; tampoco su rol ha llegado a ser uno secundario; se estima, por ejemplo, que en Europa hay aproximadamente un millón de pacientes hospitalizados bajo distintas denominaciones y categorías. La de-hospitalización ha sido del tipo de puerta batiente. Un importante número de individuos que padecen alguna enfermedad mental han sido abandonados por los servicios psiquiátricos, sufriendo los más afortunados un proceso de trans-institucionalización y se han creado nuevas formas de segregación y detención.

Muchos de los servicios de salud mental comunitaria sólo han reemplazado una segregación estática, en una institución separada y total como el tradicional hospital mental, por una circulación dinámica entre distintas agencias especializadas, fragmentando y compartimentalizando un servicio que deja, con frecuencia, espacios sin llenar e inversamente duplica atenciones. Las puertas se abren y cierran para sucesivas altas e ingresos y el circuito siempre se completa (8).

La des-institucionalización no es sinónimo de de-hospitalización sino que implica una profunda transformación que aun cuando ha de empezar en el hospital mental reestructurado el tradicional enfrentamiento institucional, debe involucrar y comprometer a todos los actores del proceso, en un replanteamiento de las relaciones de poder existentes entre las instituciones y sus sujetos, especialmente pacientes. La des-institucionalización se convierte así en un proceso lento, casi homeopático que usa la energía de la institución para su progresiva reestructuración.

El proceso de des-institucionalización, en el norte de Italia, no terminó con la aplicación de una legislación revolucionaria como lo fue la ley 180, sino que continúa hasta nuestros días a través de su difícil y poco homogénea implementación.

Muchas de las evaluaciones ya hechas del trabajo comunitario apuntan con decepción que, salvo excepciones, lo único que ha cambiado hasta aquí es el lugar físico, pero la calidad, estilo y orientación de las prestaciones, y el grado de motivación, compromiso y entrega de los profesionales, sigue prácticamente sin modificarse (9).

De todo lo anterior se desprende la imperiosa necesidad de un replanteamiento óntico y epistemológico de los fundamentos mismos de la psiquiatría como disciplina, de su ubicación y función en el contexto general y amplio de las ciencias humanas y del destino de nuestra sociedad, y de las características y posibles condiciones de la interacción cognitiva y terapéutica entre el sujeto y objeto de la misma, es decir, los profesionales y los usuarios.

Recién una vez alcanzadas tales aspiraciones, podremos fundamentar sólidamente instancias prácticas y concretas de su acción que respondan, efectivamente, a un interés que confesamos a priori, cual es el describir e interpretar adecuadamente la problemática humana y realizar, o ayudar a realizar, aquellos cambios psicosociales que permitan a todos, sin excepción, disfrutar de la salud tal como ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, nadie puede negar, conociendo nuestra realidad, que tal praxis debe comenzar ya a implementarse donde no exista y reforzarse en otros lugares, haciéndose así cronológicamente simultáneo con el replanteamiento sugerido.

Recogiendo el desarrollo conceptual expuesto hasta aquí, sostenemos que el énfasis ha de ponerse en la comunidad, utilizando el medio más adecuado en el presente, y sin duda perfectible, que conocemos con el nombre de *psiquiatría comunitaria*.

Conscientes de las limitaciones que nos impone nuestro propio marco lingüístico y conceptual y de las inmensas dificultades que conlleva el intentar recrear, radicalmente, una nueva forma de pensar que tenga posibilidades comparables con las múltiples ramificaciones de la psiquiatría ortodoxa, es que quisiéramos concretar nuestro intento por redefinir la psiquiatría utilizando un modelo comprensivo, ampliando sus proyecciones teóricas e implicancias prácticas.

Las proyecciones teóricas han sido ya largamente analizadas pudiendo resumirse en aquel conjunto dinámico de interpretaciones que activamente critiquen y trasciendan la comprensión que las personas

hacen de sí mismas, logrando establecer una relación dialéctica entre el sujeto, contexto y sociedad, donde la llamada enfermedad mental aparezca como una conducta perfectamente comprensible.

En relación a las implicancias prácticas, creemos que el trabajo en salud mental y psiquiatría comunitaria se vería beneficiado por un modelo de psiquiatría comprensiva, utilizando aquí la acepción integradora y global del término comprensivo. Este modelo postula un equipo en contacto estrecho y responsable con el usuario donde quiera que las necesidades de éste lo requieran, aun en la eventualidad de una hospitalización. El trabajo comunitario, así entendido, no debería rivalizar con la atención institucional ni pretender como objetivo principal el reemplazarla, sino que en una actividad coordinada iniciar un trabajo dentro de la institución, donde exista, preparando la reinserción social del paciente, terminando en las actividades de prevención, fomento y rehabilitación propias de los centros comunitarios, pasando por la de las instituciones intermedias.

En lo propiamente asistencial, desde hace largo tiempo se ha recomendado, además, la integración de los Servicios de Salud Mental Comunitarios a los programas de atención primaria de salud, con lo que, afirman, disminuiría o desaparecería el estigma asociado a la enfermedad mental, mejoraría la prevención a través de una detección y derivación precoz, facilitaría y mejoraría la coordinación y disminuiría la duplicación de acciones. Los supuestos beneficios de este esquema se ven respaldados por el alto grado de satisfacción comunicado por profesionales y usuarios de tales sistemas en, por ejemplo, Inglaterra, Estados Unidos e Israel (10).

IV. LA PROPUESTA

1. Antecedentes

La asistencia psiquiátrica chilena muestra tres etapas históricas más o menos diferenciadas. La primera, que podríamos llamar asilar, se extiende desde mediados del siglo pasado hasta la década del 40. La segunda podría denominarse del hospital general, que comienza en la década del 50 y se extiende hasta la fecha. Superpuesta a esta última, está la llamada psiquiatría comunitaria, que en Chile comienza a desarrollarse recién en los últimos años (11).

Actualmente, la asistencia psiquiátrica se entrega en el marco de tres sistemas claramente diferenciados, de acuerdo al nivel socio-

económico de los usuarios. El primero que sirve a una minoría de altos ingresos y que no cubre a más del 5 a 12% de la población, es la práctica netamente privada. El segundo está representado por los distintos sistemas de previsión de salud que atienden a las personas a través de consultas, clínicas y hospitales públicos y privados, algunos de ellos sobrecargados y orientados preferentemente, si no exclusivamente, con criterios de auto-financiamiento y lucrativos. Finalmente, un tercero que sería el de asistencia pública estatal que atiende a la gran mayoría de la población y está mayoritariamente enmarcado en la ideología y en la práctica del sistema asilar.

El desarrollo e implementación de cualquier instancia distinta en el quehacer psiquiátrico, debe partir por la aceptación de la salud como aquel completo bienestar físico, psíquico y también social, reconocerla como un bien individual y colectivo y un derecho irrenunciable de cada ser humano. En la práctica ha de dirigirse hacia la horizontalización de la planificación, hacia el trabajo de equipos multidisciplinarios y hacia la participación lo más activa y completa posible de las comunidades involucradas en tal planteamiento.

El incipiente desarrollo de la psiquiatría comunitaria, ha significado esfuerzos aislados por llevar los recursos de la salud mental desde el interior de los establecimientos y servicios especializados al seno de la comunidad. Se ha tratado, por una parte, de utilizar los recursos y agencias existentes en la propia comunidad y, por otra, de delegar funciones en profesionales no especializados del equipo de salud y/o en otras personas, previamente capacitados.

Entre los problemas que caracterizan la situación actual están la falencia de recursos humanos y un muy limitado conocimiento sobre la magnitud del problema de salud mental, sus repercusiones y las posibilidades reales que hoy día existen de recuperar integralmente al enfermo psíquico. Los recursos físicos con que se cuenta están en mal estado y mantienen una orientación predominantemente asilar. La actividad asistencial sigue preferentemente confinada a los hospitales psiquiátricos y el enfoque es eminentemente curativo y está centrado en el tratamiento del caso individual.

La comunidad, por su parte, tampoco tiene mayor conciencia de los problemas de salud mental y por ende, no exige servicios oportunamente y en mejores condiciones de prestación, a lo que se agrega el estigma social que todavía se asocia a la enfermedad mental. Otro factor de postergación es el prejuicio de que la psiquiatría es una

especialidad de bajo rendimiento y eficacia, situación claramente desmentida en los últimos años con las experiencias tanto nacionales como extranjeras, gracias a la aplicación de numerosas técnicas terapéuticas y, sobre todo, al enfoque social o comunitario de la psiquiatría moderna.

La VIII Región, con una población de casi 1.700.000 personas, cuenta con un Servicio de Psiquiatría de 50 camas dependiente del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, ubicado en Concepción, que dadas sus características otorga una atención psiquiátrica de choque y de nivel terciario.

La comuna-puerto de Talcahuano perteneciente a la VIII Región con una población de 239.985 habitantes, no cuenta con ningún tipo de servicios en las áreas de psiquiatría y de salud mental.

La población es mayoritariamente urbana (98,4%) y sus condiciones socioeconómicas son en general malas, a pesar de ser un área altamente industrializada. Las actividades laborales que desarrollan los habitantes de esta comuna, se ubican mayoritariamente en las categorías trabajadores por cuenta propia y trabajadores dependientes urbanos, cuyos ingresos son bajos. El nivel de escolaridad es también bajo (el 50% sólo alcanza el nivel básico o es analfabeto). El saneamiento básico mínimo no alcanza a toda la población y los altos niveles de contaminación de sus recursos naturales (el más alto del país), comprometen las fuentes de trabajo (pesca artesanal) y la vida de las personas.

La atención primaria de salud es otorgada a través de dos consultorios generales urbanos dependientes de la Municipalidad de Talcahuano (Consultorios San Vicente y Hualpencillo) y de un Consultorio anexo al Hospital Base (Hospital Higuera), actualmente dependiente del Servicio de Salud Talcahuano y que será traspasado a la Municipalidad una vez concretada la construcción del Consultorio Higuera. La población rural (1,6%) es atendida en las postas ubicadas en las caletas de Tumbes, Lengua y Chome.

2. Problemas que el proyecto se propone resolver.

La población de la comuna de Talcahuano presenta uno de los más altos índices nacionales de problemáticas psicosociales y psiquiátricas, reflejado en indicadores tanto directos como indirectos, entre los cuales destacan: consumo y tráfico de drogas, alcoholismo (tasa más alta de muerte por cirrosis hepática en Chile), violencia familiar y comunitaria y una consulta en los consultorios generales que reconoce

en un alto porcentaje (63%), como una causa única o asociada, problemáticas psico-sociales o psiquiátricas.

Entre las causas generadoras de estos altos índices se encuentran, por un lado, las malas condiciones socio-económicas, el bajo nivel de instrucción y educación y los niveles de contaminación y, por otro, la ausencia de servicios de psiquiatría y salud mental.

Este proyecto pretende resolver el problema de la falta de servicios en el área de salud mental y de la psiquiatría, en los sectores más desposeídos de la comuna de Talcahuano, a través de un enfoque moderno con la participación activa de la comunidad, creando e implementando Centros Comunitarios de Salud Mental y una Unidad de Hospitalizados en el Hospital Las Higueras, con lo cual se espera disminuir los altos índices de problemáticas psicosociales y psiquiátricas de estos sectores.

3. Contribución del proyecto a las políticas prioritarias de desarrollo nacional, regional y sectorial.

Es una política prioritaria del Ministerio de Salud, el que cada Servicio de Salud disponga de un servicio de atención en salud mental y psiquiatría, por lo que resulta imperativo crear el correspondiente al Servicio de Salud de Talcahuano.

En consideración a la información de graves y crecientes problemas de salud mental, como la drogadicción y el alcoholismo, los trastornos psíquicos infantiles, la violencia juvenil y doméstica y otros que afectan principalmente a la población de menores recursos, el Ministerio de Salud se ha visto en la necesidad de desarrollar estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación, con la participación de diversos sectores de la vida nacional y de la propia comunidad afectada, estimando de mayor interés promover la creación de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.

La creación de Centros Comunitarios de Salud Mental que identifiquen y resuelvan la mayoría de las problemáticas psicosociales y psiquiátricas en el nivel primario, disminuirá considerablemente los costos de la atención psiquiátrica en los niveles secundario y terciario y de la atención de salud general. Además se cumplirá así con las recomendaciones de la OMS contenidas en la Declaración de Caracas (noviembre de 1990), que en síntesis postula la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria, promoviendo modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes

sociales. Al ubicarse estos centros en los consultorios generales dependientes de la Municipalidad se contribuye, además, al desarrollo de la municipalización de la salud en el nivel primario.

La mejoría de los índices de salud mental, consecuencia directa de las acciones y servicios que el proyecto permitirá desarrollar, impactarán favorablemente en la calidad de vida de la población beneficiaria.

4. Objetivos del proyecto.

Objetivo general:

Mejorar los índices de morbilidad psiquiátrica y de problemáticas psicosociales y lograr el fomento y protección de la salud mental en población asignada a los Consultorios de Hualpencillo, San Vicente e Higueras de la comuna de Talcahuano, con la participación activa de la comunidad.

Objetivos específicos:

- a) Cada centro será capaz de identificar precozmente las problemáticas psiquiátricas y de resolver, en colaboración con los consultorios generales, todas aquellas que correspondan al nivel primario.
- b) Cada centro será reconocido como una instancia efectiva para la identificación y resolución de la mayoría de las problemáticas psicosociales más importantes.
- c) Los centros serán capaces de identificar y derivar precozmente aquellas patologías que necesitan una atención en el nivel secundario o terciario disminuirán los costo de tratamiento y mejorará el pronóstico de estos pacientes. Se verificará con estudios estadísticos comparativos.
- d) Los centros serán capaces de otorgar servicios de rehabilitación a los pacientes psiquiátricos crónicos ambulatorios de la población beneficiaria.
- e) Los centros deberán tener planes y programas de fomento y protección de la salud mental en los cuales participe activamente la comunidad en la que están insertos.
- f) La unidad de hospitalizados será capaz de recibir, evaluar y tratar todas las problemáticas de nivel secundario y la mayoría de las de nivel terciario derivadas por los centros comunitarios.

- g) Cada centro y la unidad de hospitalizados será capaz de recoger sus evaluaciones periódicas y formular una evaluación anual conjunta.

5. Resultados esperados e impacto del proyecto.

- a) Existiendo Centros Comunitarios de Salud Mental insertos en la comunidad, los sectores más desposeídos participarán activamente en la identificación y resolución de sus problemáticas psicosociales y psiquiátricas más importantes. Se verificará a través de la estadística diaria de las actividades de cada centro.
- b) El fomento y protección de la salud mental junto a la identificación precoz y tratamiento de las problemáticas psicosociales y psiquiátricas en el nivel primario, permitirá la disminución de las tasas de prevalencia estimadas para el beber problema y alcoholismo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y trastornos vivenciales (trastornos por ansiedad, somatización, afectivos menores, etc.), lo que contribuirá a mejorar el nivel de vida de los beneficiarios y disminuirá considerablemente la demanda en los niveles secundario y terciario. Se verificará por medio del monitoreo epidemiológico del grupo beneficiario.
- c) La identificación y derivación precoz de las problemáticas psiquiátricas que requieren de atención en el nivel secundario y/o terciario, disminuirá los costos de tratamiento y mejorará el pronóstico de estos pacientes. Se verificará con estudios estadísticos comparativos.
- d) El seguimiento y rehabilitación de algunos pacientes mentales crónicos en el nivel primario, permitirá que un porcentaje significativo de ellos se reinerte activamente en la comunidad, que se alivie la enorme carga familiar que implican y que disminuyan los costos de sucesivas rehospitalizaciones.
- e) La resolución de crisis, la desintoxicación de sustancias psicoactivas y el tratamiento de descompensaciones psicóticas agudas, realizados en la Unidad de Hospitalizados resolverá todas las problemáticas de nivel secundario y la mayoría de las de nivel terciario generadas en la población beneficiaria. Se verificará a través de la estadística diaria de la Unidad y estudios comparativos.
- f) Las actividades desarrolladas por los centros lograrán una comunidad sensible y consciente de su responsabilidad, en la identifi-

cación y resolución de sus problemáticas de salud mental, lo que será reflejado en el nivel de participación comunitaria en los centros y a través de una evaluación de actitudes ante la salud mental y psiquiatría, al inicio del proyecto y en forma periódica.

6. Estrategia

El proyecto se desarrollará en tres etapas:

Etapas 1: Materialización de la infraestructura física de los centros y de la Unidad de Hospitalizados.

Se llamará a propuesta para la construcción, habilitación y alhajamiento de tres inmuebles de 400 mtrs.² cada uno en un terreno de aproximadamente 1.000 mtrs.², adosado a cada consultorio y se buscarán alternativas de habilitación y alhajamiento de dependencias existentes en el Hospital Las Higueras para la instalación de 10 camas.

Etapas 2: Selección, contratación y capacitación del personal de los centros y de la Unidad de Hospitalizados.

Se llamará a concurso abierto de antecedentes para proveer los cargos profesionales, paramédicos y administrativos. La selección, además de los antecedentes, considerará evaluaciones psicológicas y psiquiátricas de los postulantes. El equipo mínimo por centro se ha estimado en 1 1/2 jornada de psiquiatra, 1 jornada de psicólogo, 2 jornadas asistente social, 1 jornada enfermero, 1 jornada terapeuta ocupacional, 6 jornadas auxiliar, 1 secretaria y 2 auxiliares administrativos.

Etapas 3: Inicio y desarrollo de las actividades propias de los centros y Unidad de Hospitalizados.

Difusión y coordinación comunitaria e institucional para dar a conocer los servicios ofrecidos. Implementación y desarrollo de los siguientes programas: beber problema y alcoholismo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos vivenciales (trastorno por ansiedad, somatización, afectivos menores, etc.), rehabilitación de enfermos mentales crónicos, salud mental ocupacional, atención psiquiátrica y psicológica individual y salud mental con sus programas de sexualidad, relaciones interpersonales, control de stress, trabajo y recreación y estimulación precoz.

Organización y desarrollo de la Unidad de Hospitalizados.

Etapas 4: Registro y evaluación permanente de las actividades y programas de los centros.

Se realizarán estudios epidemiológicos de prevalencia comunitaria, prevalencia tratada y monitoreo epidemiológico, y estudios de actitudes, utilización de servicios y niveles de satisfacción.

V. LA SITUACION ACTUAL

Mientras se consigue financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Regional y Agencia de Cooperación Internacional del MIDEPLAN, se han planteado los siguientes objetivos programáticos para 1991:

1. Formar equipos de salud mental en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud de Talcahuano y de la Municipalidad de Talcahuano.
2. Capacitar a los equipos de salud mental en psiquiatría comunitaria y en los distintos sub-programas a realizar.
3. Iniciar y desarrollar los sub-programas de beber problema y alcoholismo, salud mental ocupacional y trastornos vivenciales en los distintos establecimientos.

VI. ACCIONES

1. En este momento se encuentran constituidos los equipos correspondientes a: Hospital Las Higueras de Talcahuano, Hospital de Lirquén, Hospital de Tomé, Consultorio Hualpencillo, Consultorio San Vicente y Consultorio Penco.
2. Durante el presente año, se desarrollarán distintos cursos y jornadas de capacitación orientados tanto a la formación de los equipos de psiquiatría comunitaria como a la capacitación para los distintos sub-programas:
 - a) Curso *Bases Teórico-Prácticas para la Intervención en Salud Mental Familiar* (junio-octubre), corresponde a un curso de postgrado ofrecido por el Departamento de Psiquiatría de la División Sur de la Universidad de Chile.
 - b) Cursos periódicos de capacitación en psiquiatría básica, dictados en conjunto por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, el Departamento de Neuropsiquiatría de La Uni-

versidad de Concepción y el Equipo de Psiquiatría Epidemiológica de Concepción.

- c) - La depresión en la práctica médica (5 y 6 de julio)
 - Psiquiatría general básica (12 y 13 de julio)
 - Temas neurológicos prevalentes en adultos y niños (18 y 19 de julio)
 - Jornadas y talleres de capacitación para los distintos sub-programas a implementar.
- 3. Implementación y desarrollo de los siguientes sub-programas en cada establecimiento:
 - a) Sub-programa Beber Problema y Alcoholismo.
 - b) Sub-programa Salud Mental Ocupacional.
 - c) Sub-programa Trastornos Vivenciales.

BIBLIOGRAFIA

1. Mayer-Cross, W., Slater, E. y Roth, M. (1960) *Psiquiatría Clínica*. London: Beiliere.
2. Clare, A. (1976) *Psychiatry in Dissent: Controversial Issues in Thought and Practice*. London: Tavistock.
3. Wilson, E.O. (1975). *Sociobiology. The New Synthesis*. London: Belknap Press.
4. Brown, G.W., Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
5. Ingleby, J.D., (1981). *Understanding Mental Illness*. En: Ingleby, J.D. (ed) *Critical Psychiatry*. Harmondsworth: Penguin Books.
6. Warren, C., (1981). *New forms of social control: The myth of deinstitutionalization*.
In: Behavioural Scientist, 24 (6): 724-740.
7. De Leonardis, D., (1986). *Deinstitutionalization, another way: The Italian Mental Health Reform*. *Health Promotion*, 1 (2): 161-165.

8. Vicente, B., (1988). *International Comparison of Attitudes to Psychiatry and Mental Health Services*. PhD Thesis, University of Sheffield, England.
9. Morrissey, J., (1982). *Deinstitutionalizing the mentally ill: Processes outcome and new directions*. In: Gove, W (ed) *Deviance and Mental Illness*. London: Sage.
10. Schlosberg, A., (1983) *A Model Project of comprehensive psychiatry. Four years follow-up*. In: *International Journal of Social Psychiatry*. 29 (2), 83-94.
11. Medina, E., (1983) "Salud Mental en Chile: Estado Actual y Perspectivas", *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 21, 2:77 - 90.

**PROYECTO DE SALUD MENTAL DE
LA COOPERACION ITALIANA
EN LA COMUNA DE PEÑALOLEN**

*TERESA HUNEEUS
Psicóloga
CINTRAS*

I. INTRODUCCION - FUNDAMENTACION

Según estadísticas recientes, en Chile hay 5 millones de pobres. Si consideramos la cifra de psicosis aceptada mundialmente y en Chile, que es entre 0,8 y 1% de la población (cifra que aumenta en sectores de extrema pobreza), tendríamos en Chile 50.000 psicóticos.

El país cuenta con 3.359 camas psiquiátricas públicas incluyendo las clínicas de extensión, accesibles a las personas de escasos recursos. Estas camas tendrían que cubrir a los 12.000.000 de habitantes, pues las clínicas privadas son en su mayoría de un altísimo costo. Según un estudio de la O.M.S. del año 1985, lo conveniente sería entre 0,5 a 1 cama psiquiátrica por mil habitantes. Hace poco escuchábamos al Dr. Pemjean decir que tenemos 1 cama por cada 5.000 habitantes, o sea, existe de todas maneras un déficit importante de camas psiquiátricas.

Por lo tanto, nosotros no estamos planteando la desinstitucionalización del paciente mental, ni el cierre de los hospitales psiquiátricos. Sí señalamos la urgente necesidad de crear servicios alternativos para los miles de enfermos mentales que no tienen acceso a ningún tipo de atención, especialmente en los sectores de extrema pobreza.

Debido a las características propias de la enfermedad mental y a la actitud de los que la rodean, en Chile nuestros enfermos mentales están en una posición muy desvalida. Existe el derecho absoluto de la "no locura" sobre la "locura".

No existe una legislación que los proteja. Si los familiares u otros deciden encerrar a su enfermo en una pieza durante 15 o 20 años, como les mostraremos más adelante, pueden hacerlo impunemente. Lo mismo si deciden encerrarlo en un hospital (cuando logran que sea aceptado). Son infinitos los atropellos, degradaciones, injusticias y

vejeciones a que son sometidos los locos debido a su incapacidad de defenderse y a la actitud de la sociedad respecto a ellos. Sin embargo, éste no es un tema que se hable, que aparezca en la T.V. Nunca he visto un foro sobre los derechos humanos de los locos. Siempre he visto a los locos como tema para asustar (en películas, p. ej.) o para hacer reír, entretener. La enfermedad mental no es considerada como cualquier otra enfermedad. Es innombrable, se esconde.

Tenemos que reflexionar sobre esto, pues la manera como un país enfrenta a sus locos refleja su postura frente a su propio sufrimiento: ¿Qué hacemos?, ¿los asumimos?, ¿los negamos?, ¿los olvidamos?, ¿los cuidamos?, ¿los aceptamos?

El país está viviendo un gran cambio político y social en los últimos dos años, después de muchos de opresión. Esta transformación se tiene que reflejar en la atención hacia el enfermo mental. Existe un proyecto para el tratamiento del discapacitado crónico por causas psiquiátricas, del cual esperamos formar parte.

No queremos repetir los errores cometidos hace más de 20 años en EE.UU. y en Italia durante la reforma psiquiátrica. Sí quisiéramos rescatar la enorme contribución que estos movimientos significaron para una renovación de la psiquiatría y para la restitución del enfermo mental objetivado a su dimensión de sujeto social y político.

Esto tiene que ocurrir también en Chile.

Tenemos algunas ideas o propuestas respecto al tratamiento de los enfermos mentales, haciendo una utilización óptima de los escasos recursos existentes.

1. El paciente mental debe ser tratado en su propio medio ambiente, en su misma comunidad, utilizando al máximo los recursos de ésta y del paciente.
2. El paciente mental debe ser tratado en forma ambulatoria. Solamente debe ser internado cuando hay peligro para su vida y/o la de otros.
3. Todos los enfermos mentales merecen tener el máximo de recursos a su disposición. No creemos en la conveniencia de dividirlos en agudos-crónicos, pobres-ricos.

4. Hay que abrir la información respecto a la enfermedad mental. Promover, capacitar, educar de modo que los familiares, vecinos y otros puedan participar y colaborar en el tratamiento de manera más eficaz.

5. El énfasis del tratamiento debe estar en la rehabilitación, en el desarrollo de habilidades y la satisfacción de necesidades más que en la reducción de sintomatología.

Considerando todo esto y con el financiamiento de la Cooperación Italiana, es que el equipo multidisciplinario que forma parte de un programa de atención primaria en salud con énfasis en salud mental y que trabaja desde el año pasado en la comuna de Peñalolén, se reunió para hacer una Comunidad Terapéutica Diurna dirigida a personas gravemente perturbadas en su salud mental. El hecho de haber estado trabajando ya ahí facilitó nuestra inserción en la comunidad, pues existía un conocimiento previo entre los pobladores y nosotros.

Esta es una experiencia piloto en un sector de extrema pobreza. Tiene el sabor y la excitación de ser algo nuevo, desconocido, en que vamos descubriendo paso a paso y todos los días posibilidades diferentes, sorpresas... que es lo que les vamos a mostrar a continuación.

II. DESCRIPCION DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA DIURNA EN LA COMUNA DE PEÑALOLEN

El 1º de abril de 1990 la Cooperación Italiana nos entregó una casa, donde funciona la Comunidad Terapéutica Diurna. Queda en el área oriente de Santiago en la comuna de Peñalolén, que tiene 220.000 habitantes y dos consultorios municipalizados. Está catalogada por el Ministerio de Planificación como una comuna de extrema pobreza.

Trabajamos de lunes a viernes de 9:30 a 13:30 hrs. Somos un equipo multidisciplinario constituido por dos terapeutas ocupacionales, un psiquiatra, una psicóloga, una asistente social a tiempo parcial, dos psicólogas en práctica, algunos colaboradores voluntarios que han llegado a formar parte del equipo estable y dos jóvenes de la población. Los roles dentro del equipo son flexibles e intercambiables, excepto en lo más específico de cada uno. La organización tiende a ser horizontal y no jerárquica. Tenemos una reunión de equipo semanal donde revisamos nuestro funcionamiento en todos sus aspectos.

Empezamos trabajando con tres pacientes que estaban con nosotros en el consultorio de San Roque. Muy lentamente empezaron

a llegar más pacientes, principalmente del mismo sector, derivados por nuestras colaboradoras.

Hicimos una labor de detección de los pacientes, en sus casa, venciendo resistencias y desconfianzas, convenciendo a los vecinos y familiares. También visitamos e interactuamos con los consultorios Carol Urzúa, La Faena y el hospital del sector, Hospital Salvador.

Simultáneamente, en conjunto con los pacientes, fuimos arreglando la pieza multiuso de que disponemos quedando ésta muy grata. Cada uno traía cosas bonitas de su casa para decorarla y plantas para el jardín, lo que hace que sintamos que nos pertenece a todos.

Hemos llegado ya casi a nuestra capacidad máxima que es de más o menos 30 pacientes. Ya tenemos 25 que asisten regularmente y unos pocos cuya asistencia no se concreta aún pero están siendo visitados en sus casas.

La distribución de los pacientes de la Comunidad Terapéutica según diagnóstico es la siguiente:

- psicosis esquizofrénica: 60%
- psicosis esquizomorfa: 4%
- psicosis en retardo mental: 12%
- epilepsia: 8%
- neurosis de conversión en crisis: 8%
- depresión situacional con déficit sensorial: 4%
- crisis depresiva: 4%

Algunos datos sobre los 19 pacientes con psicosis

- han estado hospitalizados: 56.8%
- están actualmente con crisis psicótica aguda: 14.2%
- tienen antecedentes de drogadicción: 7.1%
- tienen antecedentes delictuales, de drogadicción, además de estar con crisis psicótica aguda: 7.1%

Nuestro criterio de admisión es muy flexible. En general, la comunidad está destinada a personas que por la gravedad de su alteración mental no pueden trabajar o funcionar normalmente en sus

familias o en la sociedad. Todas son personas cuya autonomía está severamente dañada y tienen algún grado de recuperabilidad.

Los ingresos se hacen por medio de una entrevista realizada por el psiquiatra, la psicóloga y uno de los terapeutas ocupacionales, para elaborar de inmediato el plan terapéutico y de rehabilitación.

El psiquiatra los atiende una vez por semana y cada vez que observamos algún desajuste que pueda aliviarse con fármacos.

Le damos mucha importancia a que los pacientes reciban la medicación adecuada para su enfermedad, la que es proporcionada en el mismo lugar.

Intentamos que los pacientes realicen el más variado espectro de actividades, dándoles así la mayor posibilidad de salirse de sus consultas patológicas y estimulándolos a recuperar y/o descubrir sus partes más sanas.

Le damos mucha importancia a la actividad corporal, gimnasia, yoga, tai-chí y ahora reflexología. Creemos que al trabajar con el cuerpo podemos ayudarlos a mejorar su psiquis, ya que los cambios en la actitud corporal influyen para producir otros cambios y en cómo se vivencian a sí mismos. Además, facilitando la comunicación y vínculos entre ellos, hemos observado que esto también ha provocado cambios en los hábitos (por ejemplo: higiene, vestimenta), mucho más rápido que si nosotros los hubiéramos abordado directamente.

Una vez por semana tenemos la asamblea comunitaria, que es una reunión a la cual asisten todos los que participan en la comunidad terapéutica. Dentro de ésta se deciden y comentan las actividades semanales, se proponen otras, se eligen las comisiones de desayuno, música, aseo, etc. Al comienzo las dirigíamos nosotros, ahora las dirige un paciente y otro paciente es el secretario. Yo diría que esto es el motor de la comunidad, pues aquí se le va otorgando a los pacientes su responsabilidad en la marcha de ésta y por lo tanto en su propio tratamiento. Así vamos estimulando y utilizando al máximo las capacidades y habilidades de cada miembro del grupo.

Cada día comienza con un desayuno compartido en el que siempre hay algo rico preparado ahí mismo o traído por los pacientes, colaboradores o algún miembro del equipo. Esto es organizado por la comisión desayuno.

Las actividades terapéuticas que estamos realizando actualmente, todas solicitadas o sugeridas por los pacientes, son:

- terapia de grupo
- curso de fotografía
- cocina, jardín, huerto orgánico
- pintura en vidrio, en género, macramé
- máscaras, títeres, muñecas
- costura a máquina, tejidos, bordados
- carteras en raffia.

Además están todas las actividades ya más propiamente recreativas, organizadas por los pacientes, con nuestra ayuda: fiestas, celebraciones de cumpleaños, paseos, juegos, ping-pong, pelota, videos, diapositivas.

Consideramos que trabajar con las familias de los pacientes es fundamental y ponemos como condición a su ingreso que al menos un familiar asista a una reunión semanal en la cual intentamos que ellos compartan su experiencia, nos informen sobre el paciente y su medio; también les damos información sobre salud mental. Aquí nos enteramos de la dramática realidad que sufren muchas veces estas familias. Esta ha sido la parte más difícil de nuestro trabajo. Cuesta que asistan, sólo recién están empezando a interactuar entre ellos. Los hombres no quieren asistir porque dicen que hablamos “puras cosas de mujeres”.

Ya estamos en condiciones de dar de alta a dos de nuestros pacientes, están buscando trabajo, entre tanto siguen asistiendo a la comunidad.

Nos es muy difícil dar de alta a los enfermos, porque no existen otras instituciones intermedias como talleres u otras instancias de trabajo protegido, que eviten que estas personas jóvenes, ya recuperadas, caigan otra vez en la inactividad y con ello se agudice nuevamente su patología.

Para terminar, quiero destacar que tal vez lo más terapéutico de nuestro trabajo es el ambiente de entusiasmo y alegría que hay en la comunidad.

III. EL TERRITORIO Y LAS REDES SOCIALES EN LA INTERVENCION TERAPEUTICA Y EDUCATIVA

Los pacientes de la comunidad terapéutica viven en tres sectores territoriales con características comunes en cuanto a bajos ingresos económicos; difieren, sin embargo, en cuanto a organización y participación de la comunidad. Estos sectores son La Faena, donde viven 5 pacientes, Lo Hermida, 6, y Peñalolén Alto, 14 pacientes.

En términos muy generales podemos decir que la población que vive en estos sectores presenta diversas manifestaciones de daño psicosocial: alcoholismo, drogadicción, delincuencia, violencia familiar, relación interpersonal dañada por hacinamiento, marginalidad, etc.

Entre los pobladores encontramos una percepción vaga y prejuiciosa de lo que es salud mental. Los pobladores identifican la enfermedad y lo mental con los nervios y dicen: "Aquí estamos todos enfermos de los nervios, pero hay personas más graves que les dan ataques a los nervios". Las familias que tienen un miembro enfermo mental tienden a negar la enfermedad o explicársela a través de mitos o prejuicios. Hay personas en la población que temen al enfermo, lo ven como persona peligrosa, agresiva, cuidan que sus hijos no se le acerquen.

Nuestra metodología ha priorizado un trabajo en el barrio y con las redes sociales existentes: familia, amigos, vecinos, organizaciones comunitarias, consultorios, iglesias, municipio. En este sentido se han desarrollado actividades como las siguientes:

1. Entrevistas con personas de grupos informales de vecinos: grupos de amigos, líderes vecinales, para informar acerca del programa y detectar personas con problemas mentales (red vecinal).
2. Entrevistas y reuniones con personas de organizaciones comunitarias: juntas de vecinos, grupos de mujeres, ancianos, jóvenes, grupos de iglesia, etc., para motivarlos acerca del programa y en la identificación de personas con problemas mentales (red comunitaria).
3. Entrevistas con instituciones locales: consultorios de salud, escuelas, municipios, para lograr la identificación de personas con problemas mentales y mantener relaciones de coordinación (red institucional).

4. Entrevistas en el domicilio de personas identificadas por los vecinos como personas con problemas mentales, con el objeto de conocer su situación.
5. Visitas domiciliarias a las personas (y a sus familias) que abandonan el tratamiento o que muestran resistencia ante él. La falta de conciencia de enfermedad por parte de la familia, la desconfianza en la medicamentación, la sobreprotección o indiferencia hacia el enfermo mental, han sido los motivos para abandonar o resistir el tratamiento. Hay 6 pacientes en esta situación.
6. Detectar problemas socio-ambientales en la familia y en el barrio y la forma en que influyen en el paciente y su familia: conflictos en el vecindario, problemas de vivienda y de higiene, etc. Detectar la relación de la familia con los vecinos y de éstos con el paciente, para ver si existe o no una red de apoyo que lo acoja en momentos de crisis y en su vida cotidiana.
7. Entrevistas y visitas domiciliarias a las familias de algunos pacientes para apoyar una búsqueda de soluciones a problemas familiares: alcoholismo del padre, conflictos de relaciones interpersonales, etc.
8. Apoyo en la tramitación de atenciones asistenciales y el vestuario de pacientes.

La participación de personas de la comunidad ha sido importante para profundizar el diagnóstico sobre los problemas de salud mental en la población y en la identificación y captación de los pacientes. El 49% de los que asisten a la comunidad terapéutica han sido enviados por pobladores.

Nuestra experiencia nos indica que las acciones de salud son más eficaces cuando se desarrollan en el medio donde viven las personas y cuando se las involucra activamente. Creemos que existen condiciones en la misma población para implementar talleres laborales en los barrios donde viven los pacientes, aprovechando sus propios recursos humanos y materiales. También creemos necesario estimular las redes de autoayuda mediante la capacitación de pobladores que han colaborado voluntariamente con el programa.

IV. CONCLUSIONES

Tenemos claro que nos hemos limitado a presentar una experiencia más cualitativa que cuantitativa y que también es necesario buscar

cómo llegar a atender a todos los enfermos mentales y no sólo a 25. Sin embargo, queríamos ver cómo funcionaba y teníamos poco tiempo, pues este proyecto termina el 15 de octubre de este año. Pensamos que este trabajo es un avance en el diagnóstico de los enfermos mentales y su situación ambiental en la población.

En estos cinco meses, hemos llegado a la conclusión general de que el proyecto funciona; que la comunidad terapéutica diurna es una forma eficiente y económica de abordar a los pacientes mentales en un sector de extrema pobreza en nuestro país. Que habría que complementarla con talleres protegidos, pues creemos que el trabajo remunerado es una poderosa fuerza reintegrativa en la vida de cada ser humano - y ya tenemos pacientes que cumplen con nuestro criterio de alta, excepto el de tener un trabajo fuera de la comunidad. Hemos observado muchos locales desocupados en la población en las mañanas: en las iglesias, policlínicos parroquiales, sedes vecinales y otros, que podrían ser ocupados para hacer comunidades terapéuticas diurnas y talleres protegidos.

También se necesitarían hogares protegidos para completar la red de atención de estos pacientes.

Quisiera recalcar algunos hechos concretos:

1. En el setting ya descrito hemos podido tratar exitosamente crisis psicóticas agudas, sin necesidad de recurrir a la internación del paciente (dos pacientes han tenido que ser hospitalizados por períodos muy breves). En esto ha ayudado el contacto directo con la familia, el controlar muy de cerca la medicación y la gran contención que proveen los demás pacientes y el conjunto de la comunidad (con esto postulamos el traspaso de gran parte de los pacientes psiquiátricos a nivel primario de atención).
2. Los pacientes, al sentir que no sólo tienen un lugar de pertenencia, sino que además son colaboradores necesarios - o sea, al recuperar esas palabras tan negadas para el paciente mental: control, decisión - desarrollan su autonomía en forma inesperada.
3. En el trabajo directo con las familias y la comunidad a que pertenece el paciente, hemos podido ir esclareciendo mitos y funcionamientos que contribuyen a mantenerlo en su patología. Esto nos permite tomar medidas concretas de prevención, intervenciones en el territorio, que favorecen la responsabilización de la familia y el vecindario en lo que está pasando con el paciente.

Así se genera un circuito de retroalimentación entre las familias y la comunidad terapéutica, que ayuda a subsanar el fenómeno de desesperanza aprendida que se da doblemente en nuestros locos y nuestros pobres.

V. HISTORIA CLINICA DE UNA PACIENTE DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DIURNA

Esmeralda es una de las pacientes que asiste a la comunidad terapéutica. Ella ha sido diagnosticada como esquizofrénica crónica. Actualmente tiene 46 años, es soltera y vive en la casa de su hermano.

Nace en Arica y pasa su primera infancia con sus padres y dos hermanos. Ellos se separan y Esmeralda, a los 5 años, queda bajo la tutela de su madre. La niña se desarrolla normalmente, la describen como alegre, juguetona y muy buena alumna en el colegio.

A los 17 años aparecen los primeros síntomas observados de la enfermedad de Esmeralda: comienza a hablar sola, se va distanciando de los demás, aparecen ideas delirantes y debe abandonar el colegio mientras cursa tercer año de educación media.

A partir de ese momento, la familia asume como única alternativa para enfrentar la situación una rotativa de internaciones institucionales psiquiátricas o de albergues con esporádicos y breves retornos a su hogar.

Durante este largo período, que dura 16 años, Esmeralda se va deteriorando cada vez más: pierde hábitos de autocuidado, se torna algo agresiva y presenta una marcada tendencia a la fuga.

Hace trece años atrás (ella tenía 33) su hermano, que no puede seguir pagándole una clínica, la trae a vivir a Peñalolén. Pero no está dispuesto a integrarla a la familia y como teme que huya, es llevada a vivir a una casita alejada, encerrada y donde eventualmente la cuida una persona a la que le pagan por esto. Después de 8 años, Esmeralda ya tiene 41, la “traen a vivir a la casa”. Aquí la encierran en una pieza, sin baño, donde por una ventana le pasan la comida. Sólo entran su hermano y su cuñada para asearla mínimamente; no la dejan ir al resto de la casa, salvo en contadas ocasiones, por temor a que se escape y porque los incomoda con sus comportamientos, a estas alturas de la marginación, realmente inadecuados. Durante trece años Esmeralda no recibe ningún tratamiento medicamentoso para su enfermedad.

En 1990 se estaba realizando en la comuna de Peñalolén una experiencia a cargo de un equipo multidisciplinario de atención primaria con énfasis en salud mental, que proponía desarrollar, estimular y responder a las inquietudes y necesidades de los propios afectados. Integraron el grupo este equipo interdisciplinario y ocho mujeres pobladoras. Como se requería evitar el carácter asistencial típico de los trabajos en población, se invitó al grupo de mujeres a hacer un diagnóstico de la salud mental entre sus vecinos. De esta manera aparece el caso de Esmeralda que impactó mucho, dadas las condiciones de encierro en que se encontraba. El grupo decide trabajar con ella en un intento de resocialización y para esto se organizan reuniones ampliadas al vecindario en que se comparten ideas y experiencias respecto de la salud mental. El objetivo propuesto con Esmeralda no se logra, debido a la reticencia de la familia a dejarla salir del encierro y a la negativa de un grupo de mujeres participantes en un taller de actividades manuales a recibirla en él.

La paciente sigue condenada a la marginación total; pero la experiencia antes señalada es conocida por el equipo de la comunidad terapéutica de modo que comienzan los intentos de traer a Esmeralda a participar en ella. Al principio topamos con la misma fuerte resistencia de la familia para dejarla salir; sencillamente no la mandaban argumentando todo tipo de pretextos. Ocasionalmente su cuñada asistía a las reuniones familiares donde defendía este encierro dado lo funcional que resultaba para ellos: sobre todo, evitaban de esa manera que se escapara y no tenían que “soportar sus arranques”, además que, según ella, Esmeralda no hacía nada bien. Poco a poco logramos que empezaran a enviarla a la comunidad terapéutica, al comienzo con mucha irregularidad. Uno de los problemas en relación a esto, del que nos enteramos por otra vecina, es que no tenía ropa con que venir; le conseguimos y se la mandamos discretamente con esta vecina. Constatamos en ese momento la pérdida de hábitos sociales a la que había llegado la paciente, de tal manera que nuestros objetivos en el trabajo con ella han sido muy básicos: restablecer hábitos de higiene (por ejemplo, nos dimos cuenta de que no tenía ropa interior, así es que le compramos; ahora le estamos enseñando a lavarse con cierta periodicidad). Nos hemos abocado, por otra parte, a su conducta social (vale decir, participar en actividades grupales y cotidianas ateniéndose a las normas de la convivencia), también a desarrollar su capacidad de trabajo y de cooperación. Fuimos notando poco a poco a lo largo de estos meses los avances de Esmeralda y ¡dramática ironía!, proporcio-

nalmente su evolución ha sido más flexible y progresiva que la de sus familiares.

Hoy día Esmeralda llega sola a la comunidad (al principio la acompañaban por temor a que se arrancara, lo que irregularizaba su asistencia). Resultó ser una prolija y delicada bordadora. Participa como todos en las más diversas actividades: terapia ocupacional, yoga, tai-chí, reflexología, comisiones de desayuno y música, paseos y juegos. Sus hábitos de higiene y alimentación han evolucionado lenta, pero progresivamente. Obviamente, desde que está en la comunidad terapéutica ha comenzado a recibir un regular y adecuado tratamiento medicamentoso.

El último informe entregado por su cuñada en una reunión de familiares, señala lo bien y lo cambiada que se encuentra y lo sorprendidos que están en casa por esta “nueva Esmeralda”. Reconocen que para ellos ha sido muy difícil adaptarse a sus cambios (de hecho, todavía la encierran por las tardes y los fines de semana, a pesar de que se han dado cuenta de lo perjudicial que es para ella).

Pero se van generando avances: Esmeralda ayuda ahora a barrer la casa por las mañanas; después de almuerzo se queda un rato con sus sobrinas, que ya no le temen, viendo televisión.

En fin, con Esmeralda hemos logrado progresos en su desempeño en la comunidad terapéutica y poco a poco con su familia. Como ella, otros pacientes están siendo tratados en un intento de rescatar sus partes sanas y su valor como personas y miembros de una comunidad.

CAPACITACION EN SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS AL PERSONAL DE CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA EN UNA COMUNA DEL AREA METROPOLITANA

*MONICA PEÑA, Asistente Social
HECTOR FAUNDEZ, Psiquiatra
Equipo de Salud Mental y
Terapia Familiar, CODEPU*

I. INTRODUCCION

El presente trabajo describe la primera aplicación del Programa de Capacitación en Salud Mental y Derechos Humanos al personal de consultorios de Atención Primaria, programa que se continuará aplicando durante el año 1991. La experiencia que describiremos tuvo el carácter de experiencia piloto, tanto para la Corporación Municipal de La Florida (COMUDEF) como para nuestro equipo.

El área de salud de esta corporación desarrolla sus programas en el modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS), el cual articula a los diversos actores que participan en el proceso de salud - enfermedad de la población de un territorio. De acuerdo con esta concepción de los SILOS, hemos definido este programa como complementario a un programa general de Salud y Salud Mental y complementario también a iniciativas de otras instituciones que laboran en el mismo campo.

En relación a los contenidos, el énfasis está puesto en los procesos psicosociales (o salud psicosocial) más que en las patologías que clásicamente son consideradas el núcleo de los problemas de salud mental, a saber, retardo intelectual, alcoholismo y drogadicción, epilepsias y psicosis. Tiende, por lo tanto, a preparar más al personal para acciones de participación y cooperación entre los agentes de salud y la población, que para acciones asistenciales de "especialistas".

El programa orienta a los capacitandos a articular conceptos básicos e incentivar la discusión sobre salud mental y derechos humanos, queriendo ser, en este sentido, educativo y promocional para el propio personal de salud.

La aplicación del programa se realizó entre agosto y octubre de 1990, al consultorio materno infantil “Los Quillayes”, el cual desde septiembre de 1990, además da atención de urgencia, en una ampliación habilitada especialmente para ello, formando parte de los S.A.P.U.

El consultorio se ubica en un sector de poblaciones nuevas, correspondiente a viviendas sociales para sectores con bajos ingresos; la población asignada es de 72.480 habitantes. La población total de la comuna es de 350.000 habitantes.

II. OBJETIVOS

1. Objetivos Generales

Capacitar al personal de salud para que participe, dirija o implemente acciones en las dos siguientes áreas:

- a) En la reparación o rehabilitación. Esto significa participar en acciones *en y con* la población que permitan diagnosticar y superar las perturbaciones en salud mental que se encuentran en su seno.
- b) En la protección y promoción. En este aspecto, el personal de salud apoyará u orientará a la población a descubrir y articular los recursos que le permitan desarrollar relaciones psicosociales más sanas y hacia la realización de los derechos humanos.

2. Objetivos Específicos

Estos objetivos son tendientes a:

- a) Adquisición de conocimientos concretos en salud mental y derechos humanos.
 - b) Adquisición de algunas habilidades en conducción y monitoría para orientar y resolver problemas de grupos y personas.
3. El logro de cambio de actitudes de los capacitandos frente a cuestiones básicas de salud mental y derechos humanos.

III. TEMAS TRATADOS

A grandes rasgos los temas tratados fueron:

- Articulación de los conceptos de salud mental y derechos humanos.

- Los procesos de marginalización social, la miseria y sus consecuencias en la salud mental.
 - Sobre el conocimiento y la elaboración colectiva de la violencia vivida y sus consecuencias.
 - La superación del miedo y sus secuelas, la reconstrucción de la confianza y la dignidad.
 - Problemas específicos de la juventud.
 - Relaciones interpersonales en el trabajo (en forma de taller).

IV. FUNDAMENTACION

Los cambios que se han estado produciendo en las condiciones sociales y políticas del país, han permitido que la población pueda hablar más abiertamente sobre los problemas de violaciones a los derechos humanos que han vivido; así, durante la campaña para el plebiscito de 1988, algunos medios de comunicación de masas informaron al conjunto de la población sobre violaciones de los derechos humanos ocurridas en Chile en el período de la dictadura militar, información que era hasta ese instante conocida sólo por los grupos más afectados y organizaciones solidarias.

Hasta ese momento (aproximadamente) el desarrollo y elaboración de los daños en salud y salud mental provocados por la violencia dictatorial, estaban marcados por lo que se ha denominado *privatización del dolor*.

Para nuestro grupo de trabajo el desafío fue, en ese momento, el *cómo* articular o conjugar un quehacer reparatorio en salud mental para las personas mayormente afectadas, con un quehacer de promoción de los derechos humanos y la salud mental, en el contexto de un todavía incierto tránsito hacia la redemocratización del país.

El progresivo proceso de develamiento de la verdad señalado más arriba, plantea naturalmente a los equipos como el nuestro y a los sectores sociales mayormente involucrados, las cuestiones básicas acerca de este proceso, ¿cómo hacerlo, dónde hacerlo, con quién, cuándo elaborar esta verdad?

Postulamos que la dirección general de estos procesos tenía que darse en la estructura más natural e histórica de la sociedad chilena,

es decir, en los organismos o instancias sociales naturales y no dividiendo el universo humano - como hasta ahora hemos estado compulsados a hacer - en “víctimas” y “no víctimas”.

Desde la campaña de la elección presidencial de diciembre de 1989, las personas han hecho un proceso de reaprendizaje y aprendizaje del uso adecuado de espacios y normas de la participación democrática. Nos referimos no sólo al aprendizaje de aspectos formales del ejercicio de los derechos civiles y políticos, sino a la restauración o rehabilitación de las personas más oprimidas en el ejercicio personal de la participación democrática a niveles grupales y comunitarios.

El aprendizaje y reaprendizaje a que hacemos referencia significará que las personas mayormente afectadas puedan reconocer sus temores específicos y colectivizarlos. La elaboración de los temores, culpas y resentimientos en el colectivo permite y permitirá reconocer las causas y mecanismos reales (sociopolíticos) del miedo, el que ha paralizado la participación de las personas. Sólo así la población podrá llegar a ser un colectivo participante.

Los daños y traumas se han mantenido por largos años ocultos o semi ocultos, por la propia dinámica de protección (autoprotección y protección mutua), de defensas y cautelas para la sobrevivencia y de mecanismos compensadores. Todos originados y recreados por miedos, culpas, humillaciones, resentimientos y nuevos temores. Estas dinámicas han llegado a constituir nuevos hábitos y reglas de interacción social y de la comunicación personal, especialmente en los grupos de vinculación cara a cara y en las familias.

Además de todo tipo de asistencia reparatoria dirigida a las familias, deberán incentivarse las dinámicas en contextos de relación cara a cara, que creemos son los que mejor se prestan para la superación de los daños psicosociales.

La elaboración colectiva de los testimonios y traumas permite la construcción de una memoria histórica colectiva y la incorporación de la verdad a los grupos sociales, fundamento de toda y cualquier propuesta de justicia en una sociedad democrática. Todos estos elementos son, a su vez, el basamento de una sana elaboración histórico-social de los horrores vividos en estos años y deben ser parte de una política de salud mental y social que prevenga el desarrollo de perversos mecanismos masivos de ocultamiento, fingimiento y culpas históricas.

Para que la población se capacite en la reparación posible y en la prevención de procesos conflictivos, necesita *autodiagnosticar, comprender, explicar y aprender a manejar y superar los problemas psicosociales surgidos del período dictatorial*.

El diagnóstico y la comprensión no son posibles si no hay conocimiento de las dimensiones y naturaleza de los daños; es decir, si no hay conocimiento de la verdad. Esto significa caracterizar los mecanismos de los traumas, que en esencia son todas violaciones a los derechos humanos. Los grupos necesitan una explicación coherente entre el daño directamente vivido (como dolor e injusticia) y las vías de reparación y profilaxis que tendrán que ser impulsadas y construidas. El fundamento de estas vías y los objetivos por alcanzar están en los valores de los derechos humanos. De ahí que el trabajo reparatorio y profiláctico sea inseparable de la formación y educación en derechos humanos.

Por parte de la población, tanto la que se autodesigna como dañada o victimada, como la que no se identifica como tal, existe la expectativa de que sus necesidades asistenciales sean satisfechas por las instancias formales del sector salud.

Distinguimos en este ámbito dos dificultades: por un lado, la comprensible desconfianza que las personas más dañadas sienten ante cualquier instancia estatal y, por otro, la conciencia que tienen los funcionarios de salud de no estar capacitados para recoger y absorber las consecuencias de los daños aludidos.

Creemos que como institución debemos colaborar para la superación de ambas dificultades. Aun cuando en términos asistenciales nuestra práctica de trabajo podría asimilarse a los niveles terciario y cuaternario de las estructuras formales de salud, hemos elegido el nivel primario en salud como el espacio de realización de nuestra propuesta. Es este nivel primario el que ofrece la mayor riqueza de recursos (humanos, de la propia gente), y de complejidad en una visión de salud integral y que pone como prioritarias las cuestiones preventivas y de participación. Esto es, el de la confianza en que la colaboración entre comunidad y técnicos hace posible que la sociedad pueda hacerse cargo de sus daños y prevenirlos.

Por otra parte, las propias demandas de salud del personal de salud no han sido cubiertas. El stress laboral de trabajar por rendimiento, sin recursos, sin perfeccionamiento y con bajos ingresos económi-

cos, nos llevó a pensar que el fomento de la propia salud mental del personal de los consultorios requería una atención particular.

Tomando en cuenta estas variables, se diseñó el programa en convenio con la COMUDEF, en el cual a través del trabajo grupal se abrió un espacio de acogida y de expresión a su propia demanda y necesidad de salud mental, aun sin tener un objetivo terapéutico específico.

V. BREVE RELATO DE LA APLICACION DEL PROGRAMA

El programa fue llevado a cabo en horas de trabajo, para lo cual la dirección del consultorio dividió al personal en dos grupos, de manera tal de seguir funcionando para la comunidad y cumplir con los rendimientos asignados en la atención de pacientes.

El programa consistía en 6 módulos temáticos, ya enunciados, y una sesión de evaluación. Los temas fueron tratados generando una conceptualización común; a partir de la experiencia personal se aunaban los contenidos para darles una expresión colectiva, buscando también la relación entre los procesos vividos individualmente y los procesos sociales. Aunque conscientemente tratamos de no provocar conmoción en los participantes, los módulos que contenían temas y conceptos asociados a la violación de los derechos humanos, produjeron un mayor impacto emocional en todos los ahí participantes, incluidos nosotros, lo que llevó a que en una sesión se retirara uno de los participantes y otros pidieran no asistir.

Respecto a la metodología, se hizo énfasis en la participación, utilizando técnicas y herramientas de la educación popular, fundamentalmente incentivando a través de preguntas, para lo cual a cada participante se le entregó una guía para cada sesión con las preguntas claves que orientaban la discusión.

Se utilizó siempre como punto de partida el conocimiento del grupo, su experiencia. En base a ésta se ordenaba una breve exposición del tema, para retomar la discusión con nuevos aportes y preguntas. Se articulaban finalmente los conceptos centrales tomando en cuenta todos los elementos expuestos, dejando anotada en un papelógrafo parte de la discusión.

VI. EVALUACION DE LA EXPERIENCIA

Nuestra percepción de las actitudes iniciales de los participantes es que el personal del consultorio aceptaba asistir a un curso programado desde la COMUDEF; esta participación no estaba basada en la confianza. Otra percepción es la extrema cautela con la que fue tomado el tema de derechos humanos por los funcionarios.

La evaluación posterior, hecha por ellos mismos, puso de manifiesto que los contenidos entregados fueron comprendidos y acogidos en su temática y metodología, planteando que hay temas que podrían profundizarse.

En relación a las expectativas generadas, manifestaron que la información acerca de qué y para qué se realizaban los talleres era difusa, se imaginaban técnicas de relajación, enseñanza de cómo asistir a pacientes, nociones sobre el stress, etc. Esta ambigüedad se fue aclarando con el transcurso del programa.

En cuanto a la participación, creemos que se logró una alta participación de los asistentes, venciendo las barreras de la vergüenza, de la utilización profesionalizada de la palabra y del miedo. En esto se conjugaron las técnicas, los temas y la voluntad de asistir. Creemos necesario hacer una distinción entre participación y asistencia. Si bien la asistencia bajó de la primera sesión a la última (por diversas causas, tales como asignación de tareas, actividades paralelas y decisión de no asistir), la participación fue creciente.

Creemos necesario destacar el impulso que inició la COMUDEF durante 1990, tendiente a desarrollar un sistema local de salud, en el cual la participación de todos los funcionarios de salud y la comunidad tiene un rol preponderante. La preocupación por tener un personal capacitado para las actividades con la comunidad, generó este espacio en horas de trabajo para la aplicación del programa.

Esta primera experiencia, nos muestra como posible y positiva la difusión de la doctrina de los derechos humanos en un espacio formal y natural de la estructura social; en este caso el llamado nivel primario de salud. Muestra que es factible y productivo ligar en una práctica los asuntos de la reparación con los de la promoción; los fenómenos de la victimación y daño por violación a los derechos humanos, con los daños en salud y salud mental. El realce de los aspectos éticos, morales y de justicia social de la doctrina de los derechos humanos brinda un marco

accesible y homogéneo a todos los sujetos, en vías de promover la salud mental para toda la población.

Creemos que con esta experiencia, aún tan pequeña e insuficiente, estamos colaborando a dar respuesta a las cuestiones básicas que nos planteamos al señalar el desafío en el presente período de nuestra sociedad: cómo enfrentar la superación de los daños y promover la salud mental y los derechos humanos en una sociedad herida que intenta realizar un proyecto democrático.

EL PROBLEMA DE LA ADAPTACION DEL ESTUDIANTE RETORNADO. ENFOQUE PROYECTIVO DE DOS INSTITUCIONES TALQUINAS: CIT Y PIDEE

*HUGO ZAMBRA, Profesor
PIDEE
GASTON OJEDA, Profesor
CIT
TALCA*

I. INTRODUCCION

Demás está decir lo que hemos vivido en estos últimos años en nuestro Chile. Lo importante es: ¡Lo que hemos vivido!...¡Cómo hemos vivido!...¡Cuánto hemos crecido...sufrido...compartido!

En nuestra región y en nuestro país son muchas las personas, son muchas las instituciones que asumieron positivamente el compromiso con el hombre, con el hermano, con el compañero que fue afectado por la infracción de los derechos humanos, especialmente en el lapso de vida dictatorial de nuestro país.

Es así como en función de los niños, adolescentes y jóvenes afectados por la acción represiva y desde la exclusiva perspectiva educativa, en la ciudad de Talca sobresale la acción de dos instituciones que atendieron comprometida y vocacionalmente a esos niños sufrientes directos de la represión. Estas instituciones son: Colegio Integrado de Talca San Pío X y la Fundación de Protección de la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia, cuyas siglas son CIT y PIDEE, respectivamente.

CIT es una unidad educativa y, felizmente, por ser comprometidamente cristiana, es experimental, lo que le conlleva a buscar la perfectibilidad como forma de ser; lo que se hermana con la creatividad.

PIDEE es una ONG que asume el compromiso de trabajar en beneficio de la infancia que ha sido afectada por la represión, a la que atiende, básicamente, en los aspectos de salud mental, salud física, apoyo pedagógico, psicopedagogía y talleres recreativos.

Podemos afirmar que en conjunto estas instituciones, en su quehacer, tienden a ser congruentes con fines centrados en: un concepto teocéntrico (el CIT); un concepto sociocéntrico (CIT y PIDEE) y un concepto antropocéntrico (CIT y PIDEE); en ambas organizaciones es altamente acentuado el paidocentrismo y es por esto que se acude a este Seminario de Salud Mental y Derechos Humanos, con el objeto de mostrar la acción ejercida sobre un subconjunto de niños que han vivido y que hoy viven o que sufren los efectos de las violaciones antes mencionadas y que son vastamente conocidas por los presentes. Se trata de un grupo de 55 niños producto consecuente de la represión, nuestros niños chilenos del retorno.

Trataremos de mostrar una fase que tanto el CIT como PIDEE han asumido en torno a lo que hemos denominado “El problema de la adaptación del estudiante retornado. Enfoque proyectivo de dos instituciones talquinas: CIT y PIDEE”.

II. DEFINICIONES CONCEPTUALES

1. Adaptación

Asumiremos la definición del concepto en función de la proposición de Fritz Redd, quien especifica que es, según la psicología, un término que suele utilizarse en función de tres acepciones:

a) Aceptación, por parte del individuo, de las realidades y limitaciones físicas, económicas, vitales, etc., sin sentirse desgraciado o anulado por sus repercusiones.

b) Deseo del individuo de encajar en las aspiraciones, gustos y funciones del grupo con el que convive o trabaja y aceptación de los ideales y normas de conducta impuestas por el grupo más importante, con la disposición a someter las propias inclinaciones y comodidades a las del grupo.

c) Obtención del equilibrio entre los diversos deseos, necesidades y aspiraciones del mismo individuo.

2. Areas de una adaptación del niño y del adolescente.

El hombre es un ser comunitario abierto al mundo y necesita del mundo para devenir persona. La adaptación humana dura tanto como la vida del hombre. Sin embargo, la psicología ha demostrado la

importancia de los primeros años en el futuro desarrollo. Infancia y adolescencia son períodos críticos en la formación de la personalidad.

El niño y el adolescente deben adaptarse, en primer lugar, a su familia, luego a la sociedad escolar, al ambiente social y a su propia realidad personal.

3. La adaptación escolar

Desde el punto de vista psicopedagógico se definirá la adaptación escolar como el grado de armonía existente entre las motivaciones y aptitudes fundamentales del alumno y la conducta visible que manifiesta ante las exigencias escolares.

Centraremos ahora nuestra atención en la adaptación que debe realizar el niño y el adolescente en su sociedad escolar y que también debe realizar, con dificultades mayores, el hijo de retornado.

El Dr. Iván Navarro define operacionalmente el sistema escolar como “una institución donde estudiantes de una edad específica asisten regular y sucesivamente durante cierto número de días a una enseñanza transmitida en clases centradas en un maestro para aprender un currículum graduado del cual es necesario traspasar las diferentes etapas para adquirir derechos y poderes diversos”.

Los objetivos escolares pueden resumirse en dos:

- a) La preparación intelectual de los alumnos.
- b) La iniciación y el aprendizaje de la convivencia social.

En torno a estos dos objetivos gira toda su estructura y realiza exigencias formales para la educación de sus alumnos. Entre las importantes debemos señalar:

- La disciplina
- Objetivos y programa
- Métodos y técnicas de aprendizaje
- Evaluaciones
- Promociones

Al ingresar al centro escolar, nuestro alumno se pone en contacto con esta serie de elementos personales, materiales y socioculturales, los que trata de asimilar y comprender. Esta necesidad tiene carácter perentorio.

La realidad escolar le insta a adaptarse: a los compañeros, a los profesores, a la metodología del centro, al régimen de la comunidad escolar.

III. POBLACION DE NIÑOS RETORNADOS ATENDIDOS EN TALCA

distribución según institución

Exclusivos CIT		CIT-PIDEE		PIDEE	
1979	4 Noruega	1985	1 Inglaterra	1988	2 Rumania
	1 Suecia	1986	1 RDA		
1981	2 Venezuela		1 Suecia	1989	4 Argentina
1983	3 Ecuador	1987	5 Canadá		2 Panamá
1986	2 Suecia	1988	2 Argentina	1990	1 Inglaterra
1989	1 Venezuela		2 México		2 Cuba
1990	1 Venezuela		6 España		5 México
	2 Inglaterra		1 Francia		
		1989	4 RFA		
	16		23		16 Total: 55
	29,1%		41,8%		29,1% 100%
Total CIT: 39 = 70,9%					
Total PIDEE: 39 = 70,9%					

ORDENAMIENTO EN FUNCION DE PAISES DE RETORNO

Mayor desarrollo		Socialistas	Menor desarrollo		
Noruega	4	Rumania	2	Venezuela	4
Suecia	4	Cuba	2	Ecuador	3
Inglaterra	4	RDA	1	México	7
RFA	4			Argentina	6
Canadá	5			Panamá	2
España	6				
Francia	1				
	28	5		22	
	50,9%	9,1%		40%	

DISTRIBUCION SEGUN IDIOMA

Extranjero	Español
25	30
45,5%	54,5%

IV. EL LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

Caracterización

1. PIDEE: es una ONG de defensa y protección de los derechos del niño que acciona desarrollando una labor asistencial con los menores víctimas de la represión, fundamentalmente.

Desde el Area de Apoyo Pedagógico, ha asistido y pretende continuar perfeccionando la atención a los niños retornados con acciones de acogida del retornado, asistencia preventiva y asistencia terapéutica.

La asistencialidad educativa se ha concretizado, fundamentalmente, con una atención complementaria en base a las necesidades, a los intereses y los problemas de tipo educacional que los niños retornados han solicitado al área.

Se les ha satisfecho sus requerimientos, incrementándolos con actitudes y/o actividades de tipo formador en función de un enfoque integral, liberador, realizador de la persona, manteniendo siempre la función de complementación a los requerimientos generados en los establecimientos educacionales a los cuales asisten y/o al déficit generado por la condición de retorno. La acción ha sido, básicamente, supletoria.

En la mayoría de los casos ha sido necesario un trabajo convenido y coordinado con los educadores de los colegios a los que pertenecen.

Interiormente, muchas veces ha sido necesaria la derivación a otras áreas de PIDEE, para una mejor acción de terapia.

2. El programa de recuperación educativa se desarrolla en el Colegio Integrado de Talca San Pío X, establecimiento coeducacional particular subvencionado, dependiente de una Corporación Educacional ligada al Obispado de Talca. Atiende los niveles de educación básica y educación media científico-humanística, y su alumnado, en general, pertenece al estrato socio-económico medio-bajo de la ciudad de Talca y sus alrededores.

En su proyecto educativo, el colegio busca desarrollar un alumno creyente, dueño de sí mismo, abierto a los demás y al mundo. Ello se realiza a través de los principios pedagógicos de: aprender a ser, aprender haciendo, aprender en comunidad y aprender en forma permanente.

Para esto se basa en los principios metodológicos de: personalización, individualización, socialización, actividades de integralidad de la formación, receptividad.

Siendo congruente con las directrices pastorales de la Iglesia Católica, el colegio se abre para acoger a todos aquellos estudiantes cuyas familias de alguna manera eran víctimas, primero, del régimen dictatorial y posteriormente a los que viviendo el exilio comenzaban su retorno.

V. EL PROGRAMA DE RECUPERACION EDUCATIVA

Para ayudar al niño y al adolescente a una buena adaptación y cuando el criterio de actuación pedagógica correspondiente es sobrep-

sado por las condiciones intrínsecas, se ideó un programa de ayuda que en un principio se denominó *régimen especial de seguimiento* y que en la actualidad se denomina *recuperación educativa*. Fundamentan esta actuación pedagógica los principios metodológicos del colegio y el principio de *relación de ayuda* de Carl Rogers, que fundamenta la facilitación del crecimiento personal. Así, afirmamos en congruencia que:

1. El otro puede cambiar.
2. El cambio es posible en él.
3. Yo, como profesor, en alguna medida puedo actualizar esa capacidad de cambio y, si puedo crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración y, de esta manera, se producirá el cambio y el desarrollo personal.

El Programa de Recuperación Educativa es una intención educativa, sistemática y formal que el Colegio Integrado de Talca ofrece a sus alumnos. El programa se propone:

1. Lograr una adecuada adaptación del alumno al sistema escolar del colegio.
2. Lograr que el alumno supere dificultades de aprendizaje.
3. Corregir actitudes y hábitos no deseables.
4. Lograr que el alumno se comprometa consigo mismo en la resolución de sus problemas de adaptación escolar.
5. Lograr mejorar la autoestima del alumno en recuperación a través de intervenciones de aprendizaje escolar.

De acuerdo a las posibilidades y características del establecimiento y a las medidas de excepción reglamentaria, el colegio ofrece las siguientes modalidades de recuperación:

1. Compromiso de actuación personal
2. Tutoría académica con:
 - autoreforzamiento
 - profesor
 - comité de estudio
3. Evaluación diferenciada:
 - normativa

- instrumental
 - individualizada
4. Exención de asignatura
 5. Exención de evaluación
 6. Consejería espiritual
 7. Consejería en orientación
 8. Educación diferencial

VI. ALUMNOS RETORNADOS Y PROGRAMA DE RECUPERACION

Los alumnos de familias retornadas que estudian en el Colegio Integrado de Talca y que presentan problemas de adaptación escolar, son incorporados al programa de recuperación educativa como medida preventiva en las modalidades que sean necesarias.

Así, se han incorporado al programa en las modalidades de tutoría académica con profesor; evaluación diferenciada; exención de asignatura; educación diferencial y consejería en orientación, logrando las metas establecidas. Entre las modalidades más requeridas históricamente figuran la evaluación diferenciada individualizada (especialmente en castellano y objetivos de ortografía) y las tutorías académicas en castellano y matemáticas.

VII. CONCLUSIONES

1. Propias del CIT.

Se puede concluir que frente al problema de la adaptación escolar del estudiante retornado, el Colegio Integrado:

a. Ha logrado satisfacer, en la medida de sus posibilidades, la necesidad de seguridad en el centro escolar. Los estudiantes se han sentido respetados, valorados y aceptados como son y no como mera concesión por ser hijos de retornados. Por otro lado, se han sentido personalizados, especialmente aquellos que han participado en el programa y se les ha respetado al poner los medios idóneos para que avancen en su propio camino.

b. Ha logrado satisfacer la necesidad de acción-comunicación al promover distintas experiencias de participación en la comunidad.

c. Los niños y adolescentes retornados que estudian en el colegio no presentan sintomatología de inadaptación escolar.

d. El programa de recuperación educativa ha colaborado con los alumnos retornados, mostrándose eficaz al superar los problemas presentados.

e. El colegio ha otorgado facilidades a las familias de retornados para que sus hijos queden seleccionados y puedan proseguir estudios de enseñanza básica o media.

2. Propias del PIDEE.

a. De los 39 niños atendidos, se ha logrado un notorio mejoramiento en su rendimiento, que podría ponderarse en un 90%.

b. En el 10% que mostró bajo rendimiento, éste siempre estuvo correlacionado con la dificultad de adaptación, y ésta con la dificultad relacional de los adultos.

c. Casi la totalidad de los niños retornados, una vez que han resuelto su requerimiento al área, dejan de asistir y se insertan en el medio escolar positivamente.

d. Se ha notado, en aquellos que proceden de países con idioma extranjero, que, al cabo del segundo o tercer año de retorno o en los cursos que son síntesis de ciclo, (4º y 8º años básicos, por ejemplo), generan una disminución en el rendimiento, encontrándose como causal notoria la falta de sinónimos. Esta cuestión ha obligado a asumirla preventivamente en la acción de apoyo pedagógico.

3. Conclusión conjunta.

a. Se ve como una cuestión necesaria que CIT - PIDEE asuman la atención futura con una mayor coordinación, con el objeto de socializar y coordinar las acciones siguientes en pro de los retornados, población que sabemos irá en aumento en el futuro próximo.

b. De acuerdo a la experiencia recogida, es necesario acoger a los estudiantes retornados con la mayor normalidad posible en el sistema escolar.

c. Los logros obtenidos en conjunto permiten apreciar un éxito significativo en la buena adaptación del estudiante retornado en las

áreas de Disciplina, Objetivos y Programas, Métodos y Técnicas de Aprendizaje, Evaluaciones y Promociones.

d. Las metodologías educativas empleadas en el trabajo con los estudiantes retornados han mostrado ser las adecuadas hasta el momento.

DESCRIPCION DE UNA EXPERIENCIA DOCENTE EN SALUD MENTAL

SYLVIA RAFFO
PATRICIA HAMEL
ELIANA MORALES

*Docentes del Departamento de Psiquiatría
de la Facultad de Medicina
Universidad de Chile, Campus Sur.*

I. INTRODUCCION

Entendemos el ejercicio docente en Salud Mental como un sistema en el que interactúan docentes, alumnos, servicios, comunidad y la realidad nacional en una permanente retroalimentación, que va diseñando, definiendo relaciones, evaluando y rediseñando estrategias y objetivos.

Este proyecto docente se frustró con el quiebre de la institucionalidad. La ruptura del sistema democrático, no sólo significó la interrupción de un proyecto socio-político, sino también un profundo quiebre existencial para la sociedad en su conjunto; ésta se hizo *patógena* al romperse las formas históricas que teníamos en nuestra convivencia social. El régimen militar rompió abruptamente las normas y reglas de interacción social, desarticuló y reprimió toda forma de participación. Esta experiencia rompió la identidad individual y colectiva. Hasta entonces, nuestra identidad histórica se constituía en una estrecha relación entre lo social y lo individual, ya que una de las características de nuestro ser *ciudadano* era la participación, es decir, el sentirse un elemento activo del colectivo y, por lo tanto, con el deber y el derecho para participar en el destino de la nación, de diversas formas y en diversos focos donde leer la realidad y ejercitar el compromiso con lo social y político.

Lo que pasa en el sistema del colectivo del país, pasa en un segmento de él: la universidad se repliega y los proyectos de extensión a la comunidad se suspenden. El mensaje subliminal estaba dirigido a “no lo hagas” y “peligro inminente”.

En nuestras discusiones de grupo, teníamos conciencia de la contradicción al intentar un programa docente de Salud Mental en un

contexto que atentaba precisa y permanentemente contra las satisfacciones de las necesidades más básicas del bienestar de los seres humanos. Nos preguntábamos acerca de la legitimidad de intentarlo, si no éramos funcionales al sistema represor al actuar *como si*. O, si nuestra acción se perdía como una gota en el océano. Entendíamos que todo sistema represivo, por las leyes naturales de los sistemas, permite espacios de alivio de las tensiones internas, para evitar el peligro de que se intensifiquen de tal forma las contradicciones que hagan explotar el sistema (revolución social) cayendo en el signo opuesto.

En el sentido de todo lo anterior es que tomamos conciencia que ocupábamos ese espacio con el objetivo de mantener vivo el ejercicio académico precisamente en aquel campo donde se mostraban en forma más evidente las fallas del sistema imperante y, por otra parte, de mantener el espacio, aunque periférico, de esta unidad docente en el todo del programa de especialización psiquiátrica. Nuestro trabajo pretende describir el *esfuerzo* de mantener un modelo docente en situaciones sociopolíticas adversas.

II. DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Si focalizamos la docencia en Salud Mental como un sistema, nos encontramos con que está interrelacionada con realidades inmediatas, insertas en un contexto macrosocial. Dentro de éste nos parece relevante señalar: el momento histórico, la estructura sociopolítica, el sistema de salud, el sistema laboral y los de educación, justicia, economía y vivienda.

En los últimos 15 años, la docencia de Salud Mental de postgrado ha tenido numerosos cambios:

- De septiembre de 1973 hasta fines de 1975 no hubo docencia ni becados.
- Desde fines de 1975 y durante 1976 la actividad fue sólo teórica, con la participación de 5 docentes.
- Entre 1977 y 1982 hubo actividad clínica a nivel primario en consultorios del Area Sur y contactos parciales con la comunidad. Baja el número de docentes de 5 a 3.
- De 1982 a 1984 se desarrolló actividad fundamentalmente teórica, disminuyendo de 2 a 1 docente.

- De 1985 en adelante hubo actividad teórica y práctica en consultorios urbanos y rurales, con 3 docentes a cargo.

Desde 1986 el Programa Docente se orientó al logro de los siguientes objetivos:

1. Identificar, interpretar y describir situaciones-problemas a nivel del sistema individual, familiar y comunitario.
2. Realizar diagnóstico de la problemática de Salud Mental en el área geográfica.
3. Realizar diagnóstico de familias de la comunidad general.
4. Evaluar un Programa de Salud Mental en el nivel primario, en conjunto con el equipo de salud de los consultorios del Sistema de Salud Metropolitano Sur.
5. Asesorar al equipo de salud en el diagnóstico, tratamiento y derivación de pacientes complejos.
6. Diseñar un Programa de Salud Mental factible de concretar, basado en la experiencia realizada.

El logro de estos objetivos se fue consolidando por etapas y ganando espacios al interior del sistema y es así que a partir de 1989, los médicos becados pudieron contactarse en forma más abierta con los organismos de base. Simultáneamente, la Universidad logra establecer contactos más flexibles con las organizaciones de iglesia y ONG.

Al interior de la Universidad el proceso de movilización de todos los estamentos se había fortalecido, ampliándose y reforzándose la resistencia a los rectores delegados. Sin embargo, el espacio de los docentes para su trabajo en este programa permaneció limitado por la multiplicidad de funciones que cumplir debido a la restricción presupuestaria y la disminución de cargos, derivados del así llamado "Plan de Desarrollo de la Universidad de Chile", que en la práctica sólo fue un proceso de jibarización.

A continuación describiremos las realidades interactuantes en el sistema docente descrito.

1. *La realidad de los becados:* Si nos centramos en el sistema de los becados, vemos que su calificación de ingreso va a influir necesariamente en su rol académico; no es lo mismo un becado con beca financiada que uno que tiene una beca autofinanciada; ambos deben

responder económicamente a las necesidades de su momento vital con distintos grados de stress: el autofinanciado debe responder como alumno y como trabajador y tendrá obviamente una menor disponibilidad para cumplir las exigencias de la formación.

En el período 1985 - 1988 el porcentaje de beca financiada fue de 39.13% y la autofinanciada alcanzó a un 60.87%. En el año 1989 el total de los becados de tercer año fueron autofinanciados. La situación de nuestros becados está descrita en la investigación realizada en 1988 por Gattini y otros, en la que estudian "Características socioeconómicas de los becados y la percepción de la docencia recibida".

Por otra parte, desde el punto de vista del conjunto de la formación, cada una de las estadías cursadas en forma paralela a Salud Mental exige una dedicación cercana al 100%, situación que ha sido un elemento perturbador en el desarrollo de la experiencia.

2. La realidad de los consultorios: Al respecto, consideramos de alta significación el testimonio de profesionales que trabajan desde hace más de 10 años en el Servicio Metropolitano Sur. Ellos plantean lo siguiente:

- Hasta 1979 la interacción con la comunidad era más flexible y abierta que en la actualidad, probablemente como remanente del sistema anterior.
- En 1979 se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), lo que produce grandes cambios tanto en relación a las prioridades como a los programas. En éstos, se pone énfasis en el cumplimiento de las metas, con sacrificio muchas veces de la calidad por la cantidad. Surge un criterio economicista en la programación de la salud y se implanta el sistema de Facturación por Atención Prestada (F.A.P.), como un mecanismo de autofinanciamiento de los Servicios de Salud. Los equipos empiezan a trabajar cada vez más para los programas oficiales y las estadísticas, dejando de lado las actividades no reconocidas en las evaluaciones periódicas de las jefaturas. Si nos acercamos al ambiente psicosocial emergente en este sistema, vemos surgir las amenazas de despido, los traslados inesperados, los cambios no compartidos y la necesidad de justificar el tiempo en base a informes. Es así como el trabajo con la comunidad se hace cada vez más ocasional. Hay un repliegue del personal hacia el interior de los consultorios y lo que resta del proyecto comunitario se traduce sólo en charlas educativas en éstos. Este fenómeno está teñido por una

reglamentación ambigua “Hay que educar, pero hay que pedir autorización especial para trabajar con grupos comunitarios”. Ejemplo: para CEMA CHILE hay que hacerlo con autorización de la Sra. Pinochet. Para los otros grupos hay que contar con el permiso de las autoridades del Área de Salud y a partir de 1988, se requiere además un permiso especial de las municipalidades.

En relación a los consultorios y a los equipos de salud que trabajan en ellos, los informes de los becados señalan:

a) La atención se realiza según normas y programas del Ministerio de Salud.

b) Se aprecia en las estadísticas un gran número de consultas por síntomas asociados a problemas psicológicos (cefaleas, lumbagos) los que, a pesar de su alta frecuencia, son derivados en pequeño porcentaje a la especialidad, debido, por una parte, a déficit de recursos en el nivel secundario de atención y, por otra, a problemas económicos de los pacientes para financiar el traslado.

c) Los cambios en el Sistema de Salud a partir de 1979 originan disminución y movilidad de profesionales, lo que afecta a la conformación de equipos de trabajo estables.

d) El proceso de municipalización influye de manera significativa, creando un clima de tensión e incertidumbre en relación a la estabilidad laboral, condiciones de trabajo y actividades a programar. Esto afecta el funcionamiento y las relaciones entre el personal del equipo. Un becado dice: “La experiencia con el equipo de salud fue participar de su inconciencia, su miedo, impotencia, frustración e indiferencia. Se ve su funcionamiento mecánico y su desgaste producido por el deber de cumplir con lo estadístico y no con la entrega a la comunidad, sin espacio, ni tiempo, ni permiso para detectar las necesidades de ésta”.

e) Se observan trastornos emocionales en el personal, que originan demandas de atención profesional a varios becados; esta situación se asocia a sensación de despido inminente, frustración. La magnitud de los problemas observados en la salud mental de los funcionarios determinó que las actuales autoridades del Servicio Metropolitano Sur realizaran una investigación diagnóstica cuyos resultados están en procesamiento.

f) El único programa de salud mental existente en el 90% de los consultorios es el de alcoholismo, vigente desde 1983 en 20 consulto-

rios urbanos y rurales. La evaluación de éste es un reflejo de la realidad total del sistema. Muestra: déficit de recursos humanos, no respeto de horas asignadas, traslado de personal capacitado, etc.; bajo número de pacientes en control y alto número de abandonos, sin un sistema de seguimiento y rescate; no hay actividades de prevención primaria; altamente impersonal ya que no considera las potencialidades ni recursos de la comunidad, teniendo acceso a un número muy reducido de bebedores problemas.

3. *La comunidad*: La población del Area Sur proviene de la antigua migración campo-ciudad, del empobrecimiento de trabajadores tanto del sector público como del derivado de las quiebras industriales. A esto se agrega que en los últimos años la zona sur es destino final del proceso de erradicación desde las comunas ricas (constituyendo los ghettos sociales).

Desde el punto de vista de los Servicios de Salud cuenta con consultorios municipalizados, que atienden un promedio de 50 a 100 mil habitantes por policlínico.

Los problemas que enfrentan las comunas del área sur son: cesantía, desnutrición, delincuencia, alcoholismo, drogadicción, prostitución, embarazo precoz y violencia familiar.

Al recorrer las calles se vivencia una realidad distinta, respecto a espacio y tiempo, a la del resto de la ciudad (contrastan con el tráfao de las calles del centro y el movimiento comercial de los barrios altos, los grupos de adolescentes y adultos jóvenes de las esquinas y pasajes de la población que dejan transcurrir un tiempo vacío). Muy probablemente estos jóvenes no tienen espacio donde permanecer en sus hogares, por hacinamiento familiar, ya que las parejas jóvenes se ven obligadas a continuar viviendo en los patios del hogar paterno. Según los cálculos, un tercio del total de los pobladores son allegados. Las causas actuales de este problema son el déficit de vivienda y el desempleo, que alcanza en los últimos años a un quinto de la fuerza de trabajo.

En lo global, la población entrega una recepción variable al afuerino (becados); con gran frecuencia se aprecia suspicacia, desconfianza y en una menor proporción actitud francamente defensiva. Podemos referirla al proceso de deterioro de la participación comunitaria derivada de las medidas del régimen autoritario; pese a este ambiente percibido, se conocen iniciativas de autoayuda surgidas desde la comunidad, como las ollas comunes, programa "comprando

juntos”, comedores infantiles, auspiciados por organismos de Iglesia y otros no gubernamentales. Las poblaciones con mayor grado de conciencia en relación al origen de sus problemas y con trayectoria de organización comunitaria son las primeras en vencer el miedo a la represión (La Victoria).

La realidad del Area Metropolitana Sur corresponde a la descripción de los sectores marginales de ella, elaborada por cientistas sociales (Tironi: Los Silencios de la Revolución), la Vicaría de la Solidaridad y otras organizaciones.

Los cambios iniciados a partir de septiembre de 1973 significaron en sus comienzos un desgarramiento cruento y profundo de la sociedad chilena y hoy siguen significando el dolor y la frustración de todos aquellos a quienes no han llegado “sus beneficios”. La adaptación a la nueva organización social ha sido fácil y completa para el empresariado y la alta clase media. Una mayoría de la población, sin embargo, ha quedado al margen de lo logrado por las “modernizaciones”.

El régimen militar no se limitó a restablecer “la institucionalidad quebrada”, como lo señaló la Junta en sus primeras declaraciones. En poco tiempo, la violencia de su instauración fue complementada por la radicalidad del proyecto económico de los economistas de la escuela de Chicago. Para los grupos de ingresos medios-altos y altos se privatiza tanto la producción como el acceso a las prestaciones sociales, de tal modo que pueden elegir libremente en el mercado la institución previsional, el sistema de educación y de salud que deseen, donde serán atendidos de acuerdo a su capacidad de pago (ejemplo Isapres). Junto al “Chile que emerge” se va acumulando dolor, miedo y “frustración silenciosa de millones de chilenos”, que ya no tienen acceso a los servicios.

En la Región Metropolitana se crean dos ciudades, una de las cuales corresponde a los habitantes del Santiago que viven pobremente en el cinturón marginal, denominados “pobladores” que suman alrededor de 2.3 millones de personas, lo que equivale a la mitad de la población total de la región.

Estudios realizados a escala nacional muestran que el número de hogares de extrema pobreza subió de 17% en 1970 a un 45% - 48.6% en 1985 (Ilades). Sin embargo, según los cálculos oficiales del gobierno militar, la pobreza habría bajado del 22 al 14% entre 1970 y 1982. La contradicción se explica por la forma de determinar condición de

pobreza; por ejemplo, los programas PEM y PER consideran activos a trabajadores que perciben \$5.000 al mes (de 1986). Otro ejemplo lo da el estudio realizado por el PET que señala que un 85% de los pobladores poseen un aparato de televisión y sin embargo dos tercios carecen de empleo.

La reinstalación de familias en campamentos en la periferia de la ciudad afectó a 28.703 familias, aproximadamente 187.000 personas entre 1979 y 1984. Las familias erradicadas se encontraron de pronto viviendo en zonas lejanas a sus trabajos, entre personas provenientes de distintos puntos, creándose así poblaciones donde nadie se conoce, todos sospechan de sus vecinos, sin autoridades en su organización y con alta propensión a la delincuencia. Al ser erradicados de las comunas ricas donde tenían sus campamentos, pierden el mercado de trabajo (jardinería, lavado, reparaciones, etc.), quedan aislados sin medios para salir de la marginalidad, habiendo recibido a cambio una vivienda de menos de 40 metros cuadrados en sitios que no superan los 50 metros cuadrados.

El control ejercido por la dictadura llevó a masificar las medidas represivas a través de los allanamientos (operación peineta) atentando gravemente contra la dignidad personal y colectiva.

Sin embargo, pese a todo lo anterior, la comunidad utiliza sus recursos positivos y los canaliza hacia la creación de una red de salud alternativa.

A fines de 1974, el Comité por la Paz creó policlínicos zonales en el Area Metropolitana, ubicándolos cerca de las zonas más pobres. Estos policlínicos se centraban en la atención médica e iniciaron tímidas acciones de contacto con la comunidad apoyados en comunidades cristianas de base. El contacto con la población se vio favorecido por la creación de un número importante de comedores populares infantiles. Sus encargadas eran formadas en nociones básicas de nutrición infantil y posteriormente en temas más amplios, de acuerdo a las necesidades locales. Fue el origen de los grupos de salud. Posteriormente se fundó la Vicaría de la Solidaridad y las características del trabajo en salud se fueron adecuando a las orientaciones de cada zona; así, por ejemplo, la Fundación MISSIO, encargada del Area Norte, privilegió el trabajo asistencial fundando varios policlínicos. La Zona Sur, en cambio, optó por un modelo basado en las organizaciones populares y los esfuerzos se centraron en incrementar su calificación y capacidad de gestión. Ya lo hemos dicho, la población La Victoria

constituye un ejemplo de ello. Surgió también el trabajo de otras instituciones de iglesia como EPES (Educación Popular en Salud), ACE (Ayuda Cristiana Evangélica) y otros.

Los profesionales de salud de estas organizaciones son formados en técnicas de educación popular y deben abandonar sus discursos tecnocráticos, ligándose más al trabajo social.

La gestión de los colegios profesionales a partir de 1981 influyó dinamizando la acción solidaria en salud y dando a ésta una mayor amplitud y proyección. La movilización social aumentaba y se requirió que los grupos de salud resolvieran los problemas derivados de ella. En los actos masivos de protesta hay asfixiados y heridos que había que atender; los grupos pidieron capacitación en primeros auxilios y comenzaron a funcionar botiquines y salas de curaciones comunitarios.

Es así como se va conformando a través del tiempo una tupida red alternativa de salud al interior del área sur, la que actuaba en forma paralela al sistema de salud oficial y a la universidad.

Desde sus inicios, algunos integrantes de nuestro departamento establecieron relaciones informales con las ONG y con los grupos de salud que se iban implementando a través del tiempo. El trabajo en conjunto con los becados en el diagnóstico de salud mental de la población hizo evidente la necesidad de conocer “toda la realidad de salud del área”, por lo que a partir de 1989 se incluye en los objetivos de la formación el acercamiento a la red social alternativa.

III. CONCLUSIONES

1. La docencia en Salud Mental durante los años 85 en adelante tuvo el valor de habernos mostrado en forma significativa lo que ocurría en el sistema de salud y en el Area Metropolitana Sur.
2. Los cambios económicos administrativos vividos por el sistema de salud, produjeron modificaciones en su estructura que lesionan la atención de salud de la población y actuaban como estresores laborales para el personal (S.N.S.S, municipalización, privatización, etc).
3. Los equipos de salud muestran un alto índice de trastornos emocionales a nivel individual y grados significativos de disfuncionalidad en su interacción como grupo de trabajo.

4. El proceso de enseñanza-aprendizaje ha sido discontinuo y oscilante en relación al logro de los objetivos planteados, siendo afectado por los cambios del macro sistema.
5. La realidad del sistema de salud afecta nuestro sistema docente, porque se sustenta en una ideología ajena a nuestra concepción de medicina social.
6. La sistematización y análisis de nuestra experiencia docente ha sido un proceso arduo y enriquecedor que nos ha permitido visualizar nuestras debilidades y fortalezas.

FUENTES DE INFORMACION

- Informes generales de becados años 1985 -1989.*
- Entrevista a profesionales Area Sur.*
- Entrevista a Docentes de Salud Mental. Departamento de Psiquiatría Sur.*
- Programas de Post-grado en Salud Mental 1984 - 1988.*
- Antecedentes recogidos en tutorías generales e individuales.*
- Reuniones de docentes del Programa de Salud Mental.*
- Trabajos de becados presentados en seminarios años 1987 - 1988.*
- Documentos Servicio de Salud Metropolitano Sur.*
- Programas de Alcoholismo en el nivel primario 1983 - 1988 S.S.M.S.*
- Programa e informes de Comisión Asesora de Salud Mental S.S.M.S.*
- Programa trastornos emocionales. Comisión Asesora Salud Mental S.S.M.S. 1987.*
- Infante, Antonio "Régimen Militar y situación de Salud: "El rol de la ONG y de la cooperación internacional". ILPES, Santiago de Chile 1989.*
- Tironi, Eugenio "Los Silencios de la Revolución".*
- Vicaría de la Solidaridad. Departamento de Zonas: Descripción de la situación de las poblaciones en 1986.*
- Colegio de Asistentes Sociales de Chile: Informe Social del Pueblo de Chile.*

EDUCACION POPULAR, SALUD MENTAL Y MOVIMIENTOS SOCIALES

PATRICIA DORADO
*Asistente Social
Educatora Popular
Linares*

El presente trabajo plantea una síntesis de experiencias con grupos de base en el período 1973-1989.

De este modo, se partirá con una reflexión de lo que se entiende por educación popular y sobre su origen, para luego mostrar cómo fue naciendo un movimiento social a partir de ella. Se finalizará planteando algunas inquietudes y propuestas.

Es algo difícil aventurar una definición de educación popular. En primer lugar, porque ninguna persona puede decir a otra cómo hacer educación popular, ya que cada uno lo siente en forma diferente; segundo, porque no es sólo un concepto, sino que implica toda una experiencia educativa; y tercero, porque la educación popular no se aprende en una sala de clases sino que se descubre, se siente, se expresa y se vive en el contacto mismo con los grupos populares. Teniendo en cuenta estas premisas, me permitiré enunciar algunos elementos educativos, históricos, culturales y socio-políticos que tienen relación con el fenómeno de la educación popular, sólo con fines metodológicos y orientadores.

Para guiar este trabajo, se partirá con una pequeña hipótesis o afirmación: *La educación popular tuvo en Chile un rol importante y decisivo en la transformación de un pueblo dañado, en una época política difícil, al impulsarlo a la organización y a la creación de un movimiento social que fue determinante para el nuevo momento político que vivimos.*

La educación popular, como experiencia educativa con pequeños grupos y comunidades, tiene características diferentes de la que entendemos y conocemos normalmente como educación formal, tradicional. Todos sabemos que se puede hacer educación de muchas

maneras y que puede haber matices diversos en cada uno de los tipos; el punto radica en cómo hacemos educación y para qué hacemos educación.

Una experiencia educativa será diferente, entonces, en la medida en que se consideren tres criterios básicos:

- a) La metodología que se use.
- b) El rol que asuma el educador en el proceso educativo.
- c) La postura que se tenga frente al cambio social y a la sociedad.

De este modo, el rol del grupo, del educador, del saber, de la cultura popular y la concepción del cambio social deben adquirir para el proceso de educación popular una importancia trascendente y fundamental.

Para comprender mejor cada uno de estos criterios, nos ubicaremos mentalmente en un contexto social determinado: un pequeño grupo de pobladores o campesinos, de extrema pobreza, sumergidos en la falta de oportunidades, en la desconfianza y en el temor. Bajo este contexto, ¿cuál será la metodología a usar en educación popular?

Entendiendo ésta como un conjunto de ideas fuerza, la metodología establecerá en primer lugar una relación educativa horizontal, dialógica, democrática, respetuosa del saber del otro y, principalmente, promotora de participación.

¿Cuándo podemos decir que una persona está participando? Cuando es capaz de ejercer el poder de actuar y transformar su realidad; cuando es capaz de ver su realidad, criticarla y buscar soluciones para cambiarla.

De esta forma, la metodología es participativa, planificada, flexible, sin dejar de ser programada, dinámica, adecuada a cada grupo, entretenida, creativa, haciendo uso de técnicas y juegos, pero principalmente utilizando las experiencias, vivencias y la creatividad de cada una de las personas que intervienen en el proceso educativo.

Una metodología pensada así, produce sin lugar a dudas un proceso educativo colectivo y participativo.

¿Y qué sucede con el educador? En este tipo de acciones educativas, éste debe proponerse establecer con el educando una relación de tipo horizontal: sin dejar de saber lo que sabe, debe respetar

lo que los otros miembros del grupo saben y son. Ser educador popular no es fácil, más aún cuando no todo educador es profesor titulado. Por esta razón, su rol es determinante pero no lo más importante, ya que no debe limitarse sólo a una simple entrega de contenidos, sino que debe considerar los procesos internos del grupo. Dentro de sus funciones están: la motivación, la conducción de procesos grupales, la valoración de los aportes individuales, el acompañamiento de los grupos.

En suma, el educador popular debe ser el gestor del proceso educativo, promoviendo la participación y haciendo uso principalmente de su criterio, compromiso, conciencia y sentimientos, más que de su técnica y conocimientos.

Para poder lograr esto, el educador debe involucrarse en el mundo popular, dejando en un momento de ser educador para ser educando, produciendo la retroalimentación del conocimiento y la socialización del saber. De este modo, el educador se legitima dentro del mundo popular, no sólo por el conocimiento que posee y transmite, sino por la capacidad que tiene de respetar y entender al grupo y de generar procesos educativos grupales y colectivos.

Y ¿qué papel juega la concepción de sociedad? La concepción que tenga el educador popular sobre la sociedad adquiere una gran relevancia, porque no se puede hacer educación popular cuando tenemos una concepción de sociedad injusta, opresora; cuando pensamos que el pueblo es ignorante, flojo y borracho; cuando creemos en un pueblo esclavo; cuando estamos convencidos de que los sectores populares no tienen historia ni cultura propia; cuando tenemos actitudes asistencialistas y lastimeras con respecto a “los pobrecitos pobres”. Podremos hacer educación popular sólo cuando seamos capaces de entender y propiciar una práctica intencionadamente educativa que promueva la búsqueda de identidad de un pueblo, que lo ayude a construir una cultura unificada y un proyecto de sociedad en función de los intereses y necesidades de la mayoría.

En base a estos tres criterios intentaremos definir la educación popular diciendo que si somos capaces de generar una práctica educativa participativa, en la que educador y educando se relacionen horizontalmente, en que la dimensión educativa no esté tanto en introducir una serie de conocimientos sino en experimentar un modo participativo y democrático de acercamiento a la realidad para transformarla, y si para lograr esto hacemos uso de una metodología apropiada y perseguimos en último término promover sujetos políticos que sean

capaces de pensar en la construcción de una nueva concepción del mundo y de la sociedad, estaremos entonces hablando de una alternativa de educación: educación popular.

En palabras de Paulo Freire, educador brasileño “nadie educa a nadie, así como tampoco se educa a sí mismo; los hombres se educan en comunión, mediatizados por el mundo”.

¿Cómo se gesta el fenómeno de la educación popular? Según el investigador e historiador chileno Gabriel Salazar, el término educación popular nace en Chile durante el gobierno de Manuel Montt, época en que se crea el llamado Sistema Educacional Chileno, como un medio para educar a los pobres. Se habló en aquella época de educación popular o educación para el pueblo; lo que se pretendía era “moralizar” a las masas para evitar el desorden social producido, según ellos, por el bandillaje y los asaltos a haciendas y minas. En suma, se creó este sistema para bienestar y tranquilidad de una minoría dominante. Esta medida resultó inútil, ya que los sectores marginados de esa época se sintieron excluidos del sistema económico y también del sistema educacional y buscaron formas autónomas del sistema y del Estado para autoeducarse, de acuerdo con sus intereses. Posteriormente, en 1900, se impone un sistema educacional nuevo obligatorio y comienza a perderse la identidad popular.

No es sino hasta mediados de la década del 70, luego del surgimiento de las dictaduras en América Latina, cuando comienza a gestarse el fenómeno de la educación popular, principalmente en Centroamérica y algunos países sudamericanos; surge como una forma de enfrentar la atomización y la destrucción sistemática de las organizaciones populares. Podemos citar al educador brasileño Paulo Freire, autor de la “Educación en Libertad”, como uno de los pioneros de este fenómeno.

En Chile surge con fuerza a raíz de las consecuencias políticas y sociales que provocó la dictadura que se inició en 1973. Recordemos que con anterioridad a esa fecha en Chile existían formas de participación popular que se expresaban a través de sindicatos, cooperativas, juntas de vecinos; de la elección directa de los regidores, diputados, senadores y del Presidente de la República; a través de diversas asociaciones que se fueron gestando desde 1917, tales como FOCH, ANEF, ASCH, CTCH, CUT, etc.; a través de políticas sociales en educación y agricultura, como la reforma educacional y la reforma agraria.

A partir de 1973 se origina en Chile un proceso violento y cruento de retroceso social, político y cultural. Como todos sabemos, se detiene el proceso político impulsado por el gobierno de Salvador Allende. Se implementa un sistema institucionalizado de represión en contra de las organizaciones populares y particulares disidentes; se impulsa un modelo económico neoliberal para bienestar de una minoría; se impone un régimen político autoritario dictatorial; se implanta una nueva Constitución Política a partir de 1980, que rige hasta la fecha la vida nacional en todos sus aspectos; se fortalecen los grandes grupos económicos, originándose la segunda deuda externa más grande en el mundo; se privatizan los servicios de salud, educación, etc.

Estas medidas producen consecuencias tales para los sectores populares como una alta tasa de cesantía, extrema pobreza, hambre, desnutrición, malas condiciones ambientales y sanitarias, bajo nivel de escolaridad, aumento de la tasa de analfabetismo, delincuencia, prostitución y drogadicción infantil o juvenil, alcoholismo, aumento de las enfermedades físicas y mentales. Así también se desencadenan relegaciones, expulsiones, encarcelamientos, desaparecimientos, tortura y muerte; desarticulación de las organizaciones, carencia de participación social y política y un gran daño psico-social a todos los chilenos traducido principalmente en temor, miedo, desconfianza, indiferencia, crisis moral, ausencia de valores. Los grupos más afectados fueron los jóvenes y las mujeres.

En resumen, se produce una negación absoluta de los derechos de la persona a la libertad, a la participación y a la vida. Y conjuntamente con la negación de estos derechos fundamentales, se produce en este período un daño en un comienzo irreparable a la salud física y mental del pueblo en su conjunto.

Dentro de este escenario psicológico y socio-político se anida y nace en Chile la educación popular en los sectores poblacionales, campesinos. En ella participan jóvenes, mujeres y trabajadores, bajo el alero y la responsabilidad inicial de la Iglesia Católica, organismos no gubernamentales, laicos y profesionales comprometidos, todos dañados en alguna medida, con mucho temor y timidez. Comienza a desarrollarse una diversidad de acciones educativas desde las mismas bases populares, al principio tras objetivos solidarios frente a la represión, al hambre, al problema de la subsistencia; luego frente a las demandas reivindicativas, al desarrollo comunitario y las demandas políticas, teniendo como resultado el nacimiento de organizaciones de

todo tipo, dando origen con el paso de los años a un movimiento social con un sello propio y característico de esa época.

Lo que al principio fueron experiencias con pequeños grupos, se convierte en una experiencia colectiva que envuelve a comunidades completas, para finalmente derivar en una corriente con suficiente fuerza y conciencia social como para involucrarse como un todo en la historia.

A modo de ejemplos concretos, podemos citar los siguientes :

1973-1975: Tareas de solidaridad hacia las víctimas de la represión a través de la Vicaría de la Solidaridad y de organismos tales como FASIC y PIDEE.

1975-1979: Surgen las organizaciones solidarias o de subsistencia, apoyadas por la Iglesia Católica y organismos extranjeros: comedores populares, ollas comunes, talleres de trabajo, bolsas de cesantes, etc.

1980-1985: Surgen las organizaciones de desarrollo social y mejoría de las condiciones de vida de los sectores populares: comprando juntos, bodegas populares, organizaciones de vivienda, de salud popular, de derechos humanos, culturales, de promoción humana, etc.

1982-1985: Comienzan a gestarse y a proliferar las OEP, organizaciones productivas de autogestión: talleres artesanales, huertos, amasanderías, cooperativas, etc.

1983 adelante: Resurgen las organizaciones de trabajadores, campesinos, sindicales, partidos políticos, etc.

EVOLUCIONDELASORGANIZACIONES ENTRE1982Y1986ENLAREGIONMETROPOLITANA

Tipo de Organizaciones	Año 1982	Año 1986
Productivas	151	415
Consumo-Alimenticio	213	511
Servicios Sociales	66	410
Laboral-Reivindicativa	29	47
Total	459	1.383

A partir de 1987 estas organizaciones comenzaron a agruparse en coordinadoras; sólo en 1987 existían ya 63. Su presencia se hace sentir en las 6 provincias y 36 comunas de la Región Metropolitana. En 1988-1989 muchas cambian o adecúan sus objetivos de acuerdo a las necesidades políticas de aquella época. (Extraído de Documento PET).

En la Diócesis de Linares, a pesar de que las características de esta región son y fueron algo diferentes, también se produjo un fenómeno social interesante a raíz de la promoción humana y de experiencias de educación popular emanadas principalmente de la Iglesia Católica, desde sus departamentos de Pastoral Social, en especial del departamento de Laicos del Obispado de Linares.

Como ejemplos demostrativos podemos citar que aproximadamente en 1983 comienzan a gestarse en la Comuna de Linares acciones educativas y organizativas con mujeres a través de los huertos orgánicos familiares y con los campesinos, que luego darían origen a la Asociación Gremial Esperanza Campesina. A fines de 1985 y a partir de 1986 surgen las primeras ollas comunes y otros gérmenes de organizaciones en sectores populares, así como todo tipo de iniciativas de encuentros y espacios de participación y formación con apoyo del Departamento de Laicos del Obispado de Linares.

EVOLUCION DE ORGANIZACIONES PROPICIADAS POR EL DEPARTAMENTO LAICOS

Tipo de organización	Año 1986	Año 1989
Ollas Comunes	3	8
Amasanderías	5	6
Fritanguerías	3	00
Comprando Juntos	2	20
Comités Trabajadores Agrícola	0	28
Huertos	3	8
Talleres Productivos	3	4
Total	19	74

De 19 organizaciones que existían en 1986 en las comunas de Linares, Colbún, Panimávida, Parral y Cauquenes, la cifra se extendió a 74 en las comunas mencionadas, agregándose Yervas Buenas, San Javier, Villa Alegre, Constitución, Empedrado, Longaví y Retiro, con una participación en 1989 de un total de 1.200 personas desglosadas en 680 varones y 520 mujeres. (Extraído del último diagnóstico efectuado por el equipo de profesionales del Depto. Laicos, enero 1989).

Cabe destacar que en este cuadro no se han considerado las organizaciones de campesinos propiciadas por el Departamento de Acción Rural del Obispado, ni tampoco las organizaciones poblacionales femeninas asesoradas por DAF-CARITAS también del Obispado, que agruparon a aproximadamente 500 mujeres en toda la Diócesis. Tampoco se consideró otro tipo de organizaciones que pudieran haberse formado al alero de Derechos Humanos u otras iniciativas.

Otra de las acciones educativas que estuvieron bajo la iniciativa de la Iglesia Católica en Chile y también en Linares fueron las Campañas de Educación Cívica en 1988 y 1989. Gracias a ello se logró una inscripción electoral masiva y ascendente, la formación y preparación de cientos de apoderados de mesa y, finalmente, un rotundo éxito en la elección de Patricio Aylwin como Presidente.

Destacamos, luego de estos antecedentes, que todas estas organizaciones populares surgen a partir de acciones educativas de promoción humana y de capacitación, en su gran mayoría sin grandes objetivos de salud mental, sin grandes equipos de profesionales, ni siquiera especialistas en psicología. Se destaca la participación activa, valerosa y constante de las mujeres y los jóvenes. Un gran porcentaje de estas organizaciones y personas participaron también activamente en las campañas políticas de 1988-1989.

Podríamos afirmar, recordando nuestra hipótesis inicial, que un pueblo con carencias económicas, culturales, espirituales, psicológicas, morales y sociales, es capaz de tomar conciencia de su realidad, organizarse, buscar su verdadera identidad, buscar soluciones a sus problemas con los mínimos recursos y convertirse en sujeto altamente protagonista hasta llegar a influir y decidir sobre cambios políticos realmente importantes, sólo cuando se le ofrecen canales reales de participación y formación. Y esto sucedió aquí en Chile y uno de sus medios fue la educación popular.

Compartimos el que la educación popular fue una herramienta válida y efectiva para producir un cambio en muchos sectores populares y esto sólo pudo suceder porque fue una necesidad sentida y adoptada por los propios grupos populares, porque hizo posible hacer sentir a un gran número de chilenos personas útiles participantes, conscientes, importantes, protagonistas; porque fue capaz de promover el surgimiento de nuevos líderes que luego fueron dirigentes con opciones en la toma de decisiones y porque a través de ellos, estos grupos se sintieron interpretados y representados, y pudieron participar en las pequeñas y grandes decisiones.

Finalmente, podría postular que, en la medida en que una persona o grupo humano se sienta parte de un proceso, será capaz de sanar, enfrentar su realidad y producir cambios.

Finalizando el año 1990 y en el umbral del 91, nos han surgido una serie de inquietudes, que para terminar las voy a dejar planteadas a través de preguntas. ¿Qué ha sucedido con el movimiento social que fue capaz de derrotar a Pinochet? ¿Cuál es el grado de participación actual y real de la mujer de la amasandería, del poblador de la olla común, del joven del taller cultural, del campesino, etc.? Lo que se construyó en base a la educación popular, ¿será capaz de permanecer en el tiempo? Esta masa organizada y educada que fue capaz de superar muchos obstáculos, ¿podrá colaborar en estos nuevos tiempos de construcción y vivir un verdadero y propio modelo de democracia? ¿O se convertirá en un movimiento obstaculizador de ella? Los sectores populares ¿han recibido las respuestas por las que tanto han luchado? ¿Es ésta la sociedad a que aspiran? ¿Cuál es el rol de la educación popular en esta época de transición a la democracia? ¿Cuál es el rol de los profesionales frente al mundo popular?

Estas y otras inquietudes que puedan surgir espero sean reflexionadas a través de este seminario en el taller que corresponda y en muchas otras instancias. Espero también que sean motores impulsores y motivadores para un mayor acercamiento a los sectores populares, principalmente a través del escuchar y el entender qué es lo que realmente quieren y cómo podríamos nosotros, los profesionales, emprender alguna acción con ellos y para ellos.

PREVENCIÓN Y DERECHOS EN SALUD

*LUIS ABARZA
Coordinador del Área de Salud
Cáritas Diocesana y
Departamento de Ayuda Fraternal
Linares*

La calidad de vida sanitaria de la persona humana en sus dimensiones biológica, psicológica y social, depende en gran medida de las condiciones ambientales, económicas y culturales en que se desarrolla su existencia. Muchos son los peligros a que diariamente debe enfrentarse cada persona para poder llevar una vida normal en cuanto a la salud e innumerables las acciones que deben realizarse para liberar al organismo de la enfermedad.

La necesidad de preservar el organismo humano ha obligado a la sociedad a implementar diversas medidas tendientes, por un lado, a prevenir el riesgo de enfermar y, por otro, a atender y rehabilitar al que ya está enfermo. En general, podemos decir que prevenir, curar y rehabilitar son procesos fundamentales y necesarios en toda acción cuyo propósito es la preservación del organismo humano en términos de *adecuado funcionamiento y bienestar*.

La prevención, como actitud permanente de alerta o conducta previsoría habitual, permite percibir las situaciones de riesgo. Se estructura en las personas mediante procesos educativos formales e informales que posibilitan apresto para recibir información, desarrollar capacidades de reflexión y discernimiento, definir opciones y actuar responsablemente en el fomento y cuidado de la salud.

La educación como base que permite realizar acciones de prevención, no está en nuestro país al alcance de todos. Esto se debe a factores de organización deficiente del sistema social, a la falta de recursos, a la existencia de la pobreza y marginalidad en permanente aumento, a la carencia o deficiencia de leyes y políticas adecuadas, a la falta de personal idóneo, comprometido y bien preparado para fomentar el cuidado, la prevención y la atención sanitaria, etc.

Lo anterior ha obligado a la Iglesia Diocesana a prestar apoyo fraternal y solidario a los más desvalidos. Aquellos que, por su pobreza y condiciones educativas, no cuentan con recursos para prevenir y cuidar su salud. Es por esta razón que el Departamento de Ayuda Fraternal y Cáritas han implementado el Proyecto de Prevención y

Derechos en Salud que contribuirá a evitar enfermar, tomando como base los temas de sexualidad y amor, alcoholismo, drogadicción, SIDA y ETS y derechos en salud.

La estrategia a utilizar para la consecución de los objetivos trazados es impartir cursos de capacitación a monitores provenientes de las propias comunidades, para que sean éstos los gestores principales. Su trabajo será voluntario.

Este proyecto que comenzó hace seis meses atrás (junio de 1990), tiene una duración de tres años. La primera etapa contempló la realización de un curso de 120 horas cronológicas de duración en donde se capacitaron 50 "alumnos" (enfermeras, profesores, auxiliares de enfermería y paramédicos, asistentes sociales y agentes pastorales), los que se comprometieron a poner en práctica lo aprendido a partir de este año 1991.

El Area de Salud será responsable de la coordinación y recolección de la estadística que vaya arrojando este proyecto (por ejemplo, cantidad de charlas, contenidos, duración, asistentes, lugar, etc.), y además facilitará algunos medios audiovisuales para que la exposición de los diversos temas sea más productiva y eficaz.

Los resultados arrojados por la primera etapa del proyecto nos dejan bastante conformes y optimistas para continuar con nuestra labor de promoción, ya que la veremos fortalecida con la infraestructura con que ya contamos y en torno a la cual se mueve un gran contingente de voluntarias de salud. La infraestructura consiste en 3 policlínicos (El Carmen, San Ambrosio y La Merced); 3 Bancos de Medicamentos (Linares, Constitución y Cauquenes) y 30 Botiquines (24 rurales y 6 urbanos en toda la Diócesis).

Actualmente el Area de Salud dispone de un equipo que también está capacitado para entregar promoción para atender aquellos sectores que lo soliciten y cuenta con el siguiente personal: 1 asistente social, 1 profesor de estado, 1 enfermera-matrona, 2 auxiliares paramédicos, 2 auxiliares de enfermería, 1 educadora popular, 1 estudiante de enfermería y obstetricia y un cuerpo de 10 monitores capacitados para la promoción.

Con todo, esperamos que al final de los tres años de proyecto nuestro objetivo general se haya cumplido:

"Fomentar y prevenir la salud de personas y comunidades organizadas territoriales y de servicios, por medio de un plan de educación

que les permita conocer y enfrentar adecuadamente las situaciones de riesgos y enfermedades y además, identificarse y exigir sus derechos de salud, para que, actuando como gestores de su propio bienestar, tiendan a la búsqueda en común de soluciones y sean capaces de hacer presente ante las autoridades y actores políticos sus necesidades de atención y legislación”.

SIMPOSIUM:

**TRABAJO SOCIAL, SALUD
MENTAL, EXPERIENCIA
COMUNITARIA**

Salud mental y la problemática
de los derechos humanos en la
educación superior de Talca

Beatriz Díaz, Ana Salgado, Eduardo Oliva

Trabajo social de grupo: una
experiencia de salud mental
con ex-prisioneros políticos

Aminta Traverso

Una experiencia de talleres
recreativos de PIDEE en la
provincia de Valdivia

Silvia Albornoz

Estudio explorativo del espacio
en relación a los subsistemas
familiares y función de
socialización

*Marcela Pinto, M^a Eugenia Blázquez,
Alicia Arriagada*

Proyecto de salud mental y
participación comunitaria Consultorio N° 4

Lucía Rojas

SALUD MENTAL Y LA PROBLEMÁTICA DE DERECHOS HUMANOS EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR DE TALCA

BEATRIZ DIAZ

ANA SALGADO

Natalia Rojas

EDUARDO OLIVA

Estudiantes de Servicio Social,

PATRICIO MADARIAGA

Docente guía

Instituto Profesional del Maule, Talca

I. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Tienen los estudiantes de educación superior una clara conciencia sobre los conceptos de derechos humanos y salud mental y cómo se relacionan éstos?

II. INTRODUCCION

La percepción que de ordinario se tiene respecto a los conceptos de salud mental y derechos humanos, como también respecto al vínculo existente entre ambos, es, la mayoría de las veces, difusa y errada. Tal situación responde, en gran medida, al hecho de que la definición de ambos términos es tremendamente amplia. En el ámbito de la salud mental, por ejemplo, se carece de indicadores “objetivos” que permitan operacionalizar un conjunto de fenómenos subjetivos, vinculados a un entramado de niveles conductuales, afectivos, cognitivos y sociales implicados.

“...En un sentido general, las definiciones acerca del concepto de salud mental en la práctica oscilan desde el amplio concepto de *calidad de vida* hasta una adecuada *adaptación social*, pasando por criterios referidos a la integración de la personalidad, a la capacidad de percibir adecuadamente la realidad, al sentido de *desarrollo* que tendría una vida psíquica normal en oposición al quiebre de este curso vital propio de la psicosis, etc...” (1).

De un modo similar, lo que usualmente entendemos en nuestra realidad respecto al tema de los derechos humanos implica una vinculación directa y casi instantánea con la represión política vivida en el régimen de gobierno pasado, sin posibilidad, a veces, de establecer otras acepciones del término en un sentido más amplio. Sin lugar a dudas que las experiencias traumáticas por las cuales ha debido pasar nuestra sociedad, de una u otra manera, han marcado y determinado la conciencia social respecto a los derechos individuales del hombre. Podría decirse que es algo así como los efectos negativos de las guerras de baja intensidad en la salud mental a nivel colectivo. Con todo, nos encontramos ante una percepción general a la que le cuesta correlacionar tales nociones con problemas de índoles distintas al terreno político, como son, por ejemplo, los daños ecológicos, problemas educacionales de diversa factura, etc.

Sin embargo, es necesario poner en un primer plano este problema de la represión política que ha experimentado nuestro país en los 16 años de dictadura, los cuales de un modo fundamental casi han sido responsables del daño psicológico *ambiental o atmosférico* (aquel daño difuso que ha experimentado la sociedad chilena de manera colectiva) y que es claramente observable en el clima de desconfianza, de individualismo y de pérdida del espíritu solidario en nuestra sociedad.

La situación general anteriormente referida ha sido muy bien descrita por el médico psiquiatra Mario Vidal de la siguiente manera:

“Ahora, en ese país que vivía la curiosa experiencia de verse invadido por sus propios ejércitos, cada día ocurrían cosas extrañas, no previstas, que asombraban a la población y la sumían, a veces, en la perplejidad.

La perplejidad pareció nutrirse en la brusca y masiva transmutación de valores que se quiso inducir en la población; entre otros, se exigió renegar de algunos valores que, fueran mito o realidad, enorgullecían a los chilenos y contribuían a su identidad colectiva. En el mismo sentido, el nuevo orden que trata de imponer la dictadura frena bruscamente el proceso de politización progresiva que parecía singularizar al pueblo chileno en comparación con otros países del continente: la necesidad de una sociedad más abierta y participativa, el prestigio de toda doctrina que abogara por un trato preferencial a los pobres, la mayor sensibilidad social expresada en diferentes prácticas solidarias (los trabajos de

verano de los estudiantes, por ejemplo), todo aquello que ya formaba parte de la cultura política de sectores cada vez más amplios de la población (aunque en un nivel preteórico) es ahora descalificado, prohibido y mostrado como un peligro para la seguridad nacional" (2).

La idea de derechos humanos pasa, necesariamente, por dos conceptos esenciales: la igualdad y la libertad, ambos usados en un sentido antropológico que obligan al Estado a proteger a los individuos, satisfacer sus necesidades básicas y posibilitar en términos reales el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.

Hemos querido reflejar en el presente trabajo cuál es la percepción que el estudiante de educación superior tiene sobre estos temas y si, en alguna medida, es capaz de relacionarlos. Previo a esto es necesario conocer algunos datos respecto a las características cuantitativas de la educación superior en la comuna de Talca.

ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION SUPERIOR EN LA PROVINCIA DE TALCA (1989)

Universidades	Institutos profesionales	C.T.F	Total
2	1	6	9

MATRICULAS SEGUN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION SUPERIOR EN LA PROVINCIA DE TALCA (1989)

Universidades	Institutos profesionales	C.T.F.	Total
3.767	371	2.379	6.517

El peso relativo de los establecimientos educacionales se concentra en nuestra provincia de Talca, en una proporción de 2/1 respecto al número de establecimientos en las provincias de Curicó, Linares y Cauquenes.

Con respecto al número de alumnos, la situación es aún más desigual, por cuanto el número de estudiantes de educación superior de

la provincia de Talca supera en 5 veces al de Curicó, ciudad que posee la segunda cifra más alta en estudiantes de educación superior. (3)

A través de una muestra representativa de la población en cuestión, tratamos de responder las interrogantes planteadas más adelante.

III. VARIABLES

1. Variable independiente: Problemática de Derechos Humanos.
2. Variable interviniente: Represión directa e indirecta.
3. Variable dependiente: Salud Mental.

IV. HIPOTESIS

1. La Población de estudiantes de educación superior se ve enfrentada a la problemática de derechos humanos, directa o indirectamente, lo que repercute en su salud mental.
2. La relación Salud Mental y Derechos Humanos no es percibida claramente por la población en cuestión.
3. La falta de educación formal e informal, de parte de los organismos gubernamentales, O.N.G. y otros, respecto del problema en cuestión, ha sido una de las causas de la no internalización y relación de ambos conceptos en la población estudiada.

V. METODOLOGIA

1. Diseño descriptivo: conceptualización e hipótesis.
2. Definir el universo en estudio.
 - Demográfico: Población de estudiantes de educación superior de Talca, comprendidos en: Centros de Formación Técnica, Centros de Capacitación, Institutos Profesionales, Universidades.
 - Sexo: Masculino y femenino (40% y 60%).
 - Rango etario: 18 a 29 años.
3. Extraer un muestreo representativo del universo en estudio.

Se utilizó el tipo de muestreo aleatorio estratificado.

4. Creación de un instrumento de medición.

El cuestionario sirve para el trabajo de la encuesta, es de tipo papel y lápiz, e intenta licitar (provocar) una respuesta por parte del encuestado referente a las variables bajo estudio. Su diseño se grafica de la siguiente manera:

CUESTIONARIO

I. IDENTIFICACION

Edad: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Carrera que estudia:

Científico _____ Técnica _____

Humanista _____ Artística _____

Tipo de establecimiento donde estudia:

Universidad _____

Instituto _____

Centro de Formación Técnica _____

Centro de Capacitación _____

II. EN LAS AFIRMACIONES QUE SIGUEN CONTESTE SEGUN LAS ALTERNATIVAS QUE SE LE PRESENTEN; POR FAVOR MARCAR SOLO UNA:

Según escala de Lickert:

a) _____ Muy en desacuerdo

b) _____ En desacuerdo

c) _____ No opino

d) _____ De acuerdo

e) _____ Muy de acuerdo

1. Los problemas que afectan al medio ambiente como la contaminación, degradación, polución, etc. inciden en la forma mental de los individuos.

2. Según usted la salud mental es un problema de segundo orden en el contexto de la salud pública chilena.
3. En nuestra sociedad generalmente se le asigna una importancia menor a una depresión psicológica, que a un problema orgánico común como resfrío; frente a esto tu estás...
4. Cuando tengo un problema, como falta de concentración, ansiedad, agotamiento, angustia, etc. pienso que es necesario acudir a un especialista en salud.
5. Entre los estudiantes son muy frecuentes los problemas de salud mental.
6. Es improbable que me vea afectado por un problema de salud mental.
7. Se debe crear un departamento o sección relativa a la problemática de salud mental en la estructura organizacional del estudiantado.
8. Es necesario que las instituciones de educación posean en su planta funcionaria especialistas en salud mental para atender a la población estudiantil.
9. Es importante que los planes y programas de estudio incorporen nociones básicas de salud mental.
10. Se pueden prevenir los problemas de salud mental.
11. Considero que los derechos básicos no son respetados en el medio en el cual me desenvuelvo, lo que se traduce en actitudes autoritarias, escasas posibilidades de expresión y poco apoyo del establecimiento educacional en el que estudio.
12. En la educación superior los problemas de derechos humanos no afectan a los estudios.
13. Es común ver a los profesores de mi medio educacional con una actitud autoritaria frente a los estudiantes.
14. Debiera existir en todos los establecimientos de educación superior algún tipo de organización que salvaguardara los derechos de los estudiantes, como también que velara por el cumplimiento de los deberes inherentes a la población estudiantil.
15. Sería bueno incluir en el curriculum del estudiante de educación superior algún tipo de asignatura que involucrara el manejo conceptual

y práctico del concepto de derechos humanos, así como la historia o evolución de ellos a nivel nacional.

16. El nivel de competencia registrada en educación superior implica la pérdida relativa de valores fundamentales como, por ejemplo, la solidaridad.

5. Aplicación de dicho instrumento.

6. Análisis de datos.

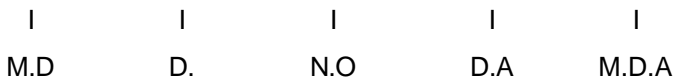
El cuestionario constó de dos partes, la primera donde se identifica el encuestado y la segunda a medir las variables en estudio mediante la aplicación de 16 ítems.

En la parte de identificación se aplicó el nivel de medición nominal (dicotómicos, mutuamente excluyentes) y en la segunda parte se aplicó un nivel de medición ordinal con la escala de Lickert, la cual está destinada a medir actitudes, vale decir, disposiciones individuales a actuar de cierta manera en contextos sociales específicos.

Desde el punto de vista aritmético, la escala Lickert es una escala sumatoria, ya que el puntaje o la medida de cada persona en la actitud medida se obtiene mediante la suma de sus respuestas a diversas preguntas que actúan como estímulos.

Se plantea un continuo que va desde acuerdo máximo a desacuerdo máximo, pasando por un punto central de indecisión; a esta escala se le ha llamado también escala de 5 puntos.

ESCALA LICKERT:



A cada ítem se le aplicó un puntaje máximo de 5, en la respuesta correcta, y un mínimo de un punto en la respuesta no opino, ya que no hay una posición clara frente al estímulo.

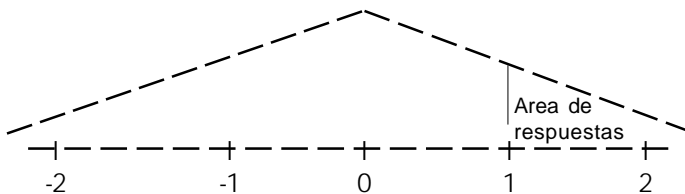
En la tabla 1 se reflejan las medias (\bar{x}) respecto del puntaje máximo obtenido en cada ítem del cuestionario y los grados de dispersión en la respuesta de cada ítem.

Los resultados arrojados, expresados en las medias de las respuestas, están todos por debajo del puntaje óptimo.

Si analizamos los totales de respuestas de los hombres, las medias oscilan entre 2,89; la más baja en el ítem N^o15 y la que tuvo el grado de dispersión más alto, y 4,47 la más alta en el ítem n^o1 con el menor grado de dispersión.

Ahora, en las respuestas de las mujeres las medias oscilan entre 3,15 la más baja, con un grado de dispersión que si bien no fue el más alto, sin embargo, está muy cerca de él; y 4,48 en los ítems 8 y 14 con grado de dispersión mínimo.

Los grados de dispersión o desviación standart (S) miden la homogeneidad cuando es menor que 1, y la heterogeneidad cuando es mayor que 1, las que se distribuyen normalmente de la siguiente manera:



Nuestra curva, vista desde el punto real de los resultados, se presenta platicúrtica, es decir, bastante achatada, en lo que queda de manifiesto la gran heterogeneidad en las respuestas de los encuestados.

TABLA 1

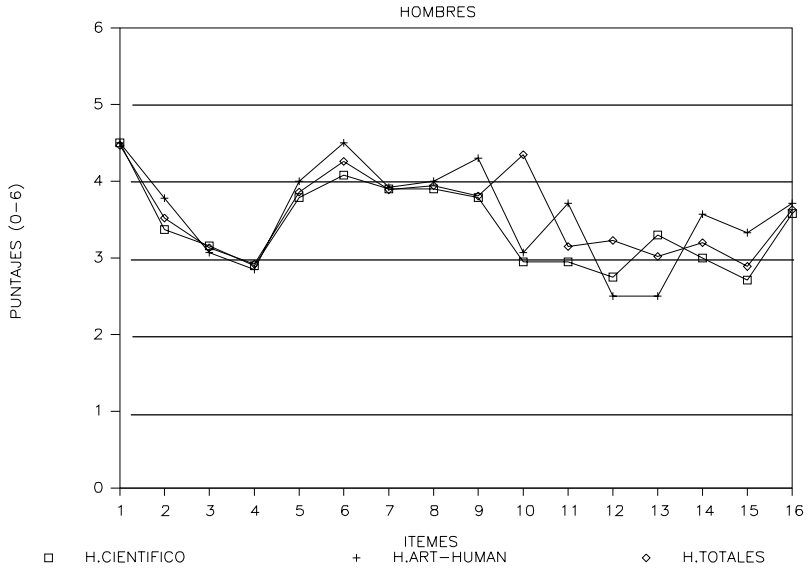
	Hombres cient.		hombres human.		total	hombres	
	X	S	X	S	X	S	
1.	4,50	0,40	4,50	0,51	4,47	0,49	
2.	3,37	1,09	3,78	1,31	3,52	1,16	
3.	3,16	0,96	3,07	1,20	3,13	1,03	
4.	2,90	1,16	2,85	1,51	2,29	1,26	
5.	3,79	1,35	4,00	1,51	3,86	1,38	
6.	4,08	1,28	4,50	0,50	4,26	1,06	
7.	3,90	0,94	3,92	0,91	3,89	0,91	
8.	3,90	1,13	4,00	1,17	3,94	1,22	
9.	3,79	3,14	4,30	1,08	3,81	1,09	
10.	2,95	1,46	3,07	1,38	4,35	0,80	
11.	2,95	1,39	3,71	1,40	3,15	1,54	
12.	2,75	1,45	2,50	1,56	3,23	1,42	
13.	3,30	1,55	2,50	1,50	3,02	1,54	
14.	3,00	1,61	3,57	1,60	3,20	1,59	
15.	2,71	1,73	3,33	16,7	2,89	1,68	
16.	3,58	1,47	3,71	1,20	3,63	1,34	

TABLA 2

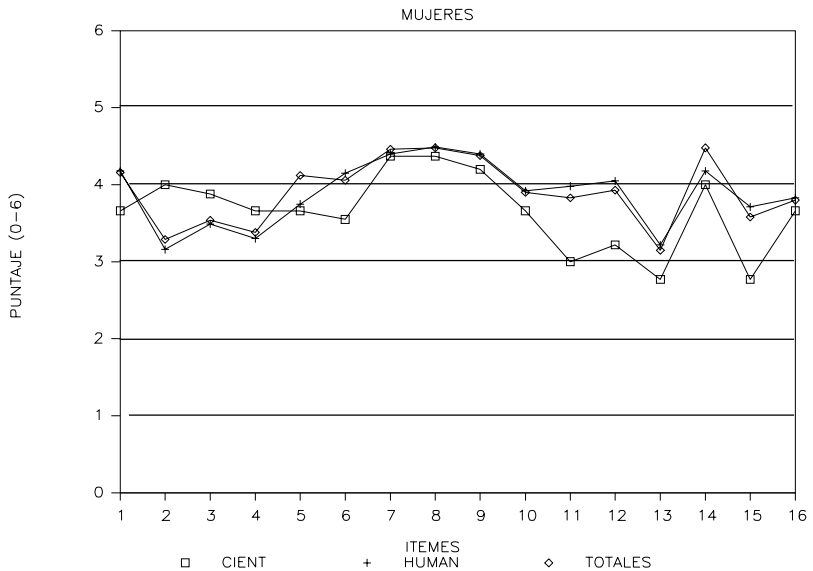
	Mujeres cient.		mujeres human.		total	mujeres	
	X	S	X	S	X	S	
1.	3,66	1,11	4,18	0,59	4,16	0,70	
2.	4,00	0,70	3,16	0,98	3,29	0,91	
3.	3,88	1,05	3,49	1,26	3,54	1,23	
4.	3,66	0,86	3,30	1,22	3,38	1,19	
5.	3,66	1,11	3,75	0,96	4,12	1,18	
6.	3,55	1,58	4,15	1,16	4,06	1,23	
7.	4,37	0,51	4,40	0,66	4,46	0,64	
8.	4,37	0,51	4,49	0,82	4,48	0,78	
9.	4,22	0,44	4,40	0,96	4,38	0,91	
10.	3,66	1,65	3,92	1,22	3,90	1,28	
11.	3,00	1,65	3,98	1,20	3,83	1,30	
12.	3,22	1,20	4,05	1,22	3,93	1,24	
13.	2,77	1,20	3,22	1,44	3,15	1,41	
14.	4,00	1,22	4,18	0,65	4,48	0,82	
15.	2,77	1,78	3,71	1,54	3,58	1,16	
16.	3,66	1,11	3,83	1,13	3,80	1,12	

Para mayor entendimiento de lo expuesto en la tabla 1, presentamos los siguientes gráficos

ANALISIS DE EDUCACION



ANALISIS DE EDUCACION



7. Observaciones

a) Salud mental hombres:

Según los resultados arrojados se puede comentar lo siguiente:

- Que no existe un conocimiento acabado de salud mental. Este concepto se ve relacionado con trastornos graves, lesiones severas como psicopatías, esquizofrenias, neurosis, etc. y no realmente con toda la gama de consecuencias que trae el no tener una adecuada salud mental, como por ejemplo stress, cansancio, angustia, ansiedad, etc. que frecuentemente afectan a toda la población estudiada.
- Que a pesar de no saber qué es salud mental y lo que esto implica, afloran temores de padecer en alguna ocasión cualquiera de las consecuencias que trae el no gozar de un equilibrio emocional completo.
- Que existe la convicción de que se pueden remediar y prevenir los problemas de salud mental, implementando cargos en la planta funcionaria de los centros de educación superior a especialista en el área.
- Que a la salud mental no se le ha dado el lugar que le corresponde en la salud pública chilena y que la sociedad en general le otorga menos importancia que la que debería.

b) Salud mental mujeres:

- Al igual que los hombres estudiados, las mujeres tampoco tienen un conocimiento acabado de lo que es salud mental.
- Por lo que ambos grupos, tanto el científico como el humanista, no le otorgan la importancia debida a los problemas de salud mental; presentan serias dudas de que no se vean afectadas por un problema de este tipo a largo plazo y revelan que sí existen problemas de salud mental en el medio estudiantil.
- Que necesitan especialistas en el área en sus establecimientos o un departamento o sección encargada de esto.
- Que los planes y programas debieran incorporar nociones básicas sobre este "nuevo" concepto.
- Que los problemas que afectan al medio ambiente inciden en la salud.

Cabe señalar que las mujeres de carreras humanistas tienden a una mayor predisposición por acudir a un especialista en caso de angustia, cansancio, ansiedad, etc., que las mujeres de carreras técnico-científicas.

c) Derechos humanos hombres:

Existe un claro rechazo a contestar aquellos items en que se afirme la actitud autoritaria de parte del profesorado frente a los alumnos, contestando “no opino” la gran mayoría de los encuestados, lo que se traduce en una apatía y sesgamiento frente a las afirmaciones posteriores.

Las diferencias de áreas en las que estudian los encuestados se hacen más visibles en aquellos items donde se afirma que los derechos humanos básicos no son respetados en el medio estudiantil donde se desenvuelven, siendo los científicos quienes en mayor proporción dejan ver a través de sus respuestas su preocupación por este hecho. No es así con los humanistas, que obviaron las respuestas en un 35,7% y el resto se dividió en un 35,6% en desacuerdo y un 28,4% de acuerdo con este hecho.

Ambas áreas manifestaron estar de acuerdo con que debiera existir en todos los establecimientos de educación superior algún tipo de organización que salvaguardara los derechos de los estudiantes, como también que velara por el cumplimiento de los deberes inherentes a la población estudiantil.

Coinciden también en que sería bueno incluir en el curriculum del estudiante de educación superior algún tipo de asignatura que involucre el manejo conceptual y práctico del concepto de derechos humanos, y que la competencia registrada en este tipo de establecimientos implica la pérdida relativa de valores fundamentales tales como la solidaridad, el compañerismo, el servicio, etc.

d) Derechos humanos mujeres

Las mujeres fueron más explícitas en confirmar que los derechos básicos no son respetados en el medio estudiantil.

Que existen actitudes autoritarias del profesorado frente a los estudiantes, destacándose aquí el mayor porcentaje de mujeres científicas que humanistas frente a esto.

Que la problemática de derechos humanos afecta directamente a los estudiantes, sobre todo a los humanistas.

Y que manifiestan estar en concordancia con los hombres en que existiera algún tipo de organización que salvaguardara los derechos de los estudiantes y el cumplimiento de sus deberes.

Que el nivel de competencia registrada implica la pérdida relativa de valores como la solidaridad.

Hubo discrepancia en incluir algún tipo de asignatura que involucrara el manejo conceptual y práctico del concepto de derechos humanos así como la historia o evolución de ellos a nivel nacional: las mujeres científicas se abstuvieron de contestar en 44,4%, y estuvieron de acuerdo en un 44,4% y un 11% en desacuerdo. En cambio en las mujeres de carreras humanísticas hubo un 0% de desacuerdo, 77,4% de acuerdo, y se abstiene de contestar un 22,6%.

En síntesis, existe preocupación por la problemática de derechos humanos, pero temor a delatar el incumplimiento del respeto a los derechos básicos humanos.

VI. CONCLUSIONES

Las violaciones a los derechos humanos han sido, sin lugar a dudas, en el último tiempo uno de los principales temas puestos en el tapete de la discusión pública nacional. Hoy se le suma un concepto "nuevo" que es el de salud mental y vemos como estos conceptos se interrelacionan desde siempre, agravándose en procesos dictatoriales vividos y sufriendo las secuelas heredadas del régimen anterior.

Como estudiantes de educación superior en el área humanista y profesionales sociales mañana, siendo protagonistas de los procesos históricos, no hemos querido quedar ajenos a lo que hoy discutimos en este evento.

Para ello realizamos una primera investigación social en nuestra comunidad de pares, ya que todos los días vivimos experiencias propias a nuestra condición. Tratamos de seguir un diseño de investigación descriptivo, pensando que era el más correcto de aplicar; nos planteamos un problema, hipótesis y utilizamos una metodología propia del diseño, que apuntase hacia cómo se han internalizado o no estos conceptos, a la medición de los grados de incidencia que tiene esta problemática sobre nuestra salud mental, y ver de qué manera o en qué actitudes se manifiesta el daño psicológico en nuestra comunidad.

Entonces estamos en condiciones de decir lo siguiente:

1. Si bien es cierto que quedó en evidencia que se manejan de manera subjetiva ambos conceptos, no existe una clara conciencia de su real

significado y la interdependencia entre ellos. Lo anterior queda de manifiesto en la heterogeneidad, producto de los grados de dispersión visualizados en las respuestas de los encuestados; se observa, además, que estos conceptos se racionalizan de manera atomizada, es decir, refiriéndose por un lado a problemas de tipo físico y psicológico en cuanto a salud mental y a la represión política directa en lo que toca a problemas de derechos humanos; por lo tanto, no se deja ver la amplitud de incidencia que estos conceptos tienen. Lo cual se confirma en las hipótesis de trabajo planteadas anteriormente.

2. Se observó que existe un alto grado de incidencia de problemas de derechos humanos sobre la salud mental en nuestra comunidad, ya que un gran porcentaje de respuestas fueron omitidas o contestadas contradictoriamente en aquellos ítems donde se preguntaba en forma directa sobre actitudes autoritarias de parte de profesores, escasa posibilidad de expresión del alumnado, poco apoyo por parte de los planteles educacionales, quedando expresados en forma latente la apatía, el temor, la falta de compromiso y no se deja ver una sensibilización frente a esta problemática.

3. Este trabajo es una primera aproximación a la problemática de derechos humanos y salud mental en la población en estudio. Con los resultados arrojados estamos ciertos de que no se debe quedar con este primer alcance, se debe ahondar más, llevar a cabo un tratamiento y poner en práctica medidas de tipo preventivo en aquellos sectores de nuestra población, ya que se manifiesta un daño psicológico. Para ello se sugiere:

a) Es necesario que las instituciones de educación posean en su planta funcionaria especialistas en salud mental y trabajadores sociales, para atender las necesidades de la población estudiantil.

b) Que los planes y programas de estudio incorporen nociones básicas de salud mental.

c) Que a los problemas relacionados con salud mental se les preste una importancia en el mismo orden que a los otros problemas medidos objetivamente en la salud pública chilena.

d) Debiera existir en todos los establecimientos de educación algún tipo de organización que salvaguardara los derechos inherentes a la población estudiantil.

e) Incluir en las mallas curriculares de estudios superiores algún tipo de asignatura que involucre el manejo conceptual y práctico de los derechos humanos así como su evolución o historia a nivel nacional e internacional.

f) Que los organismos no gubernamentales y gubernamentales, estos últimos manifestados en los planteles de educación superior, otorguen una amplia cobertura en la información sobre estos conceptos, utilizando metodologías pedagógicas tales como: foros, charlas, videos, obras teatrales, boletines informativos, etc., apuntando a una concientización democrática de lo antes expuesto en la comunidad de estudiantes superiores.

BIBLIOGRAFIA

Aceituno M. Roberto: "Programas y políticas de salud mental en Chile. Planes gubernamentales y programas no gubernamentales".

Vidal, Mario: "Daño psicológico en la salud cotidiana". Revista Reflexión. Derechos Humanos y Salud Mental N°107, págs. 28-32, marzo 1990.

Briones, Guillermo: "Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales". Trillas 1982.

Fuente: República de Chile. Ministerio de Educación. Secretaría Ministerial de Educación. Región del Maule. Depto de Planificación.

TRABAJO SOCIAL DE GRUPO: UNA EXPERIENCIA DE SALUD MENTAL CON EX PRISIONEROS POLITICOS

AMINTA TRAVERSO
Trabajadora Social
ILAS

I. INTRODUCCION

Este trabajo intenta dar cuenta de la participación del trabajador social en un equipo multidisciplinario que realiza un trabajo grupal de salud mental con los prisioneros políticos en San Antonio. Es importante hacer un poco de historia en relación a los orígenes del trabajo social de grupos, sus diferencias con un grupo psicoterapéutico, hacer un breve análisis del grupo y de su trabajo, como también del rol de observador que el trabajador social ha cumplido en ésta u otras actividades realizadas en el Instituto ILAS.

El origen del trabajo social con grupos se ubica en el período pre-científico de este campo, que corresponde a una etapa en la cual no existía ningún interés en extraer conclusiones teóricas a partir del quehacer grupal. El único objetivo era proporcionar apoyo afectivo, trabajando duramente para aquellos que vivían en condiciones deplorables. Era la época de los "settlements", de la YMCA, Boy Scout, tanto en Inglaterra como en Estados Unidos.

Desde 1930, comienzan a desarrollarse elaboraciones teóricas a partir de las experiencias grupales, básicamente en USA.* Esta es llamada la etapa científica del trabajo social, y recibe la contribución del psicoanálisis freudiano, de la sociología y de la psicología social. Las experiencias grupales comienzan a abandonar los barrios pobres debido a que también se abandona el contexto donde se desarrolla el grupo, dándole énfasis solamente a la dinámica grupal.

En América Latina, el trabajo social profesional surge en 1925, época en que se prioriza el trabajo social individualizado. Sólo desde 1945 comienza en Chile a incorporarse el trabajo social grupal, a través

* Coyle, Trecker, Paré, Knopba.

de la formación de centros de madres y, también por supuesto, comienzan a programarse y a entregarse como materia en las escuelas chilenas y latinoamericanas.

En nuestro continente, el trabajo social enfatiza en los llamados grupos de tarea cuyos propósitos son servir a las necesidades de los individuos y a la de la organización, dejando de lado el trabajo con grupos de tratamiento que más bien están orientados a la adecuación, crecimiento, curación y socialización y para los cuales se requiere de una formación especial.

En nuestra experiencia, para los trabajadores sociales más jóvenes, esto ya no es tan polarizado y el trabajo social de grupo ha debido ajustarse al contexto social que hemos vivido. Es así como en muchos organismos de derechos humanos, los trabajadores sociales junto a psicólogos y psiquiatras, han tenido que trabajar con grupos que no son grupos de tarea puros, ni grupos de psicoterapia propiamente tal. Pareciera que el quehacer en estas instituciones que se crean a partir de la dictadura, ha llevado a la necesidad de trabajar multidisciplinariamente y a no ser tan rígidos o a no poder ser tan rígidos, en la concepción y desarrollo del trabajo grupal. Es así como se ha trabajado con grupos de familiares de detenidos desaparecidos con fines terapéuticos o con grupos de preparación al exilio hace algunos años, que eran grupos de tareas. Sin embargo, siempre había que hacer una tentativa de equilibrio entre lo puramente social y lo psicológico.

Por ejemplo:

1. En estos grupos no sólo se promueve el desarrollo de potencialidades individuales, sino también el desarrollo social del grupo como entidad u organización. Eso en términos de foco.
2. Los miembros del grupo son los que deciden participar haciendo la demanda, y aun cuando ésta sea de tipo terapéutico, generalmente no se hace selección de pacientes en base a diagnóstico previo, en el sentido clásico psiquiátrico, pero sí en base a la situación traumática vivida por el paciente.
3. En un grupo psicoterapéutico tradicional no se plantean metas sociales y en este tipo de grupos necesariamente existe un enfrentamiento de los problemas desde lo individual a lo grupal, en términos de metas y también se desarrollan destrezas personales y grupales para que el grupo pueda seguir manejándose en forma autónoma.

En la actualidad, las técnicas de los trabajadores sociales para influir en la realidad no se han desarrollado como lo ha hecho la ciencia tanto en el campo de las relaciones humanas como en el de la acción social. Es por esto que es importante, en el quehacer grupal:

- Trabajar desde una mirada globalizadora donde sea tan importante lo intrapsíquico como el contexto en que los individuos se mueven.
- Lograr que el grupo aproveche su propia dinámica en la solución de sus problemas.

Los trabajadores sociales debemos pensar en redefinir nuestro trabajo en el campo de lo grupal. Cada vez queda más claro que no hay que definir el trabajo por una clasificación de tipo de grupos. Si es un grupo tarea o de tratamiento no es lo más importante, sí lo es tomar en cuenta cuál es el momento que está atravesando el grupo, considerando también que los individuos que forman el grupo, el grupo mismo y el contexto, están en constante desarrollo.

II. El grupo: un poco de historia

El grupo de ex-prisioneros de Tejas Verdes se convierte en Agrupación en 1988, luego del plebiscito. Previo a esa fecha, algunos de ellos vivieron el exilio, otros se quedaron en Chile y permanecieron en San Antonio. Siempre se mantuvieron en contacto y, a pesar del aislamiento social en que vivían, la experiencia compartida generó grados de amistad dentro del campo, la cual en muchos casos se siguió manteniendo en los años posteriores, transformándose esto en un importante soporte que aminoró la soledad, el rechazo, incrementó confianza, pero que al mismo tiempo los hizo vivir hasta hace poco tiempo como si estuvieran presos.

La tarea que ellos se proponen desde hace dos años está directamente ligada a la reparación. Todo su quehacer está volcado a denunciar frente a la comunidad los hechos vividos por ellos, intentar que ésta reconozca en ellos seres dignos de respeto con los cuales la sociedad tiene una deuda y, además, tienen una serie de reivindicaciones relacionadas con sus derechos perdidos desde hace 17 años, derecho al trabajo, a la salud, a la previsión social entre otros.

La familia en algunos casos fue apoyadora, aun cuando jamás los torturados compartieron su experiencia al interior de ella. En otros, simplemente la desintegración acabó con la posibilidad de cumplir con

los roles de padre o madre y de mantenerla. En el caso de las mujeres ha sido aún más difícil compartir con sus esposos, a los que conocieron después de la tortura, las experiencias a las cuales fueron sometidas.

A mediados de 1990 la Directiva de la Agrupación retoma contacto con ILAS, a través de la trabajadora social, con el propósito de realizar una demanda más concreta de trabajo grupal que ellos llamaban "terapia". Acordamos trabajar con ellos una psicóloga, un médico psiquiatra y la trabajadora social. Junto a este equipo de ILAS trabajó un psicólogo del Policlínico 30 de Marzo, perteneciente a Médicos del Mundo. Ha sido también un gran aporte de esa institución el haber podido trabajar físicamente en el local del Policlínico.

La demanda que ellos hacen es para 30 personas que participan regularmente en la Agrupación.

Primera Sesión

A la primera sesión llegaron 16 personas, casi todas con roles dirigentes dentro de la Agrupación y trabajamos sobre los objetivos del grupo, sobre lo que esperaban obtener a partir de este trabajo grupal. Fue muy difícil poder lograr establecer claramente las demandas. Estas eran diversas. Plantearon demandas reivindicativas: cómo recuperar sus trabajos, orientación jurídica para hacer demandas a las empresas donde trabajaban, para obtener jubilación, cómo lograr ser indemnizados por los años de cesantía, detención y apremios físicos; había demandas políticas: cómo democratizar las fuerzas armadas y otros; la mayoría aspiraba con timidez, a que el trabajo grupal les permitiera expresar dolores, compartir miedos y conversar acerca de las repercusiones de lo vivido en el contexto familiar, que es un tema por el cual siempre manifiestan un gran interés.

Expresamos al grupo nuestra imposibilidad de trabajar sobre tan diferentes demandas, explicamos de acuerdo a nuestro quehacer cuáles podíamos acoger y cuáles no, para un buen logro del trabajo. Fijamos una reunión una vez por mes con una duración de 7 horas, entre julio y diciembre de 1990.

¿Cuál es la realidad del grupo? ¿Quiénes lo componen?

En la segunda sesión, el grupo se compone de 13 personas, las cuales corresponden a 9 grupos familiares. Cuatro de ellos participan con sus esposas, porque relatan que han tenido muchas dificultades para conversar con ellas acerca de cómo vivenciaron la experiencia de

la prisión. Son 6 mujeres y 7 hombres. La totalidad de los hombres y 3 mujeres tenían 16 años y fueron sacadas desde sus colegios, una de ellas embarazada. Ellas permanecieron allí, desde que el campo fue inaugurado hasta que lo cerraron.

A estos 9 grupos familiares pertenecen 48 personas, todos tienen hijos en edades que fluctúan entre 1 a 30 años.

La situación laboral del grupo corresponde a lo que es la realidad del pueblo de San Antonio: 4 están cesantes, 4 tienen trabajo ocasional, 3 son dueñas de casa y 2 son comerciantes.

La escolaridad del grupo es de nivel de educación profesional sólo en un caso, 2 con educación media completa, 7 con educación media incompleta, 2 básica completa y 1 básica incompleta.

En términos de la previsión, 5 grupos familiares no tienen previsión y 4 sí la poseen.

Cinco miembros del grupo tienen casa propia de material ligero, 3 grupos familiares viven de allegados y 1 familia vive temporalmente en una casa cedida.

La mayoría de los componentes del grupo están casados (8) de los cuales 2 hombres están casados por segunda vez, una mujer está separada por tercera vez. Uno de los casados por segunda vez, relata ruptura matrimonial durante su detención y en los otros 2 casos se produce después de la detención. De los que están casados, 4 presentan serios conflictos de pareja y con los hijos, no correspondiendo ninguno a los casados por segunda vez. El resto manifiesta no tener problemas en la actualidad.

Las edades de los participantes fluctúan entre los 34 y 60 años. Dentro de la primera generación se visualizan grandes problemas de salud (cáncer cérvico-uterino, tumor cerebral, úlceras gástricas, etc.). En la segunda generación se presentan cuadros depresivos, trastornos de la conducta, trastornos del aprendizaje.

Es en la segunda reunión, donde podemos empezar a trabajar en forma más estructurada. El grupo se redujo, por la deserción de 3 personas, cuyos intereses estaban claramente centrados únicamente en las demandas más reivindicativas. El resto del grupo las tenía y las sigue teniendo, pero lo que la mayoría de quienes conformaban este grupo quería, era abocarse a un trabajo que tuviera que ver con sus experiencias en la prisión y las consecuencias de ello en la vida posterior.

La demanda en esta sesión es más explícita y homogénea. Son varias las temáticas que ellos quieren abordar: lo primero que surge es la necesidad de hablar de los miedos, de las penas. También se trabaja en las 6 sesiones que tenemos entre julio y diciembre, en problemáticas que están relacionadas con las consecuencias de la represión en sus familias, las relaciones de confianza al interior del grupo, roles de los miembros en la Agrupación y al interior del grupo, utilizándose para ello distintas técnicas como juegos, role playing, escultura e imaginaria. En cada una de estas sesiones va apareciendo la dimensión del daño sufrido y va siendo relacionada con la temática a abordar en la sesión correspondiente.

Parte de la última sesión se dedicó a la evaluación del trabajo realizado en el segundo semestre de 1990.

Los miembros del grupo hacen una evaluación a 3 niveles:

1. Individual, es decir lo que ha significado para ellos en cuanto personas.
2. Grupal.
3. Repercusiones que el trabajo de este grupo tiene en relación con la Agrupación.

En lo individual expresan: estar más relajados, conocerse mejor ellos mismos, sienten algunos que el grupo los ha ayudado en lo personal, lo que ha incidido en una mejor comunicación con la pareja y que se han permitido expresar cosas guardadas por muchos años.

En relación a la evaluación grupal que han hecho, sienten que son un grupo, que se sienten confiados y viviendo un reencuentro entre ellos.

Según sus opiniones, las repercusiones que este trabajo tiene para la Agrupación en cuanto organización, en la cual tienen roles dirigentes, es positiva por cuanto se reafirman como miembros de ella, sienten que si ellos están bien la Agrupación se beneficiará de ese "estar bien". También piensan que es bueno que otros miembros de la Agrupación se interesen por participar en el trabajo grupal.

Manifiestan tristeza porque se acaba el período que de conjunto habíamos determinado trabajar, perciben como insuficiente el tiempo trabajado y en algunos momentos hay sentimientos muy fuertes por la separación porque el vínculo fue significativo.

La separación en este tipo de grupo es siempre compleja porque se vive como una pérdida más, luego de tantas ya experimentadas. A este proceso creemos que hay que dedicarle al menos 2 sesiones.

La trabajadora social se insertó casi siempre como observadora. La observación en el trabajo grupal es absolutamente necesaria porque quienes están coordinando, están absolutamente involucrados en las interacciones, lo que va generando estímulos y respuestas. No se puede trabajar sin observar lo que es significativo, para poder entender lo que realmente pasa al interior del grupo. Para percibir bien se requiere estar inserto en el grupo, vivir con él lo que se experimenta para luego dar paso a la reflexión.

Para lograrlo, el observador registró intervenciones verbales, gestuales, postura corporal, silencios, distribución en el espacio, con el fin de afinar la labor del grupo de quienes están dirigiendo el trabajo. El observador nunca está fuera del grupo, siempre está participando en su tarea pero verbaliza sólo cuando lo estime conveniente o le sea solicitada una opinión.

El ejercicio de observación exige que se recoja absolutamente todo lo que pasa en la sesión, pero sin hacer evaluaciones a priori. Los hechos no deben registrarse en forma aislada sino deben responder a una unidad, ya que la observación del comportamiento social no tiene valor si no da cuenta del clima que existe en ese momento o una unidad de comportamiento, dentro de la cual está ocurriendo lo que se está observando.

Natalio Kisnerman* dice: “La observación se convierte en técnica científica cuando sirve a un objeto de investigación, es planificada sistemáticamente, es controlada y está relacionada con la teoría. La exactitud de la observación queda asegurada por el registro, lo que se produce en el momento de la ocurrencia de cada reunión. Esto es parte del encuadre, lo que debe clasificarse con precisión, ya que el no hablar, mirar y registrar puede despertar ansiedades persecutorias en los miembros del grupo.”

* Kisnerman, Natalio y colaboradores GRUPO. Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social. T.Omo VI. Editorial Humanista. Buenos Aires. Argentina.

III. CONCLUSIONES:

El trabajo social grupal es una respuesta en sociedades donde se valora lo comunitario. Una característica más es que el trabajo social grupal o cualquier trabajo con grupos es más adecuado y eficaz en la perspectiva que permite dar una productividad superior a los recursos que se tienen.

En la tarea de reparación social, a la que estamos abocadas las instituciones de Salud Mental y Derechos Humanos, el trabajo grupal surge cada vez con mayor fuerza, transformándose en una demanda permanente.

Sin embargo, trabajar en grupo con personas que han sido víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, no es una tarea fácil. Es necesario pensar y repensar este abordaje con personas traumatizadas extremas; la pregunta para los trabajadores sociales es ¿cómo pueden los miembros del grupo actuar sobre el miedo, tomar conciencia de sus recursos y potencialidades, si la marginalización y estigmatización que han vivido por años en muchos casos destruye la autoimagen?

El grupo de Ex-Prisioneros de Tejas Verdes comienza a trabajar con demandas poco explícitas, como un grupo abierto, tienen grandes dificultades para asumir la nueva realidad que vive el país. La transición a la democracia significa que renacen tantas posibilidades simbolizadas en la esperanza, pero también hay un aspecto pesimista en ellos, porque saben que hay una parte de la experiencia de sufrimiento que no podrá ser reparada. Esa parte debe ser elaborada, tanto individual como grupalmente.

En este sentido, el trabajo grupal con traumatizados extremos debe tener:

1. Como objetivo principal, desde los trabajadores sociales y profesionales que trabajan en salud mental, el de aumentar sentimientos de autoestima y seguridad. (Esto se logra sólo cuando tanto dentro del grupo como fuera del grupo se reducen las presiones). El grupo debe redefinir la identidad y autoestima de sus miembros.

2. Es necesario que se elabore grupalmente lo vivido para removilizar las capacidades que ellos tenían previamente, para ayudar a la consecución de proyectos individuales y grupales, lo que no impide que haya miembros del grupo que accedan al trabajo individual. Hay que

pensar que tienen un pasado común pero les cuesta aceptar el presente.

3. En estos grupos es muy importante que cada miembro comparta sentimientos, pero que reconozcan las diferencias entre unos y otros, para adquirir nuevas perspectivas de sí mismos y de los demás.

Uno de los grandes logros del grupo a partir del trabajo fue que realizaron un diagnóstico de salud de la Agrupación, aspecto en que la realidad es muy dramática y, junto a eso, haber tomado contacto con las autoridades pertinentes para buscar una solución al problema. Esto demuestra que la presencia permanente de la realidad externa va permeando al grupo, llevándolo a enfrentar desde su particular realidad la nueva realidad en que están insertos. Creemos que en ese sentido el trabajo grupal ayudó a redefinir identidad y autoestima, aun cuando creemos que todavía queda mucho por realizar.

Los trabajadores sociales que trabajamos en el área de la salud mental, debemos exigir una formación con más énfasis en esta temática. Sin embargo, los métodos y las técnicas no son útiles, si no van acompañados de una fuerte sensibilidad, compromiso con los individuos y grupos, de una percepción correcta de los fenómenos sociales y su incidencia en los individuos. Debemos creer en el ser humano para poder hablar del “nosotros”.

UNA EXPERIENCIA DE TALLERES RECREATIVOS DE PIDEE EN LA PROVINCIA DE VALDIVIA

*SILVIA ALBORNOZ
Psicopedagoga
PIDEE*

El trabajo que se presenta corresponde a las etapas de un modelo de intervención a través de Talleres Recreativos orientados a la recuperación de niños víctimas de la represión y está inserto en el programa de la Fundación de Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia, PIDEE.

PIDEE extendió sus programas a las provincias a partir del año 1981 con el objeto de rescatar al niño con trastornos derivados de la acción represiva sobre él y su familia habilitando recursos para posibilitar la salud física y mental.

Se consideró necesario crear un lugar de encuentro donde los niños pudieran expresar sus sentimientos y compartir sin temores sus problemas. La idea era además generar y capacitar equipos locales que pudieran asumir la asistencia técnica y social de la población PIDEE, asesorados por el equipo itinerante de Santiago formado por un pediatra, un psicólogo, un psicopedagogo, una asistente social y una artesana.

El programa de trabajo se organizó a través de las siguientes etapas:

- Se consideraba primero el contacto y sondeo del lugar como también el catastro de la población afectada.
- Reconocimiento y encuentro del grupo técnico itinerante con la población ya catastrada.
- Luego el equipo itinerante realizaba el diagnóstico de la situación socio-económica, salud física y mental y en el área educacional de los menores.
- Formación de equipos locales y organización de talleres.
- Afianzamiento del equipo local con asesoría directa de los profesionales del equipo de Santiago.

- Análisis y revisión del programa como también la evaluación permanente del trabajo. Supervisión y seguimiento de la atención e incorporación de nuevas familias.

El primer intento de intervención se realizó en la provincia de Linares en el año 1981. Por razones imperantes en esa fecha no se concretizó el trabajo y debimos suspenderlo. A poco andar, nos dimos cuenta que nuestra experiencia profesional no tenía relación con la realidad que nos tocaba enfrentar, de manera que fue necesario estudiar cómo abordar la atención a niños víctimas de hechos represivos.

Por otro lado, las situaciones vividas a partir del año 73 y las características de vida en provincia impedían romper el temor y el miedo de la gente a participar. El encuentro periódico con un grupo extraño a la provincia era también considerado un riesgo.

La carencia de profesionales que contaran con la confianza política que requerían los beneficiarios, retrasaba nuestro objetivo de formar un equipo local para atender a los niños. De esta forma en la ciudad de Chillán, el primer año, realizamos la intervención en forma directa, viajando cada semana.

A partir del año 1982, se fueron creando sedes en otras provincias como Linares, Talca, Temuco, Valdivia y La Serena-Coquimbo.

El programa de atención se fue estructurando de acuerdo a la experiencia recogida, a la realidad y necesidad de los grupos beneficiarios y también de acuerdo a las características de la provincia.

Nuestro trabajo requería desarrollar una labor terapéutica a través de técnicas que permitieran la cobertura deseada.

La opción fue conducir el proceso terapéutico a través de talleres fundamentalmente expresivos que dieran además la posibilidad de un espacio recreativo para hacerlo más significativo para los niños.

Fue necesario capacitar personas que requerían cumplir ciertos requisitos personales, que facilitaran el ámbito de acogida y que significara una intervención terapéutica para los menores enfatizando el encuentro y socialización y no la pericia y técnica enseñada. Estos talleres se programaban de acuerdo a la evaluación de intereses de los niños y estaban dentro del área de la música, artes plásticas, teatro, deporte y recreación.

Las actividades de psicopedagogía y apoyo pedagógico se realizaban también dentro de este marco en un ambiente muy afectivo y segurizador para el niño.

Los talleres que inicialmente fueron planteados y programados sólo para menores, muy pronto se ampliaron para los adultos, pues los problemas de ellos interferían con los proyectos de los chicos. Los adultos no contaban en ese tiempo con ningún tipo de asistencia y aparecían muy dañados.

Las características de las ciudades de provincia y el estilo de vida, en los que la situación del perseguido era mucho menos protegida, tanto por la menor privacidad como por la ausencia de organismos solidarios que acogieran a estos grupos, les daba a sus vidas un sello muy desesperanzado, amenazante y carente de recursos para solucionar su aflictiva situación económica. Todo ello hacía difícil que se organizaran en grupo para sumar esfuerzos y llevar alivio a sus hogares. Las relaciones que alguna vez pudieron tener, se vieron deterioradas por la desconfianza y el resentimiento.

Nuestro trabajo con los adultos pretendió ser una respuesta a esta situación, sumando a la experiencia acumulada los recursos detectados en el medio local.

En resumen, nuestra experiencia con los Talleres Recreativos orientados a menores víctimas de la represión ha aparecido como un recurso eficaz en cuanto ha logrado efectos reparatorios en el ambiente psicosocial de los niños, observándose, primero, cambios en el ámbito de la sociabilidad, siguiendo en orden decreciente los progresos en el equilibrio emocional, afectividad e imagen personal.

Destacamos además el valor de la capacidad funcional de la familia para favorecer estos resultados.

El video que se va a presentar corresponde a una experiencia de Taller de la provincia de Valdivia*.

* Esta exposición se acompañó de un video en el cual se mostró in extenso las diferentes fases del desarrollo de los talleres implementados.

ESTUDIO EXPLORATORIO DEL ESPACIO EN RELACION A LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES Y FUNCION DE SOCIALIZACION

MARCELA PINTO, Asistente Social
M. EUGENIA BLAZQUEZ, Asistente Social
ALICIA ARRIAGADA, Asistente Social
Especialistas en familia
Chillán

I. INTRODUCCION

Durante el trabajo profesional los asistentes sociales hemos observado una compleja problemática que afecta a los individuos que ocupan viviendas en precarias condiciones y de espacio reducido.

Esta relación de espacio-habitación reducido - problemática, nos parece más clara aún cuando diagnosticamos la dinámica familiar, es decir, el funcionamiento de los subsistemas (marital, filial, fraternal) y el cumplimiento de las funciones.

Estos tres elementos, que aparecen después de cada atención social que realizamos (espacio habitacional - dinámica familiar - problemática), hizo que tres asistentes sociales durante la especialización como terapeutas familiares en 1985 decidiéramos hacer un estudio exploratorio que nos acercara a la importancia del espacio en los subsistemas familiares y en la función de socialización.

En este estudio se trabajó con una muestra extraída de menores que habían permanecido durante un período en Conin-Chillán en 1984 y ya estaban en sus casas. Las familias encuestadas pertenecían a diferentes sectores poblacionales de la ciudad y fueron entrevistadas por nosotras mismas en sus domicilios.

La experiencia nos permitió concluir que el espacio habitacional reducido influye en el funcionamiento de todos los subsistemas familiares y que el subsistema marital aparece afectado en mayor medida.

Se puede establecer que la socialización de los niños, especialmente lo referente a la inculcación de hábitos, normas, usos y costumbres socialmente aceptados, se ve entorpecida por el espacio habitacional reducido.

II. MARCO TEORICO

El cuadro situacional de las corrientes actuales de la sociología de la familia analiza el contexto en que se desenvuelve el individuo y la respuesta de éste ante ese contexto. Tal corriente reconoce a la familia como una unidad de personas interactuando de una manera continua y la considera un sistema social, en que se ponen en evidencia los roles y status.

Se considera que un grupo familiar se constituye en lo principal para sus miembros cuando éste ha crecido y se ha desarrollado normalmente, es decir, cuando funcionan adecuadamente los subsistemas filial, fraternal y marital. Estos funcionan adecuadamente cuando tienen la oportunidad de cerrar sus fronteras e interactúan como subsistema y al mismo tiempo, cuando pueden abrirse para interactuar entre ellos.

Respecto al cumplimiento de roles y status, debe existir un espacio habitacional que permita el ejercicio de las funciones. Así, por ejemplo, quien cumpla la función de proveedor, necesitará de un espacio físico adecuado para dormir bien, relajarse y de este modo enfrentar en buenas condiciones su vida laboral.

Johnson y otros definen a la familia como un equipo de 2 o más personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción que residen juntos.

De las definiciones de familia se desprenden elementos que es importante señalar:

- a) Personas unidas por sangre, matrimonio o adopción.
- b) Interactúan, se comunican, existe una red de roles y status.
- c) Crean y mantienen normas y valores, usos y costumbres comunes.
- d) Ocupan una habitación en común.

Por otra parte, la vivienda es definida como “el primer elemento de la seguridad de un Estado, pues, el asentamiento de sus habitantes es la condición esencial de su soberanía. Esta condición de necesidad biológica, social y económica, básica, ha otorgado a la vivienda su reconocimiento prácticamente universal como uno de los derechos sociales de la población”.

De las definiciones de vivienda destacamos aquella que la indica como “un conjunto de espacio y estructuras físicas y servicios exclu-

sivos o comunes, que constituyen el medio ambiente material en que debe desarrollarse la familia". Se considera tan importante el espacio habitacional que se ha señalado que un espacio de 14 a 18 metros cuadrados por persona sería el ideal para que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Posibilitar el desarrollo de formas adecuadas de interrelación.
- b) Permitir la delimitación de fronteras de los distintos subsistemas.
- c) Posibilitar la utilización del tiempo individual y familiar armónica y constructivamente.
- d) Permitir a la familia desarrollar en forma adecuada todas las funciones que la sociedad exige.

Considerando algunas estadísticas provinciales, se ha encontrado en Ñuble (1985) que de un total de 389.496 personas se ha encuestado (CAS) 267.654, es decir, el 68,72% de los habitantes que representan un total de 54.576 familias. De éstas, 19.031 (34,87%) viven en mediaguas, mejoras, etc. y 35.545 en casas o departamentos. Cabe señalar que el 31,28% de la población no estratificada pertenece en su mayoría a zonas céntricas de las comunas de Ñuble donde las viviendas son de mejor construcción. Las viviendas denominadas mediaguas, chozas, rucas, conventillos, tienen características comunes que son:

- a) construcción de material ligero, desechos;
- b) no proporcionan resguardo ni seguridad;
- c) generalmente están conformadas por una pieza dividida por tabique o cortina de género;
- d) mínimo espacio por persona, no permite desplazamiento normal en sus interior;

Basado en lo anteriormente señalado, se centra el interés en estudiar la situación de un número determinado de familias que viven en viviendas de espacio reducido y que han sido atendidas por un programa social como es el que otorga el centro institucional Conin-Chillán. Creemos que gran parte de los problemas de los menores deriva de sus condiciones de vivienda que alteran el normal desarrollo de la familia.

III. OBJETIVO

Tener una primera aproximación respecto a la realidad familiar de los habitantes de viviendas de espacio reducido.

IV. HIPOTESIS DE TRABAJO

1. A menor espacio habitacional por miembro de grupo familiar más difusas se presentan las fronteras de subsistemas.
2. A menor espacio habitacional más restringida la función socializadora en términos de: inculcación de hábitos, respeto al espacio individual, normas de disciplina.

V. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

El instrumento contaba con 52 preguntas que se aplicaron a 9 grupos familiares. Por razones de espacio se seleccionaron algunos resultados que grafican más claramente por qué se llegó a las conclusiones que posteriormente señalaremos.

EDAD DE LOS NIÑOS

Rangoedad	0 - 6	7 - 12	13 - 18	19 y más
Frecuencia	21	15	2	-

La mayor frecuencia se encuentra en menores de 6 años, seguidos por el grupo de 7 - 12, encontrándose la mayoría absoluta entre 0 - 12 años.

ESTADO CIVIL

Casados	6
Solteros y convivientes	2
Viudos, separados y convivientes	1

La mayor frecuencia se encuentra en grupos familiares legalmente constituidos.

NUMERO DE PERSONAS POR GRUPO FAMILIAR

Nº 1	2	3	4	5	6	7	8 y más
fam.	-	-	-	1	2	2	3 1

La frecuencia mayor en el número de personas por grupo familiar lo tiene el rango 7, el resto está distribuido en los rangos superiores a 3 personas.

ACTIVIDAD DE LOS PADRES

Padre	f	Madre	f
Cesante	6	Lavados	2
Chofer	1	Dueña de casa	7
Nochero	1	-	-
Auxiliar	1	-	-

El 66,6% de los padres están cesantes y sólo realizan trabajos ocasionales, el resto del porcentaje se distribuye en otras actividades en frecuencias iguales.

TIPO DE VIVIENDA

	Mediagua	Módulo	Piezas	Otros
f	4	2	2	1
%	44,4%	22,22%	22,22%	11,1%

Un alto porcentaje de familias viven en mediaguas (44,4%), dato realmente representativo, ya que la muestra se obtuvo precisamente de familias con condiciones precarias de vivienda.

Las viviendas están construidas de madera en un 88,8% de los casos, el restante 11,1% es de adobe.

NUMERO DE CAMAS

Nº	1	2	3	4	5	6	7 y más
f	1	2	3	3	-	-	-
%	11,1	22,2	33,3	33,3	-	-	-

La mayor frecuencia se da en familias con 3 y 4 camas (33,3%)

SUPERFICIE HABITABLE

mts ²	0 - 9	10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 y más
f	2	4	1	2	-
%	22,2%	44,4%	11,1%	22,2%	-

La frecuencia mayor se da en el tramo de 10 a 18m² de superficie habitable (44,4%), seguido en igual incidencia (22,2%) por los tramos de 0 - 9 m² y 28 - 36 m².

RELACION DE PARENTESCO ENTRE LOS QUE COMPARTEN DORMITORIO

	f	%
Los niños solos	2	16,0%
Padres solos	-	-
Parientes y allegados solos	-	-
Padres y niños	7	58,3%
Padres y parientes	-	-
Padres, niños y parientes	2	16,0%
Parientes solos	1	08,3%

Comparten el mismo dormitorio en un mayor porcentaje (58%) los padres con sus hijos, en igual porcentaje (16%) padres, niños y parientes y niños solos.

**RELACION ENTRE PERSONAS,
EDAD Y PARENTESCO EN EL USO DE LAS CAMAS**

Relación entre personas	Rango edades:				
	0-6	7-12	13-18	19 y más	Todas edades
Padres con niños hombres	5	-	-	-	-
Padres con niñas mujeres	2	-	-	-	-
Padres con niños y niñas	1	-	-	-	-
Padres con niños=edades	1	-	-	-	-
Parientes femeninos con niñas	-	-	-	-	-
Parientes masculinos con niños	-	-	-	-	-
Parientes femeninos con niños	1	-	-	-	-
Hermanos entre sí igualdad	-	5	-	-	-
Personas sola	3	5	-	-	-
Hermanos entre sí igualdad	3	-	-	-	-

Respecto de las personas que duermen más de una en una cama, las más altas frecuencias se encuentran en: padres con hijos (7), hermanos entre 7 y 12 años y hermanos de todas las edades que duermen juntos.

SOBRE QUE CONVERSAN Y DISCUTEN LOS CONYUGUES

	Discuten	Conversan
Dinero	4	4
Salud niños	-	3
Comportamiento niños	2	3
Alcoholismo	5	2
Problemas vivienda	1	3
Problemas vecinales	-	3
Celos	3	1
Otros (necesidad de trabajo)	1	2
De ellos mismos	1	3

Las discusiones se centran mayoritariamente en las problemáticas del alcoholismo, el dinero y los celos, en tanto que las conversaciones se refieren sobre todo al dinero, a la salud y el comportamiento de los niños, problemas de vivienda, vecinales y de ellos mismos.

¿QUE ENTORPECE LA VIDA INTIMA DE LOS CONYUGUES?

Tengo sólo una cama	1
Comparto la cama con marido, y otros	4
Otras personas más en la misma pieza	4
Alcoholismo de mi marido	3
Mal genio de mi marido	1
Falta de interés del marido	3
Falta de interés de la mujer	4
Se escucha en las otras piezas	3
Alcoholismo de ambos	1

Se destaca con la misma frecuencia el compartir la cama con el marido y otros, la presencia de más personas en la pieza y la falta de interés de la mujer; segunda prioridad tienen el alcoholismo del marido, la falta de interés del marido y el hecho que se escuche desde otra pieza.

¿SON LEALES?

	El a ella	Ella a él
Logra guardar secretos del otro	3	3
Justifica acciones del otro frente a terceros e hijos	7	7
No	2	2

Los dos integrantes de la pareja se muestran lealtad, sin embargo es considerable la frecuencia entre las parejas que no son leales entre sí.

JUEGAN LOS NIÑOS ENTRE ELLOS?

Sí= 9

No = 0

¿DONDE JUEGAN LOS NIÑOS?

Unica pieza	3
Comedor	1
Dormitorio	2
Patio	8
Calle	3
Dormitorio, cocina	1

En la totalidad de las familias a las que se les aplicó el instrumento se observa que los menores juegan bajo cualquier circunstancia y en cualquier lugar.

¿POR QUE PELEAN?:

Juguetes	4
Celos - egoísmo	4
Espacio	4
Burlas	1
Falta de espacio	1

Los motivos de las peleas son principalmente los juguetes, celos, egoísmo y espacio; no tiene mayor relevancia las burlas entre ellos.

LOS NIÑOS EN SU RELACION (ALIANZA)

Se ayudan en las tareas y otros	6
Se defienden mutuamente cuando son atacados	6
Se tapan mentiras y maldades	3
Se conocen los secretos	1
Comparten lo que tienen	2

Existe relación de alianzas que se manifiesta en que se ayudan en las tareas y otros, se defienden mutuamente cuando son atacados, se tapan maldades y mentiras.

SE REUNEN PARA COMER

Sí = 6 No = 3

¿QUIEN ENTREGA NORMAS?

	EI	Ella	Nadie
Levantarse a determinada hora	-	7	-
Comer a determinada hora	-	3	-
Llegar a la hora (puntualidad)	-	4	-
No contestar a los papás o mayores	3	3	-
No decir groserías	3	3	-
Ninguna norma	-	-	1

Al igual que en el cuadro anterior, la madre es quien se preocupa de la entrega de normas, siendo la de más frecuencia la de levantarse a una hora determinada y llegar a la hora, es decir, puntualidad.

Se destaca el caso en que no se manifiesta la entrega de norma alguna.

¿QUIEN ENTREGA LOS VALORES?

	El	Ella	Nadie	Otro
Lo que es bueno y malo	4	6	-	1
Que se cumpla con su deber	2	4	-	-
No tomar lo que es ajeno	5	5	-	-
No acusar al hermano	2	-	-	-

En la entrega de valores participan tanto los padres como las madres y la de mayor frecuencia es indicarle a los hijos lo que es bueno y malo y no tomar lo ajeno.

¿DELEGAN RESPONSABILIDADES EN LOS NIÑOS?

	0-5	6-10	10-14	14 y más
Cuidar a hermanos menores	1	2	4	-
Hacer compras	2	4	2	-
Pedir ayuda (limosna)	-	1	1	-
Trabajos domésticos	-	2	2	-

Los niños en edades de 6-10 y de 10-14 años son los que asumen algunas responsabilidades en el hogar. Entre éstas se destaca con mayor frecuencia el cuidado de los hermanos y el hacer compras; sólo 2 niños ejecutan trabajos remunerados y 2 salen a pedir limosna.

RELACION HIJOS - PADRES:

Son respetuosos	7
Les mienten	5
Son cooperadores	4
Son cariñosos	6
Tienen confianza en sus padres	5
Son rebeldes	6

En la relación entre hijos y padres se aprecia la mayor incidencia en hijos respetuosos y cariñosos con sus padres como también en hijos rebeldes.

DEMUESTRAN INTERES POR

Trabajo del padre	4
Trabajo doméstico en la madre	3
Problemas del hogar	3
Alcoholismo del padre	1
No corresponde por edad	1

Los niños demuestran mayor interés por el trabajo del padre y los quehaceres domésticos de la madre. Poco representativa es la preocupación de los niños por el alcoholismo del padre.

VI. ANALISIS Y CONCLUSIONES

Si al cuadro de privación económica y educacional se le agrega un espacio habitable de entre 10 y 18 m², aproximadamente 3,5 m² por persona, 0,4% camas por persona, la no existencia de lugares para guardar ropa, utensilios y otros, además de camas y piezas compartidas entre niños y adultos, nos encontramos con grupos familiares con relaciones conflictivas, desajuste en los subsistemas marital, filial y fraternal, límites muy difusos entre los subsistemas. Por lo tanto, existe un limitado cumplimiento de roles y funciones que tiende a la desorganización y a una percepción limitada de la vida.

Lo anterior se traduce en una precaria socialización de los hijos: formación de hábitos, normas, valores, ideología, creencias religiosas, etc.

Los límites son difusos e imposibilitan un desarrollo armónico del grupo y de cada uno de los miembros.

El estudio nos demostró que el niño no recibe educación en relación al espacio, no siente la necesidad de un espacio individual, sólo a un menor le molestaba compartir su cama pero debido a que su hermano sufría de enuresis. La falta de conciencia de la importancia del espacio individual en el desarrollo del individuo se estima que proviene

de: falta de vivencia en espacios mayores, escasez de recursos y a la socialización que recibieron sus padres.

Todos los subsistemas se vieron influidos negativamente por el escaso espacio donde se desarrollaba su vida familiar; al no existir límites claros no hay un funcionamiento apropiado de éstos. El estudio arrojó también que el subsistema más afectado es el subsistema marital. Hay falta de privacidad para satisfacer el impulso sexual.

Junto con vivir la situación son capaces de percibirla, es así como a las madres les molestaba compartir camas y pieza con los niños y que se escuchara su intimidad.

En relación a la segunda hipótesis planteada, podemos asegurar que el espacio influye junto con otras variables en la socialización de los menores. Por ejemplo, la no existencia de lugares para guardar la ropa limita la enseñanza del orden.

Al encontrarse difusos los límites de los subsistemas, los menores no reciben la orientación adecuada en relación a los valores, usos y costumbres socialmente aceptados.

Siendo este un estudio exploratorio, arroja entre sus resultados la necesidad de profundizar en el tema utilizando para ello los métodos y estrategias de la investigación científica, lo que serviría como argumento válido cuando se planifique la construcción de viviendas populares y el efecto que el espacio de éstas estaría provocando en el funcionamiento de los grupos familiares que en ellos habitan.

PROYECTO DE SALUD MENTAL Y PARTICIPACION COMUNITARIA CONSULTORIO N°4

*LUCIA ROJAS, Asistente Social
Chillán*

I. Introducción

El ser humano es un desafío para todos aquellos que pretendan o tengan como ideal la transformación de la realidad cotidiana para hacer un mundo mejor, más justo, más digno, más fraterno, más humano.

A pesar de que la ciencia y la tecnología han avanzado a pasos agigantados en los últimos 20 años, no se ha producido el mismo ritmo de avance en lo que significa el ser humano, la persona como tal.

La sociedad evoluciona; sin embargo, aún quedan los cordones de extrema pobreza, las villas miseria, las poblaciones marginales, los desposeídos o como se les quiera llamar. En resumen, en 1991 debemos volver a retomar el problema siempre actual de los *pobres*. Hoy debemos abordar el problema de la salud mental a todo nivel; la necesidad de hacer algo para evitar el deterioro psíquico del ser humano emerge hoy día con una gran urgencia para nuestro país. El trabajo social, incorporado al equipo de salud, es vital y prioritario. Pero siempre que se trata de solucionar problemas de salud, surge la necesidad de un gran financiamiento y de una estructura institucional, por lo que muchas ideas quedan sin ser aplicadas.

Aquí deseo plantear un sencillo proyecto de salud mental y participación comunitaria en una población de extrema pobreza, inserto en los planes de salud de Atención Primaria del Consultorio N° 4. Es sólo una propuesta, un atreverse a proponer que el pobre también puede hacer algo por sí mismo, también tiene algo que decir, un plan para su propio crecimiento personal, si se le dan las condiciones para ello.

Con mucha fe y esperanza en la factibilidad, deseo proponer hoy este proyecto de Salud Mental y Participación Comunitaria en el Consultorio N° 4, dependiente de la Municipalidad de Chillán.

2. Descripción del entorno

- Población: Las Habas.
- N° de familias: 200
- Tipo: erradicación, en espera de viviendas definitivas.
- Viviendas: mediagüa, módulo, rancho. Hay hacinamiento y promiscuidad.
- Espacio vital: 1,8 m² en ranchas y 3.0 m² en módulos (espacio mínimo recomendado por persona= 8 m²).
- Tipo de trabajo: ocasional, sin contrato, trabajo agrícola de temporada.
- Trabajo de la mujer: como empleada doméstica por medio día.
- Ingresos: inferiores al mínimo.
- Previsión: ninguna, persisten los subsidios únicos familiares (SUF) y las pensiones asistencias (Pasis).
- Salud: alcoholismo, neurosis, desnutrición infantil y maternal, tuberculosis, problemas de retardo mental en los niños (varios casos de mongolismo), secuelas de meningitis, sarna y pediculosis.
- Areas verdes: no existen.
- Urbanización: no hay calles ni veredas, sólo 3 pasajes y 1 pasaje principal de tierra; 3 letrinas rebalsadas y 3 duchas en uso; un canal a un costado del sector que sirve de desagüe de las aguas servidas y de las letrinas, sirve además de basural. Focos de insalubridad, abundancia de moscas, zancudos y gusanos de letrinas. No hay recreación de ningún tipo, existen 3 clandestinos de venta de vino.

La organización es mínima, no se vislumbra liderazgo positivo ni participación social. Hay dependencia y desesperanza.

El poblador no tiene conciencia clara de su situación. Una minoría colabora con la mantención del ambiente. Las duchas han sido inutilizadas por el robo de las llaves, han roto las puertas, ya no sirven para lo destinado, no se limpian, por lo cual abundan los hongos. Lo mismo sucede con las letrinas comunes; los pobladores prefieren lavarse en los pilones de agua.

Debido a lo reducido del espacio vital, hay problemas de relaciones humanas entre los vecinos.

Se aprecian grupos de hombres sin hacer nada, en horas de trabajo, o bien bebidos; niños sucios y agresivos, corriendo por los pasajes o peleando unos con otros.

Ha habido robos, realizados por jóvenes de la misma población. No se puede dejar las casas solas ya que carecen de protección.

Se practica también la inhalación de neopren, los días más conflictivos son los viernes, sábados y domingos.

La mujer es esforzada, mantiene en su gran mayoría la vivienda limpia y ordenada, está preocupada por sus hijos; sin embargo, ha asumido también el rol del varón. Algunas son madres solteras, otras separadas y en su gran mayoría enfrentan el alcoholismo de su pareja. Una minoría de ellas es bebedora. La mayoría sufre depresiones y alteraciones nerviosas.

3. Etapas del Proyecto	Tiempo
- Conocimiento de la realidad.	1 mes
- Organización de pequeños grupos.	3 meses
- Educación para la salud.	6 meses
- Participación comunitaria	

4. Estrategias

a) Conocimiento de la realidad (visita de terreno).

Convocatoria por sexo y edad.

Hombres mayores de 18 años. Mujeres mayores de 18 años.

Hombres entre 15 y 18. Mujeres de 15 a 18 años.

b) Visitas domiciliarias para convocar y para conocer la realidad familiar.

c) Asambleas de adultos y de jóvenes, por sexo, en que se informa sobre el proyecto y de elaboración de diagnóstico.

d) Aplicación de técnicas para obtener un diagnóstico participativo, para determinar los problemas más sentidos por los pobladores.

e) Incorporación del equipo de salud en la convocatoria, los plenarios y en la visita al terreno.

f) Obtención de locales adecuados y preparación de material educativo.

5. Organización de pequeños grupos

a) Comenzar con las mujeres mayores y adolescentes en una primera etapa.

b) Volver a hacer un diagnóstico de problemas sentidos por el grupo pequeño y establecer correlación con los resultados de asambleas.

c) Elaboración de un programa de contenidos de acuerdo a dicho diagnóstico, para preparar material educativo.

d) Aplicación de dinámicas recreativas y de integración para unificar al grupo.

e) Aplicación de técnicas de relajación por grupo.

f) Organización de actividades de coordinación de los grupos entre sí.

g) Aplicación de técnicas de educación popular para desarrollar la participación grupal.

h) Evaluación mensual de la marcha de los pequeños grupos para mantener la cohesión.

Una vez lograda la integración grupal comenzar con la etapa siguiente.

6. Educación para la salud

a) Tomar como base lo planteado por las personas en orden de prioridad para entregar los contenidos.

b) Entregar estos contenidos en forma participativa utilizando técnicas de educación popular y diálogos grupales.

c) Reforzar el valor de la dignidad humana.

- Técnicas para el conocimiento de sí mismo.

- Ayudarlos a valorarse en su calidad de persona destacando la conformación física, psíquica y espiritual del ser humano.

- A través de técnicas participativas ayudarlos a dialogar, al autocontrol y manejo de situaciones difíciles.

- Promover la integración con la naturaleza a través de paseos y actividades al aire libre, usando plazas, parques y jardines con fines terapéuticos.

- Promover el encuentro espiritual con el Ser Supremo como fuente liberadora y de fuerza para enfrentar problemas.
- Entrega de contenidos educativos seleccionados con la participación del equipo de salud del Consultorio N° 4, usando técnicas audiovisuales y de educación popular.

7. Participación comunitaria

a) Al tomar conciencia la población acerca de la problemática en salud y su repercusión en el ser humano, las mujeres promoverán:

- Tratamiento antialcohólico de hombres y mujeres.
- Mejoramiento de las condiciones de vida.
- Organización de actividades recreativas para jóvenes y niños.

b) Para llevar a efecto sus propósitos deberán :

- Promover la integración de los varones.
- Coordinación con las instituciones que les permitan obtener sus objetivos.
- Aportar soluciones a los problemas que enfrentan y no esperar que éstos sean solucionados sin la participación activa de los que los sufren. Incorporación activa en la solución de los mismos.

A medida que los pobladores van tomando conciencia de su situación, del valor que tienen como personas, de su capacidad para resolver problemas y hacer cosas en conjunto se incorporarán al proceso de cambio conductual.

Se espera lograr:

- a) Disminución de la apatía.
- b) Disminución del alcoholismo.
- c) Disminución de las rencillas.
- d) Disminución de los conflictos familiares.

8. Recursos

Humanos: Equipo de salud del Consultorio.

Enfermera	10 horas mensuales
Matrona	9 horas mensuales

Nutricionista	12 horas mensuales
Dentista	8 horas mensuales
Asistente Social	31 horas mensuales
Auxiliar de enfermería	

Materiales: Técnicas audiovisuales

Técnicas de educación popular

Vehículo municipal

Implementación del Consultorio.

Institucionales:

Municipalidad de Chillán. Depto. Salud

Consultorio N° 4

Dirección Servicio Salud del Ñuble

Depto. Fraternidad de Iglesia Católica

Audiovisuales Iglesia Adventista

9. Meta

Al primer año de aplicación, la mujer del sector tendrá más confianza en sí misma, podrá enfrentar los problemas mancomunadamente, tendrá un conocimiento sobre la neurosis y el alcoholismo y la forma de prevenirlos.

Una vez lograda esta meta, extender el mismo proyecto al varón y a los jóvenes. Se deberá ser muy flexible en el proceso, pues si se dan las condiciones, puede empezarse el trabajo en forma paralela, a fin de obtener como meta final la incorporación de todo el grupo familiar.

10. Evaluación del proyecto

Debe hacerse después de cada etapa y de cada actividad educativa, con participación de los pobladores y del equipo de salud.

**SIMPOSIUM: SALUD MENTAL: PROBLEMAS,
EXPERIENCIAS, PROPUESTAS**

Programa de salud mental regional VII Región del
Maule

Soledad Potthoff, Gloria Sepúlveda

Intervención en crisis y represión política

Daniel Díaz, Nadia Saavedra

Salud mental y derechos humanos: perspectivas
sistémicas

Mario Galle

Transferencia de la atención de salud al sistema
estatal

Juana Kovalskys

La salud mental y la afectividad en un sector
urbano de Talca

Betty Villena

Derechos humanos: responsabilidad de todos

Rodrigo Hermosilla

El medio sociocultural como facilitador de la ingesta
de alcohol

Verónica Lavín

PROGRAMA DE SALUD MENTAL REGIONAL VII REGION DEL MAULE

*SOLEDAD POTTHOFF, Psiquiatra
(Asesora Regional)*

*GLORIA SEPÚLVEDA, Enfermera
(Coordinadora Regional)*

I. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Es conocida la dificultad que ha habido en la historia de la salud mental en Chile de implementar programas a cargo del sector salud que aborden eficazmente la problemática en esta área. En el último tiempo se ha agravado esta situación en virtud de que la práctica profesional ha derivado sus esfuerzos hacia la atención secundaria y terciaria de los desórdenes mentales, descuidando la atención primaria y, por lo tanto, las acciones destinadas a la prevención en los diferentes niveles de los trastornos mentales de la población.

Esto tiene estrecha relación con los recursos y políticas de salud imperantes en esta área, que han exacerbado la desconexión e incoordinación entre la atención primaria y la secundaria- terciaria no siendo posible entonces llevar a cabo, salvo esfuerzos aislados, acciones de psiquiatría comunitaria a nivel nacional, que es la única posibilidad de llevar los recursos de salud mental desde el interior del establecimiento y servicio especializado al seno de la comunidad.

Uno de los obstáculos evidentes que aparece cuando se trata de programar en salud mental en una localidad dada, dice relación con la gran brecha que existe entre los recursos humanos y materiales reales y la necesidad de cubrir ampliamente las demandas a nivel masivo en salud mental de dicha población.

Para salvar este obstáculo se debe convenir necesariamente en un modelo que posea un efecto multiplicador y sea, por ende, de gran cobertura y de bajo costo, como es el Programa Integral de Salud Mental que el Dr. Marconi adaptara y aplicara en un sector de Santiago por los años 70. Este programa fue propuesto por el equipo de salud mental y psiquiatría de la Séptima Región, siendo aprobado reciente-

mente en agosto de 1990 por la Dirección del Servicio de Salud del Maule para ser implementado en la zona.

La psiquiatría latinoamericana, antes de 1950, definió básicamente su accionar en torno a las psicosis y cuadros orgánicos cerebrales (patologías crónicas). Su respuesta a ello fue la creación de asilos y hospitales psiquiátricos.

Posteriormente los estudios epidemiológicos revelaron la mayor magnitud del resto de la patología y la necesidad de su incorporación a los sistemas de salud.

La respuesta a esta demanda se inicia en la década del 60 y asume dos formas: La Unidad de Salud Mental, cadena de servicios sectorizados en torno a servicios psiquiátricos en hospitales generales y la Psiquiatría Comunitaria con el programa integral, el cual, además de la cadena citada de servicios, entrega a las comunidades locales una resolución al grueso de los problemas prevalentes como lo son el alcoholismo, neurosis y privación sensorial en preescolares.

En Chile, la asistencia psiquiátrica se resume en tres etapas históricas más o menos diferenciadas.

Primera etapa o asilar

Se extiende desde mediados del siglo pasado hasta la década del cuarenta, con un modelo europeo de la época (biológico), tendiente a aislar al paciente del medio ambiente, que a su vez lo rechaza. Se crea la Casa de Orates en 1852, el Open-Door en 1928 y Putaendo en 1968, cuya finalidad era activar y rehabilitar a pacientes susceptibles de alguna recuperación mediante trabajo manual-agrícola. No hubo características significativas en lo asistencial sino sólo un arsenal terapéutico mediante fármacos y diversos procedimientos con cierto rendimiento favorable. Actualmente hay 5.000 camas, 2/3 ocupadas por crónicos de típico corte asilar.

Segunda etapa, del hospital general o unidad de salud mental

Desde los años 50-60 hasta la fecha, caracterizada por la centralización de las acciones en el equipo de salud mental intrainstitucional y por el énfasis en la recuperación del paciente agudo, considerado individualmente o en relación con su núcleo familiar: aparecen las investigaciones epidemiológicas.

Progresan la psicofarmacología y se diversifican las profesiones que constituyen el equipo asistencial. Se intenta incorporar la psiquia-

tría al quehacer de los grandes hospitales generales, mediante servicios especializados.

Tercera etapa o psiquiatría comunitaria

Durante la década del 60, se advierten esfuerzos por llevar los recursos de salud mental desde el interior de los establecimientos y servicios especializados al seno de la comunidad. Se trata de utilizar recursos existentes en la propia comunidad, además de la reasignación de funciones en los profesionales generalistas, los paraprofesionales y no profesionales.

En Chile, estas tres etapas estarían coexistiendo traslapadas, con énfasis en las dos primeras y muy incipiente en la última.

Desde la década pasada, los organismos internacionales de salud dependientes de la O.M.S. han venido desarrollando nuevos conceptos al respecto, tratando de definir más claramente los problemas de salud y las alternativas resolutivas más apropiadas. Se llega al concepto de la Atención Primaria de Salud que se definió primitivamente como: "El conjunto de acciones poco complejas pero efectivas que se ponen al alcance del individuo, las familias y la comunidad para promover y conservar la salud, así como para repararla y prevenir la enfermedad. Sería el instrumento mediante el cual se facilitaría el acceso del usuario a niveles de atención más complejas y costosas". (1977, Vargas Tentori)

La conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma Ata en septiembre de 1978 (D.S.M/UNICEF) perfeccionó la definición, estimando que era la asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptadas, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, forma integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global.

Estas directivas tienen el objetivo de ser adaptadas y adoptadas por las estrategias nacionales de cada país, en sus políticas de salud.

El interés de llevar a cabo estas estrategias ha hecho surgir dos órdenes de acción:

Uno se refiere al rediseño de las políticas institucionales de salud hacia niveles de atención según cobertura poblacional y complejidad de las acciones (Ministerio de Salud 1979).

El segundo orden de acción se refiere a recomendaciones sobre la aplicación de las actividades que aceleren el proceso de cobertura universal.

El análisis muestra que los problemas más frecuentes son aquellos de menos complejidad, en contraposición a la menor estadística de los problemas de mediana y alta complejidad. También advierte que existe un continuo inversamente proporcional entre el nivel de complejidad y su magnitud prevalente.

Las necesidades simples, intermedias y complejas versus los recursos simples, intermedios y complejos tanto en cantidad como en calidad, hacen generar estructuras funcionales denominadas Niveles de Atención. Estos tres niveles de atención se caracterizan por la relación coherente entre la complejidad de las acciones y la magnitud de la cobertura; entendiendo la cobertura como la capacidad y grado de accesibilidad utilizada de los recursos (Servicio de Salud) por la comunidad, según los niveles primarios, medios y alta complejidad para acciones de cobertura máxima, amplia y reducida respectivamente.

NIVELES DE ATENCION

Niveles	Complejidad	Cobertura	Recursos
1	Mínima	Máxima	Consultorios rurales periféricos, general urbanos, médico general, profesionales paramédicos
2	Intermedia	Amplia	Consultorios adosados especialidades básica hosp. serv. mínimo o intermedio.
3	Alta	Reducida	Serv. clínico intrahospitalario (especialidades)

Las acciones del nivel primario serían aquellas desarrolladas por el sistema de salud de las personas y del medio ambiente: la recuperación ambulatoria y domiciliaria de los problemas de salud más frecuentes y de baja complejidad, la referencia a niveles más complejos de los problemas de rehabilitación, la atención de urgencia elemental (primeros auxilios), resolución de casos simples, derivación de los más complejos a niveles superiores.

Existe trabajo de un equipo multidisciplinario básico compuesto por profesionales de salud generalista (médicos, odontólogos, enfermeras, asistentes sociales, matronas, etc.) auxiliares paramédicos y participación de agentes de la comunidad. Estas actividades se entregarían en postas rurales y consultorios urbanos generales como recursos institucionales; pero también está la posibilidad de la participación de otros recursos comunitarios o tradicionales y de otros sectores o agencias del Estado.

El otro orden de acciones se refiere a la revisión de programas y sistemas de salud en ejecución para adecuarlos a la nueva política. Se aconseja indagar más la medicina tradicional popular y articularla con el sistema de salud institucional, investigar métodos que alientan la participación activa y consciente de la comunidad, detectar la tecnología apropiada para promover su selección y adaptación a las estrategias primarias y revisar y adecuar programas de enseñanza y adiestramiento de los recursos humanos.

Se recomienda también proponer modelos de control y evaluación de las acciones, intercambiar información, asistencia técnica y proyectos de acción.

Otro concepto es la educación y capacitación continua (OPS/OMS - 1978, Reunión Docente Asistencial SNS 1984), es decir, el proceso de reforzamiento de la capacitación de acción del personal de salud con el objetivo principal de extender la cobertura de las acciones; reforzar la regionalización de las estructuras institucionales de salud, promover en dicho personal características técnicas y psicológicas específicas y estimular o facilitar la participación de la comunidad en estas acciones, todo ello orientado a mejorar la atención primaria.

La salud mental no es ajena a esta perspectiva, tomándola y aplicándola para sus propuestas. Desde la década del 60 se ha venido postulando un enfoque integral y comunitario, ya no sólo restringido a los individuos, sino ampliado a su familia y el entorno. Que no sólo tome

en cuenta factores biológicos y psicológicos, sino también los socioculturales, en la etiología de los problemas mentales. Estas respuestas son reacciones a la conocida formación de profesionales en salud mental y al bajo rendimiento relativo que se ofrecía en relación a otras disciplinas, pero que al observar con minuciosidad, se debe a un desgaste entre el proceso tecnológico científico psiquiátrico y a su dificultad de ser aplicado en los sistemas estatales de salud por las precarias e inadecuadas condiciones de planificación y estructuras funcionales que han llevado al aislamiento y frustración al personal de salud mental en este sistema esclerótico.

Es en esta óptica que la salud mental empieza a enfocarse como la expansión de roles y delegación de funciones hacia todos los otros profesionales de salud institucional y agentes comunitarios no institucionales, en una actividad múltiple, docente-asistencial.

II. ETAPAS HISTÓRICAS DEL PROGRAMA INTEGRAL

A fines de 1975 se retomó la línea iniciada en 1968 por el grupo de Salud Mental y Psiquiatría del Área Hospital Sur, con un curso sobre alcoholismo destinado a profesionales y auxiliares de los consultorios periféricos. Esto dio lugar a la iniciación de acciones de atención primaria en alcoholismo a principios de 1976, en cinco consultorios del área. Entre 1977 y 1979, el número de consultorios aumentó a 13, agregándose acciones de atención primaria en neurosis desde 1978 en forma regular.

En 1978 se definió un Área Experimental de 200 mil habitantes en el Área Sur de Santiago auspiciada por el Ministerio de Salud y la Facultad de Medicina Sur de Santiago, de la Universidad de Chile, no siendo posible la implementación por falta de apoyo administrativo.

En síntesis, el programa creció lentamente hasta 1975, para luego tener rápida implementación de instituciones de la Unidad de Salud Mental. El aspecto básico del programa, la formación de monitores D4 y técnicos D3, se estancó temporalmente pero el recurso se mantuvo potencialmente, hasta su posterior reiniciación.

Se han efectuado experiencias interesantes del programa integral en Córdoba, Argentina (1974 - 1976), Santo Domingo, República Dominicana (1977), y en 1980 se inició en Costa Rica un Área Experimental con un programa integral en alcoholismo en el Cantón de

MODELOS ESTRUCTURALES DE PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y VENTAJAS DEL MODELO INTEGRAL

Modelos	Concepción de enfermedad	Nivel de prevención	Nivel de participación	Nivel predominante de acción	Recursos institucionales	Cobertura asistencial	Formación de personal	Inversión predominante
Asilo-hospital psiquiátrico	Biología	Terciaria	Psiquiatras y colaboradores	Institucional, sin sectorización	Hospital único en el país o región	Minima	Tutorial centrada en psiquiatras	Nosología, terapias biológicas
Unidad de salud mental	Biopsicología	Terciaria y secundaria	Idem, más médicos generales y colaboradores	Institucional, con sectorización	Por área: a) Centro de salud mental consultas periféricas b) consultas periféricas c) Hogares y talleres	Parcial	Institucional en equipo profesional	Ciencias básicas, terapias psicológicas
Programa integral de salud mental	Biopsia-social	Terciaria, secundaria, primaria	Idem, más toda la población	Intracomunitario e institucional	Idem a anterior. d) Centros comunitarios de salud mental	Total	Masiva, centrada en líderes comunitarios	Epidemiología, ciencias sociales
Ventajas del programa integral	Concepción humanista	Cubre los tres niveles de prevención	Es ampliamente democrático	Actúa donde se produce el problema	Cubre demanda potencial y real	Cubre demanda potencial y real	Forma personal suficiente, a bajo costo	Tiene enfoque de salud pública

los Desamparados de San José (de 100 mil habitantes), que duraría cinco años, a cargo del Instituto Nacional de Alcoholismo y con apoyo de la OPS y OMS. También las divisiones de Salud Mental de los Ministerios de Salud de Ecuador y Honduras han mostrado interés en desarrollar programas similares.

Además de la aplicación del modelo integral a alcoholismo y trastornos emocionales (Ex-Neurosis) se considerarán los temas de sexualidad y ciclo vital familiar ya que, logrando consolidar la estructura de la pirámide de delegación de funciones, es factible el uso de los mismos recursos para la inclusión de otros temas que permitan una educación y asistencia integral de los problemas de salud mental en nuestra comunidad.

Por otro lado, algunas organizaciones no gubernamentales (que se han visto en la necesidad de responder al menos atendiendo urgencias en salud mental de la población), han desarrollado en el último tiempo diversas metodologías de educación popular que han resultado muy eficaces para propiciar la autoayuda y la movilización de recursos de la propia comunidad en la resolución de sus problemas en esta área.

Esta modalidad de educar participativamente puede desarrollarse complementariamente a las unidades de enseñanza programada, que son la base educativa del Programa Integral, de modo que en los talleres de capacitación a realizar en los diferentes niveles en nuestro Programa Regional se contemplaría la difusión de metodologías aplicadas en este campo de acción, elaboradas por CIDE (Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación).

Este mismo organismo editó un libro que contiene numerosas técnicas participativas desarrolladas por educadores populares de Nicaragua, México, Honduras, Panamá y Costa Rica que pertenecen al programa Coordinado de Educación Popular Alforja.

III. SITUACION DE LA SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría aprobado en 1989, que establece las normas y políticas a seguir en todos los Servicios en Psiquiatría y Salud Mental del país, reconoce la ausencia de investigaciones metodológicas rigurosas recientes y entrega cifras de prevalencia de los diferentes trastornos en salud mental, sustenta-

das en estudios epidemiológicos que datan de la década del 60 y principios del 70 y en algunos estudios actualizados de algunas patologías psiquiátricas que no se precisan.

En este documento se expone lo siguiente:

1. Mortalidad por trastornos mentales

Si se tiene en consideración aquellas causas de muerte específicamente diagnosticadas como trastornos mentales (por ejemplo: psicosis de diversa naturaleza, alcoholismo y otros problemas), su repercusión en la mortalidad general es muy baja. No obstante, ha existido algún incremento en los últimos años, a saber: 1981, el 0,5%; 1985, el 0,8%; y en 1987, el 0,9% del total de muertes de cada año.

Sin embargo, si se considera la participación de algunos problemas de salud mental en la producción de otras muertes, su gravitación aumenta considerablemente. Así por ejemplo, si sólo se pondera tal participación en la mortalidad por epilepsia, cirrosis hepática, suicidios y homicidios, y otros accidentes y violencias, para los mismos años tal significación asciende al 18,0%, 18,0% y 16,4% respectivamente.

2. Estructura de la morbilidad en la atención ambulatoria

a) Perfil de morbilidad en la atención ambulatoria general:

Las enfermedades mentales constituyen el 4 - 5% del total de consultas por morbilidad en el país. Según edad se distribuyen de la siguiente manera dentro de este total:

Años	% sobre el total nacional
Menor de 1 año	0,2
1 - 14	2,3
15 - 64	9,2
65 y más	2,9
Todas las edades	4,7

b) Algunas estimaciones acerca de la frecuencia de los trastornos funcionales y psicosomáticos en la estructura de la morbilidad de la consulta de adultos en medicina general y/o medicina interna, concluyen que tales problemas existen en el 20 - 40% del total de atenciones

(excluyendo diagnósticos de neurosis y similares). En relación a la atención pediátrica, se calcula que entre el 12 y el 29% de las consultas generales se asocian con problemas psiquiátricos.

c) Los adolescentes, por su parte, demandan alrededor de un 15% de la atención de los establecimientos urbanos del nivel primario. Las consultas por problemas psiquiátricos ocupan el 6º lugar del total de este grupo (3/4 partes se originan en problemas emocionales y trastornos de la personalidad).

d) Entre las enfermedades crónicas, el grupo de las enfermedades mentales representa el 8.4%. Distribución según diagnóstico principal, las neurosis son el 5.9%, la epilepsia el 2.5% y el alcoholismo el 2% de esas atenciones.

e) Estructura de la atención en consultorio externo especializado. La demanda promedio atendida en un consultorio de especialidad se distribuye en los siguientes rubros:

Neurosis	40%
Psiquiatría General (por ej. retardo mental, trastornos de la personalidad, cuadros orgánicos, cerebrales, etc.)	31%
Psicosis	23%
Alcoholismo	3%
Peritajes legales	3%

3. Prevalencia de trastornos psiquiátricos

En Chile no se cuenta con investigaciones epidemiológicas representativas de toda la población: se tienen estudios actualizados sólo de algunas patologías psiquiátricas. De acuerdo con éstos, los problemas más frecuentes se distribuyen de la siguiente manera:

Diagnóstico	Edad	Prevalencia Estimada %
Retardo Mental	0 - 18	4.0
Trastornos convulsivos	15 - 29	3.7
	0 - 14	3.2
	población total	1.7
Psicosis	15 y +	0.8
Neurosis	15 y +	11.0
Cuadros orgánicos cerebrales	15 y +	1.2
Alcoholismo	15 y +	5.0
Fármaco-dependencias	8 - 19	2.0

Algunos de estos rubros diagnósticos son presentados por un mismo paciente, en tanto que otros comprenden problemas más específicos en grados variables de intensidad. Las neurosis, por ejemplo, variarán en directa relación con la mayor o menor dificultad de vida que tengan ciertos sectores poblacionales. El alcoholismo está referido sólo a la dependencia física del alcohol, a lo que se debe agregar un 10% más de bebedores excesivos, totalizando un 15% de bebedores anormales en la población adulta. El retardo mental, por su parte, en 2/3 corresponde a grado leve y por ello puede adaptarse relativamente a condiciones de vida dentro de lo normal; de todo este rubro, entonces, sólo 1/3 plantea problemas de manejo conductual.

La población escolar de enseñanza básica (6 - 12 años) presenta alrededor de un 15% de trastornos manifestados principalmente en alteraciones conductuales, trastornos de aprendizaje, retraimiento y oscilaciones del ánimo.

La población adolescente (12 - 19 años de edad, aproximadamente) tiene alrededor de un 10% de beber anormal y de un 2% de otras fármaco-dependencias (consumo habitual de marihuana, de estimulantes sin prescripción médica y de solventes volátiles).

Algunas de las tasas anteriores pueden ser afinadas según edad, sexo, y nivel socio-económico. Así, el alcoholismo y el beber anormal son de preferencia problemas del adulto hombre y están inversamente asociados con el nivel socio-económico; la inhalación de solventes

volátiles es un fenómeno casi exclusivo de niños y adolescentes en situación de extrema pobreza y marginalidad social.

4. Repercusión laboral

La participación de los trastornos psiquiátricos entre las licencias por enfermedades curativas y como causa de pensión de invalidez es otro aspecto interesante de este panorama nacional (los datos que se presentan corresponden a población laboral activa).

TOTALES CAUSAS PSIQUIATRICAS		
LICENCIAS (1985)		
	Totales	Causas Psiquiátricas
Número	546.336 (100%)	30.791 (5.6%)
Días	5.769.217 (100%)	397.895 (6.9%)
JUBILACIONES (1984)		
Número	7.722 (100%)	836 (10.8%)

En estos datos no se refleja la prevalencia relativa de estas alteraciones considerando factores socio-culturales como lo son el nivel socioeconómico, sexo y edad que, en forma indirecta a través de la práctica profesional y de algunas experiencias que en estos años se han hecho con sectores populares, configuran la impresión de que ciertos problemas como los trastornos emocionales y el alcoholismo son bastante más marcados en los estratos sociales bajos. En relación a la fármacodependencia hay quienes sostienen que en la realidad sería más elevada, en especial si se contempla el abuso de Benzodiazepinas.

En este mismo material no se recopilan datos de prevalencia de conductas llamadas “conductas desviadas” o “patología social” como lo son la delincuencia, prostitución, suicidio.

Tampoco se aborda la situación del embarazo adolescente que, según las informaciones al respecto, concuerdan en señalarlo como un fenómeno de magnitud creciente en el último período y menos se hace mención al problema de salud mental que se ha generado en la población producto de las *violaciones a los Derechos Humanos* ligado a la represión política practicada por la administración del régimen militar anterior.

IV. LA SITUACIÓN REGIONAL

La *Región del Maule*, conformada por 4 provincias (29 comunas) comprende 850.000 habitantes según proyecciones derivadas del censo de 1982 para el año 1990.

Según mapa de la Oficina de Planificación Nacional sería la 5ª Región más pobre del país y se caracteriza por tener la mayor proporción de ruralidad del territorio nacional. También se destaca un índice de cesantía bastante más elevado que el promedio nacional y los índices de analfabetismo y biomédicos en algunas partes de la región presentan cifras alarmantes (6 comunas de la séptima región tienen entre 25 y 30% de analfabetos).

Como no disponemos de estudios epidemiológicos a nivel regional, si se aplican las tasas de prevalencia para cada modelo psicopatológico en nuestra población considerando que el 66% de 850.000 es mayor de 15 años (555.923 habitantes son mayores de 15 años) obtendremos:

- Neurosis	11,0%	61.000 habitantes	
- Alcoholismo	5,0%	17.800	“
- Fármacodependencia	2,0%	11.100	“
- Epilepsia	3,7%	20.560	“
- C.O.C. (deterioro y demencia)	1,2%	6.650	“
- Psicosis	0,8%	4.450	“

Si se considera la realidad sociocultural de la Séptima Región y se vincula al hecho de que es una *comunidad pobre, poco organizada (alta ruralidad) y con una proporción analfabeta importante*, es dable esperar que los problemas de salud mental como los *trastornos emocionales, el alcoholismo y drogadicción* sean frecuentes y probablemente *mayores al promedio nacional*. Avalan esta apreciación algunas estadísticas en que el Dr. Medina señala que en los trabajadores urbanos de bajo ingreso en Talca en 1980 había 9% de enfermos alcohólicos y en la población obrera urbana de extrema pobreza se pesquisó un 12,5% de alcohólicos.

Considerando lo expuesto hasta aquí es que el equipo de Salud Mental y Psiquiatría de la Séptima Región pretende programar inicialmente enfatizando la *capacitación a gran escala en aquellos temas que*

consensualmente se señalan como alteraciones *de mayor frecuencia en nuestra sociedad* y el despliegue de destrezas y habilidades que permitan cambiar la actitud de la población hacia la salud mental, y que junto con esto se cree un espíritu de autoresponsabilidad y autogestión en la resolución de los problemas de salud psicoemocional que se generan en ella en base a un modelo que permita una coordinación y supervisión eficaz de estas acciones en todos los niveles por el Servicio de Salud.

El equipo de Psiquiatría y Salud Mental comprende 4 psiquiatras de adultos, 1 psiquiatra de niños, 2 enfermeros y una asistente social.

Hasta la fecha en la Región del Maule ha existido una división administrativa con la nominación de un Jefe de Programa de Salud Mental y un Jefe de Subprograma de Alcoholismo por la oficina de Programa de las Personas de dicha dirección de salud. En este programa proponemos modificar esta situación incluyendo en él los objetivos y estrategias propiciados en el Subprograma de Alcoholismo que aún no había sido sancionado por la Directiva Regional, entendiéndose que ambos proyectos están basados en el mismo modelo y pueden utilizarse los mismos recursos para llevarlos a cabo.

V. EL PROGRAMA REGIONAL DEL MAULE

A. Propósitos del Programa de Salud Mental - VII Región

1. Instaurar y desarrollar el programa integral de Salud Mental en la Región del Maule.
2. Desarrollar y coordinar los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.
3. Promover y fomentar la continuidad de acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de los desórdenes mentales.
4. Movilizar a la comunidad de la Séptima Región en la creación de un espíritu de autoresponsabilidad y autogestión en la resolución de los problemas de salud mental que se generan en ella.

B. Objetivos generales

1. Aumentar y optimizar la prevención de los desórdenes más prevalentes en orden a los 3 niveles de atención.

2. Ampliar la participación de los agentes de salud generalistas, para profesionales y miembros de la comunidad en el abordaje de los problemas de salud mental.
3. Mejorar (u optimizar) la eficacia en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes mentales en los diferentes niveles de atención.
4. Favorecer la coparticipación de salud con otros sectores institucionales en la resolución de problemas de salud mental de interés común en la población de la Región del Maule.
5. Favorecer la comunicación entre el Servicio de Salud y organizaciones comunitarias y ONG que trabajen en salud mental con el fin de incorporar otras experiencias y de optimizar recursos para la resolución de estos problemas en la comunidad.

C. Objetivos específicos

1. Implementar y desarrollar el modelo integral en salud en las 4 provincias de la Séptima Región, específicamente la pirámide de delegación de funciones, con que se pretende cubrir por lo menos el 50% de las 29 comunas.
2. Profundizar los conocimientos ligados a los temas de salud mental que se configuran como problemas de mayor prevalencia en la población (trastornos emocionales, de la sexualidad, alcoholismo, drogadicción) de los profesionales que trabajen en el equipo de Salud Comunal y que en este programa comprenderán el nivel D2 de modo que sean capaces de solucionar eficazmente patologías de baja complejidad.
3. Fomentar el despliegue de destrezas y recursos personales en los profesionales que trabajan en el equipo de Salud Comunal y que comprenderá el nivel D2 en este programa para optimizar relaciones personales que faciliten el trabajo de equipo y permitan la capacitación continua de su propio personal y a nivel de la comunidad.
4. Elaboración de subprogramas de salud mental provinciales a cargo de D2 contemplando los contenidos incorporados a partir de la capacitación entregada por D1, aplicándolos de modo creativo a sus recursos humanos y materiales y priorizando las demandas de su comunidad en esta área al menos en 50% de las 29 comunas. Estos subprogramas deberán ser supervisados por D1 o equipo de Salud Mental y Psiquiátrico Regional tanto en

su elaboración como en su puesta en práctica y deben contemplar las especificaciones y prioridades para 1991 según lo dispuesto por el nivel central.

5. Continuación del apoyo a los programas ya existentes como son:
Subprograma de Neurolépticos.
Subprograma de Enfermedades Afectivas.
Actividades asistenciales en el nivel terciario tanto de la atención abierta como cerrada, según normas establecidas por el Servicio de Psiquiatría como por el Servicio de Salud del Maule.
6. Desarrollar estudio diagnóstico de la presencia de distintas organizaciones comunitarias y ONG que trabajen en salud mental en la Región en al menos 50% de las 29 comunas.
7. Organizar y fomentar un Comité de Salud Mental en la Región que tenga representación de otros sectores institucionales para permitir la participación conjunta de éstos con el sector salud en la resolución de los problemas de salud mental de la población que sea de interés común. Los sectores que específicamente se contactarán para este efecto son Educación, Trabajo, Justicia y Gobierno interior.
8. Crear un sistema de registro autoevaluativo de las acciones realizadas por los diferentes niveles de delegación.
9. Proponer metas a corto, mediano y largo plazo para las estrategias que permitan llevar a cabo los objetivos.

Estrategias según plazos:

A corto plazo (1 año):

1. El equipo de Salud Mental Regional o D1 desarrollará un taller de capacitación dirigido a un mínimo de 20 D2 con los siguientes objetivos:
 - Información sobre los programas y políticas de Salud Mental en Chile.
 - Presentación del programa de salud mental regional.
 - Profundización en los temas de salud mental que según las cifras oficiales constituyen problemas de mayor prevalencia en la población tanto en el adulto como en el adolescente y

el niño. Estos se refieren a trastornos emocionales, sexualidad, alcoholismo y fármacodependencia, nociones básicas sobre ciclo vital y familiar.

- Estimular el despliegue de destrezas y recursos personales para optimizar el autoconocimiento y las relaciones interpersonales para el trabajo en equipo.
 - Desarrollo de metodologías de educación popular participativa en salud mental, para que a su vez las implementen en su comunidad.
2. Cada representante comunal formado en esta primera capacitación elaborará, conjuntamente con otros representantes comunales correspondientes a una determinada provincia, un subprograma de salud mental provincial con participación de su coordinador provincial y de D1. Este subprograma de salud mental provincial deberá incorporar los contenidos del taller regional y las especificaciones y prioridades para 1991 dispuestas por el Ministerio de Salud adecuando su implementación de modo creativo y eficaz a sus recursos humanos y materiales y a las características de su comunidad; será evaluado una vez al año y al cabo de un año de su puesta en marcha.
 3. Cada profesional miembro del equipo especializado de salud mental continuará desarrollando sus acciones en los diferentes subprogramas de control y tratamiento de enfermos agudos y crónicos según las normas establecidas por el Servicio de Psiquiatría y Servicio de Salud del Maule.
 4. En esta etapa D1 conjuntamente con D2 realizarán una investigación sobre la existencia de organizaciones comunitarias y ONG que trabajan en salud mental en la región considerando al menos el 50% de las comunas de ésta. Se elaborará un informe sobre las características de su conformación, de los objetivos específicos y acciones que desarrollen en esta área y se confeccionará un documento normativo que señale la modalidad de coordinación entre el servicio de salud y dichas organizaciones.
 5. D1 se contactará con los Seremi (Secretarías Regionales Ministeriales) de Educación, Justicia, Trabajo y Gobierno interior para posibilitar la creación de un Comité Regional de Salud Mental con el objetivo de planificar estrategias de modo participativo en aquellos temas de interés común. Por ejemplo:

Educación: Prevención primaria en alcoholismo, drogadicción y educación sexual.

Justicia: Atención de reos insanos, niños en circunstancias especialmente difíciles.

Trabajo: Identificación de problemas específicos de salud mental dentro de los diferentes estamentos y grupos laborales de las empresas. Identificación de factores de riesgo asociados a los problemas de salud mental ocupacional.

Gobierno interior: Creación de centros comunitarios de salud mental familiar.

Estrategias a mediano plazo (2 - 4 años)

1. Repetir anualmente el Taller de Capacitación elaborado por D1 dirigido a D2 esperando que el número de representantes comunales sea cada vez mayor hasta cubrir las 29 comunas de la Séptima Región. Los contenidos del taller variarán según la experiencia de trabajo en el primer año, contemplando las diferentes evaluaciones del Primer Taller de Capacitación e informes anuales de los subprogramas provinciales.
2. Continuación del desarrollo de los diferentes subprogramas de salud mental provinciales incorporando las modificaciones pertinentes derivadas de la reflexión analítica de los diferentes informes tanto informales como formales de dichos planes realizados por D1 conjuntamente con D2.
3. Extender el contacto con organizaciones comunitarias y ONG al resto de las comunas de la Región.

Luego de la creación de un Comité Regional de Salud Mental se elaborará en conjunto un documento que establezca normas de coordinación entre ellos y el Servicio de Salud en el abordaje de los diferentes problemas de Salud Mental de interés común.

4. Organizar y desarrollar una jornada sobre salud mental en conjunto con ONG y organizaciones comunitarias de la región cada 2 años, con el fin de fomentar la sensibilización de la opinión pública sobre el tema y facilitar la creatividad de la comunidad para la organización de acciones destinadas a proteger su salud mental.
5. Elaborar e implementar un sistema de registro en forma participativa y conjunta entre D1 y D2 que sea autoevaluativo de las acciones y susceptible de ser computarizado.

6. Efectuar estudios antropológico-culturales respecto a la penetración o impacto del Programa de Salud Mental en la región, en la comunidad y viceversa.

Estrategias a largo plazo (5 años):

1. Repetir anualmente el Taller de Capacitación elaborado por D1 dirigido a D2 esperando que el número de representantes comunales sea cada vez mayor hasta cubrir las 29 comunas de la Séptima Región. Los contenidos del taller variarán según la experiencia de trabajo en el primer año, contemplando las diferentes evaluaciones del Primer Taller de Capacitación e informes anuales de los subprogramas provinciales.
2. Continuación del desarrollo de los diferentes subprogramas de salud mental provinciales incorporando modificaciones pertinentes orientadas a la reflexión analítica de los diferentes informes tanto informales como formales de dichos planes realizados por D1 conjuntamente con D2.
3. Organizar y desarrollar una jornada sobre salud mental en conjunto con ONG y organizaciones comunitarias de la región cada 2 años, con el fin de fomentar la sensibilización de la opinión pública sobre el tema y facilitar la creatividad de la comunidad para la organización de acciones destinadas a proteger su salud mental.
4. Continuar el registro de las acciones en los diferentes niveles de delegación y analizar la información de modo que permita aproximarse a un diagnóstico de salud mental en la población.
5. Creación de un centro comunitario en salud mental familiar en las unidades claves de la región.
6. Evaluación de investigación científica con participación conjunta del Servicio de Salud y universidades a 5 años plazo como mínimo.

D. Recursos Humanos

1. Equipo especializado de Salud Mental Regional compuesto por:
 - 4 Médicos psiquiatras con 4 hrs. quincenales
 - 1 Psiquiatra de niños con 4 hrs. quincenales
 - 2 Enfermeros con 4 hrs. quincenales

- 1 Asistente social con 4 hrs. quincenales
- 1 Asesor de Salud Mental de la región con 4 hrs. semanales

Este equipo corresponde a D1.

2. Coordinadores D2 provinciales que serán el nexo entre D1 y coordinadores D2 comunales. Deberá haber por lo menos un coordinador representando a cada provincia que puede comprender médico, enfermero, matrona o asistente social. Se estima que estos coordinadores deberán destinar 4 hrs. semanales a este programa.
3. Coordinadores D2 comunales que conjuntamente con su coordinador D2 provincial serán los responsables del programa a nivel comunal. Deberá haber por lo menos un coordinador por cada comuna que puede comprender médico general, enfermero, matrona o asistente social. Se estima que el tiempo necesario para llevar a cabo este trabajo es de 4 hrs. semanales.

E. Ejecución de la programación

Etapa de instalación

Se inicia con la aprobación del programa por parte de la autoridad correspondiente y la disposición de los recursos institucionales descritos.

En esta etapa se elaborará y llevará a cabo el taller de capacitación en salud mental dirigido a D2.

El tiempo estimado para cada etapa es de 2 meses.

Etapa de desarrollo

Durante esta etapa se deben abordar por D2 los diferentes subprogramas de salud mental provinciales en un plazo de 2 meses, dándose inicio a su implementación luego de ser aprobado por D1, quien también participará en la elaboración de estos subprogramas.

Paralelamente, el asesor de salud mental se contactará con los Seremis ya señalados con el fin de crear un Comité de Salud Mental Regional, y D1 conjuntamente con D2 investigarán sobre la presencia de organizaciones comunitarias y ONG existentes en la zona.

Etapa de evaluación y control

Se efectuarán controles y evaluaciones informales (estimaciones) y formales del programa según sus objetivos y estrategias conforme a metas anuales.

1. Informal o estimativa:

Se efectuarán reuniones mensuales del equipo especializado con los coordinadores provinciales y comunales para análisis y coordinación del desarrollo del programa y de los diferentes subprogramas provinciales.

2. Formal o definitiva:

Al cabo de un año se evaluará la implementación y desarrollo de los subprogramas de salud mental provinciales en base a las siguientes variables :

a) Cobertura: Rendimiento porcentual y accesibilidad.

b) Recursos:

- Aumento cuantitativo de la pirámide.
- Rendimiento cualitativo: actitudes, manejo de técnicas, adaptabilidad del trabajo en equipo, etc.

c) Metodología:

- Informe cualitativo de la metodología elegida y aplicada.
- Reconocimiento de la accesibilidad y rendimiento de las técnicas elegidas y aplicadas en los diferentes subprogramas de salud mental. Se elaborará un informe evaluativo según las metas anuales de los objetivos específicos restantes.

3. Proyección e investigación:

- Mediante los informes evaluativos de los subprogramas y los datos aportados por el sistema de registro autoevaluativo de acciones de los diferentes niveles en salud mental, se estará en condiciones de establecer una aproximación a un diagnóstico del trabajo y la situación de salud mental en la población de la Séptima Región.
- Se propondrá realizar una investigación epidemiológica actualizada en conjunto con el Ministerio y las universidades.

INTERVENCION EN CRISIS Y REPRESION POLITICA

DANIEL DÍAZ, *Psiquiatra*
NADIA SAAVEDRA, *Psiquiatra*
CINTRAS

La psicoterapia, como instrumento de ayuda psicológica, tiene un largo desarrollo y abarca desde las psicoterapias prolongadas - que exigen un entrenamiento riguroso (ej. el psicoanálisis) - hasta las terapias de corta duración, con indicaciones bien definidas que las ha hecho constituirse en una solución para los programas de salud mental ante la demanda creciente de la población. Así es como desde distintos postulados teóricos (psicoanalíticos, existencialistas, cognitivo-conductuales, etc.) surgen las llamadas *psicoterapias breves*. La técnica denominada *intervención en crisis* constituye una forma de psicoterapia breve.

En seguida nos abocaremos a desarrollar esta última; sin embargo, nos parece importante detenernos antes en el concepto de psicoterapia en un sentido amplio.

Psicoterapia: Es el tratamiento de los trastornos mentales y emocionales en un contexto de relación interpersonal, y en el cual las técnicas a utilizar se basan primariamente en la comunicación verbal con el paciente. Estas técnicas son derivadas de un modelo teórico de la génesis de las perturbaciones psicológicas y tienen como objetivo recuperar la salud mental, o sea, el logro de bienestar subjetivo, la eliminación de síntomas y la reconstitución de su proyecto histórico-vital.

Nuestra realidad asistencial tiene características singulares; si bien es cierto algunos pacientes presentan alteraciones mentales que están también presentes en el resto de la población, un número importante de ellos se ve afectado por una sintomatología derivada de situaciones puntuales de violación de los derechos humanos, sin que se encuentre en su historia psicopatología previa, lo que se corresponde con lo que más adelante definiremos como *situación de crisis*.

En correspondencia con lo anterior, el conocimiento de las técnicas a utilizar en una intervención en crisis y de su base teórica, es de gran utilidad en nuestro quehacer en el campo de la salud mental y derechos humanos. Por otro lado, por sus características de corta duración y sus técnicas simples (que permiten que pueda ser realizada

por no especialistas en un nivel primario de atención), son un aporte específico dada la alta demanda asistencial tanto en Santiago como en las regiones.

Concepto de crisis (etimológicamente: quiebre): Se ha definido como una respuesta a situaciones conflictivas que enfrenta el individuo en su vida. Es experimentada como un estado doloroso, en el que aparecen o se intensifican emociones displacenteras (angustia, depresión, síntomas psicósomáticos, etc.)

Caplan define la crisis como un estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales (proyecto histórico de vida) que se presenta en un momento dado como insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que esa persona ha utilizado en el pasado.

La crisis tiene su expresión orgánica en síntomas como angustia, trastornos cardiorespiratorios, ahogos, sensación de nudo en el estómago y en la garganta. Hay además un estado general de hipercontracción muscular, el cuerpo se dispone como para enfrentar un peligro. Todos ellos son componentes del estado de stress o sensación de agotamiento corporal que padece la persona en crisis. Es probable que haya sido la existencia de este cuadro sintomático lo que motivó a que algunos autores llamen a cierto tipos de crisis reacción de stress post-traumática.

Las situaciones conflictivas que precipitan una crisis y alteran el equilibrio psicológico previo provienen, en general, de cambios en el ambiente físico (una catástrofe, guerra, etc.), en el ambiente psicosocial (pérdida de un ser significativo, represión política, etc.), o en el ambiente biológico de la persona (enfermedad).

Existen numerosas formas de clasificar los estados de crisis. Nos parece útil para nuestro quehacer aquella que las ordena en crisis evolutivas (las que son homologables a las crisis normativas, de Erickson o las crisis del desarrollo, de otros autores) y traumáticas (o accidentales).

1. *Las crisis evolutivas* son aquellas en las que el individuo reacciona ante el acercamiento de situaciones de cambio vital; pueden presentarse de diversa intensidad en distintos individuos. Se consideran hitos normales en la vida, que obligan al individuo a superarlos para avanzar en su proceso de desarrollo. Ejemplo de éstos son el ingreso al colegio, la separación de la familia de origen, el período prematrimonial, etc.

(Otros mencionan el primer embarazo, el cambio de trabajo, el divorcio, la muerte de un ser significativo, la jubilación).

2. *Las crisis traumáticas* son aquellas derivadas de situaciones de conflicto que constituyen un accidente inesperado en la vida del individuo. Las circunstancias empujan entonces a la persona hacia un personaje que nunca había anticipado y ante el cual las estrategias de resolución utilizadas en el pasado no resultan adaptativas.

En este caso, la situación que desencadena la crisis es conocida, pero de una magnitud tal que la persona se siente abrumada por la rapidez, lo inesperado y la intensidad del cambio. Algunos autores estiman que la reacción emocional aparecida es proporcional a la intensidad de la causa, basando su afirmación en el estudio de la respuesta fisiológica a situaciones stressantes agudas.

Ejemplos de éstas son la muerte brusca o desaparición de la pareja, hijo o familiar cercano, la pérdida de la libertad, la violación, el amedrentamiento.

Así, la experiencia represiva podría entenderse también como una crisis traumática en la cual la persona sufre la ruptura de su proyecto vital, es decir, pierde la percepción de continuidad de su existencia como una historia desplegada coherentemente en el tiempo.

La crisis es un fenómeno autolimitado en el tiempo, que dura habitualmente desde unas horas hasta 6 semanas, pudiendo llegar a resolverse en forma positiva o negativa de acuerdo a los mecanismos psicobiológicos que se pongan en marcha durante la misma.

Al suceder un hecho como los descritos anteriormente, sobreviene, en primer término, una reacción de parálisis emocional, estupor y negación del hecho, seguida por una descarga emocional más o menos abierta (la pena es nuestra respuesta psicológica normal a la pérdida y la capacidad para expresarla es básica para la elaboración de un duelo). Se acompaña de sentimientos de separación o distanciamiento del sujeto respecto de lo que fue su pasado y se pierde claridad acerca de lo que va a ser su futuro.

En la siguiente fase se ponen en juego los mecanismos para resolver problemas. Estos mecanismos pueden ser exitosos o no, dependiendo de si son adaptativos o desadaptativos. La conducta adaptativa representa todos aquellos procesos psicológicos destinados a restablecer el equilibrio previo.

Nuestra experiencia nos muestra que algunos pacientes presentan mayor o menor dificultad en la resolución de la crisis dependiendo de su capacidad de integrar el acontecimiento a su biografía (pasado y futuro). Esto es, la crisis es superada cuando existe en el sujeto capacidad para anticipar la situación traumática, imaginando posibles estrategias de enfrentamiento y para darle un sentido a lo vivido, dentro de su proyecto histórico personal. Esto explicaría, en parte, el que una persona que posee un proyecto político logre una mejor resolución de una crisis motivada por actos represivos, que aquella que no lo posee, enfrentada a similar situación. Al primero le es más fácil la integración del trauma a su historia, lo que le permite recuperar la percepción de continuidad de su vida como una historia coherente.

Criterios de selección para la intervención en crisis

1. Historia de una situación conflictiva traumática reciente que estimuló la aparición de síntomas que traducen perturbación emocional (angustia, pena, rabia, desánimo, etc).
2. Evidencia clara de que el paciente se encuentra en un estado de crisis psicológica como fue definida.
3. Alta motivación para superar la crisis.
4. Capacidad para realizar un ajuste psicológico igual o superior al que existía antes del desarrollo de la crisis.
5. Inteligencia normal o superior.
6. Capacidad para reconocer las razones psicológicas de su estado de crisis (poder especificar el motivo de consulta en una queja bien definida).

Abordaje terapéutico: La intervención

Recordemos que todas las personas que acuden por atención a nuestra institución han sufrido directa o indirectamente algún hecho traumático de carácter represivo, que atenta contra sus derechos humanos. El acto violento se registra en un contexto de conflicto social establecido entre clases sociales con intereses contrapuestos.

Sin embargo, es importante distinguir que los cuadros que ellos presentan no siempre están directamente generados por el hecho traumático en sí. Hay ocasiones en que la crisis producida por ese hecho pudo haberse ya resuelto positivamente y ser otro el motivo de consulta. En otros casos, en cambio, pesquizamos una cronificación

de los síntomas, lo que requiere de una terapia psicológica más compleja.

Las técnicas que abordaremos a continuación están indicadas en aquellos pacientes en los cuales su sintomatología (angustia, reacciones de pánico, estados depresivos, etc.) está ligada a la situación represiva sufrida, no siendo ésta, primariamente, expresión de conflictos personales o intrapsíquicos individuales, ni interpersonales.

En este caso, que correspondería a un estado de crisis de carácter traumático, la intervención deberá tender a eliminar lo más rápidamente posible los factores desencadenantes de la crisis del paciente, responsables de su descompensación. En ella, el objetivo es obtener una superación rápida de la situación de crisis y la vuelta al nivel de equilibrio psicológico previo a ella.

La intervención en crisis en una modalidad de las psicoterapias breves, limitada, de objetivos precisos y específicos. Centra su acción en llevar al paciente al equilibrio psicológico existente previo a la crisis.

Es una psicoterapia que genera angustia, al tocar por ejemplo, temas difíciles para el paciente. Es directiva, pero además es una técnica de apoyo, lo que no significa que imposibilite la maduración del sujeto. La angustia constituye el motor del cambio hacia el equilibrio psicológico.

La intervención del terapeuta es solicitada en el momento en que el sujeto o sus familiares se sienten incapaces de enfrentar o superar la crisis por sus propios medios. El momento de pedir ayuda es crucial para establecer una situación que en el corto plazo posibilite enfrentar exitosamente la crisis y que idealmente coloque al paciente en mejor situación para el futuro.

La intervención en crisis es, por definición, limitada en el tiempo. Por lo tanto, la evaluación del paciente y su situación vital se superponen con la intervención terapéutica misma. Un objetivo central en este caso es que el paciente pueda retomar en el corto plazo (más o menos 6 sesiones) el control de su situación.

La ventaja de intervenir durante una crisis es que el paciente está en una situación bastante fluida de cambio externo e interno. Así es más maleable y asequible que en aquellos momentos en que no enfrenta problemas o cuando los síntomas ya han cristalizado en forma crónica.

Así, podemos decir que la intervención es una maniobra preventiva y de salud mental en el sentido de que evita problemas mayores o la tendencia hacia la cronicidad.

El abordaje terapéutico se apoya en la llamada *estrategia general de intervención*, definida y sistematizada por autores como Lindemann, Horowitz, Jacobson y otros, pero con algunas modificaciones, por la especificidad del hecho traumático que nos toca asistir (represión política, violación de los derechos humanos).

El encuadre o contrato terapéutico

En un primer momento se debe estimular la comunicación de la experiencia traumática. Que el paciente hable libremente de ella. Un terapeuta que lo acoge y que comparte su proyecto político general, de compromiso con la democracia y los derechos humanos (compromiso que no debe entenderse como partidista), despertará en él un sentimiento de confianza que es fundamental, dado el carácter del suceso traumático vivido. A este tipo de vínculo algunos lo han llamado *vínculo comprometido*, el que ya en sí aporta al proceso de entendimiento histórico que el propio paciente debe hacer de su situación.

La relación entre el terapeuta y el paciente debe ser horizontal, simétrica, igualitaria, lo que permitirá una acogida empática, rápida y facilitadora. Una cierta actitud para que sea cogida por el otro como de apoyo dentro de su situación. Una actitud de ayuda, comprensiva no compasiva, ni lastimera. Se deberá ser tolerante, no dominante.

Aunque se estimula el diálogo y la comunicación, en este primer momento se dejará gran parte de la iniciativa al paciente, respetando su individualidad. Se le hará saber que no hay temas tabúes, ni ocultos y se estimulará el reconocimiento de la vergüenza y la humillación que pudiera implicar la situación traumática, cuando ello sea aconsejable.

Se deberá escuchar y saber esperar, sin presionar ni acorralar; el paciente, aunque no lo reconozca, siempre sentirá una enorme necesidad de ser escuchado empáticamente y el terapeuta deberá transmitirle implícita o explícitamente que está dispuesto a escucharlo cuanto sea necesario.

Se considerará y movilizará el sistema de apoyo o soporte social del paciente, es decir, aquellas personas, su familia, los amigos, compañeros de trabajo, la organización social o política a que pertenece o con la que tiene afinidad, para minimizar el impacto desestabilizador del hecho traumático (encarcelamiento, hallazgo de osamentas, amedrentamiento, exoneración, etc). La familia, los amigos, las organizaciones sociales y políticas son todos elementos que pueden estabilizar el funcionamiento de un individuo en crisis y el saber recurrir a ellos puede ser crucial en su superación.

Se identificará el problema en la forma más precisa y objetiva posible. Se clarificarán sus implicancias específicas para el paciente y se ayudará a éste a definir el curso de acción a seguir, proporcionándole la información que pudiera requerir.

Se descubrirá con el paciente que la situación de crisis en que se encuentra no constituye una enfermedad mental, que los síntomas angustiosos, depresivos, fóbicos, etc., corresponden a reacciones de ajuste o de adaptación, que le ocurrirían a cualquier persona ante situaciones similares. Ante las fantasías de desamparo y de culpa que está vivenciando - y que lo llevan a la automarginación y al aislamiento, reforzando así el circuito de síntomas- corresponderá hacer una aclaración que lo rescate al mundo de la normalidad, mejorando así su autoestima y autoimagen.

Este procedimiento psicoterapéutico es de gran importancia, ya que el acto represivo, por su carácter deshumanizante, se propone el desmoronamiento de la autoestima del individuo, su desestructuración psíquica, la anulación de la personalidad y, a partir de ello, el cuestionamiento de su proyecto vital, la marginación social y el aniquilamiento.

Se apoyará emocionalmente al paciente; algunos recursos como la catarsis ayudan a este proceso. En ésta el paciente describe detalladamente su percepción del hecho traumático, reconstruyendo sus diferentes aspectos. La evocación de lo vivido genera angustia; sin embargo, la situación terapéutica de confianza facilita que el paciente intente el recuerdo. Se explorarán las consecuencias de la situación para el paciente, los posibles cambios de su vida futura. Además, se revisarán con él nuevas conductas adaptativas para enfrentar la situación.

Se estimulará al paciente a reconocer sus emociones, que muchas veces son contradictorias en relación al cambio.

Las crisis generalmente produce una alteración de la objetividad de la percepción, induciendo una confusión en la elaboración del presente, obtaculizando la integración del hecho traumático a la biografía, lo que genera incertidumbre en relación al futuro. El terapeuta puede actuar como un apoyo, un auxiliar objetivo y estable que clarifica la realidad y favorece la integración dándole sentido a la crisis dentro de su vida.

La intervención deberá tender a:

- Alejar al paciente de la situación stressante en forma absoluta o relativa.
- Modificar la actitud del medio frente al paciente; explicando a la familia por ejemplo, lo que ocurre y apelando a una mayor comprensión.
- Modificar el estado tensional del paciente mediante maniobras específicas: físicas (relajación, por ejemplo) o medicamentosas.
- Posibilitar la expresión de la situación interna mediante la catarsis emocional.
- Ayudar a clarificar la situación de crisis usando técnicas específicas de intervención.
- Ayudar al paciente a usar maniobras adaptativas diferentes a las que ha usado hasta ese momento. Así, por ejemplo, si alguien tiende a culpar a otro de lo que sucede, podrá ser útil centrarlo en explorar su participación en el conflicto y como él puede modificar su propia participación.

Algunas técnicas de intervención en crisis

La intervención en crisis comprende algunas acciones inespecíficas que pueden ser realizadas por no profesionales o especialistas y aun por voluntarios no entrenados de la comunidad. Otras técnicas requieren, sin embargo, entrenamiento más especializado.

Definiremos algunas de ellas de menor a mayor complejidad.

1. Actitud de ayuda y comprensión humanas:

Esta maniobra inespecífica consiste en establecer una relación empática y preocupada hacia el paciente en crisis y escuchar en forma atenta lo que quiere o tenga que decir.

Puede ser realizada por cualquier individuo ligado al sujeto en crisis, o bien por aquella persona que está en una situación de trabajo a la que acuden personas en crisis (asistente social, profesores, médico general, enfermeras, líderes sociales o políticos, etc).

En esta intervención, básicamente, es necesario permitir la expresión emocional del paciente sin arriesgar con ella la pérdida de objetividad; esta última ayudará a clarificar las dimensiones de la situación y el modo de enfrentarlas.

2. Manejo ambiental:

En esta maniobra se interviene directamente sobre la situación externa que desencadenó la crisis. Las acciones de asistencia social y jurídica son ejemplo de esta intervención. El acto médico de llamar a los familiares para darle nociones acerca de cómo tratar al paciente, opera también sobre el entorno.

Esta técnica debe usarse prudentemente porque su efectividad es limitada y su uso en forma reiterada la agota.

3. Intervención genérica en crisis:

Esta técnica describe formas generales de enfrentar una situación de crisis. En esta maniobra no se requiere explorar la situación específica de cada individuo, sino conocer las respuestas típicas frente a diferentes crisis: muerte de un familiar cercano, pérdida del trabajo, etc. Por su inespecificidad, se puede realizar fácilmente en forma grupal: por ejemplo, grupos de retornados, familiares de detenidos desaparecidos, cesantes, etc.

4. Intervención en crisis individualizada:

Requiere ya de un entrenamiento y de un esquema fijo para este tipo de intervención, con un total de 6 sesiones (1 x semana), ligadas a la evolución natural de la respuesta a la crisis (4 a 6 semanas). Al final de ésta puede darse de alta o derivar a una psicoterapia.

La intervención en sí se centra en identificar la situación de crisis y aclarar la relación con la biografía y conflictos del paciente.

Se debe evaluar al paciente no sólo en términos diagnósticos clásicos sino de capacidad y función de su *yo* para delimitar el enfrentamiento a una situación de crisis.

En síntesis, podemos decir que la intervención en crisis es una forma específica de psicoterapia breve de objetivos limitados, que exige requisitos específicos al paciente, que permiten ayudarlo ante una crisis traumática. Por la utilización de algunas acciones inespecíficas puede ser usada a nivel de atención primaria por no especialistas, dando así una respuesta concreta a la creciente demanda de atención psiquiátrica o psicológica y a la escasez de recursos en el área de salud mental y los derechos humanos, particularmente en regiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Erickson, Erick: Infancia y Sociedad, Edit. Norma Bs. As. 1966.2. 1985.*
- Florenzano, R.: Reacción Psicológica a la Enfermedad Psicósomática. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 1982.*
- Lindemann, E.: Symptomatology and naragement of Acute Grief. Anuer Journal Psychiatry, 1944.*
- Horowitz, M.: Stress Response Syndromes, Jason Aronson, N.Y. 1976.*
- Jacobson, G.F, Strickles, My Morley, W.G : Generie and Individual Approaches to Crisis Intervention. American J. Public Health 58, 1968.*
- Jacobson, G.F.: Crisis - Orented Therapy.- Psychiatric Clinics o Experiencia Ps//Ñ. A. 2, 1979.*
- Perez-Arza, E.: Experiencia Psicoterapéutica al Interior de los Penales. Iller Congreso de Psicólogos CESAM 1989.*
- Sitness, P.E.: Terapia Orientada a la Crisis, Cambridge, Harvard Universities Press. 1971.*
- Vidal, Mario: Daño Psicológico y Represión Política: Un Modelo de Atención Integral. Revista Reflexión N° 110, Dic. 1990.*
- Caplan, Gerald: "Principios de Psiquiatría Preventiva". Editorial Paidos, España, 1985.*

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: PERSPECTIVAS SISTEMICAS

*MARIO GALLE, Psicólogo
Talca*

I. INTRODUCCION

A partir de los experimentos en biología de la percepción, realizados por el biólogo Dr. Humberto Maturana R., así como de las reflexiones efectuadas por él mismo y otros autores, podemos concluir que los seres humanos - como individuos estructuralmente determinados en nuestro operar orgánico - no podemos distinguir entre ilusión y percepción, que percibimos y conocemos a través de diferencias y haciendo distinciones, y que tales distinciones surgen en el lenguaje como producto de la dinámica social, que es consecuencia de interacciones y coordinaciones conductuales consensuales y recurrentes que originan y constituyen lo propiamente humano.

Ya que no podemos distinguir ilusión de percepción, salvo en el ámbito de la autorreflexión posterior o en la interacción con otros (ambas actividades sociales al darse en el lenguaje), concluimos que no es posible conocer ninguna realidad trascendente o en sí, como algo independiente de nuestra existencia humana. Toda definición de realidad se basa en distinciones hechas por alguien, quien es parte de una dinámica social consensual y de una cultura, la que define los consensos sociales posibles en los que hacemos nuestras distinciones que constituyen el conocer.

Lo anterior descarta la posibilidad de recurrir consistentemente a supuestas "realidades objetivas", "lo absoluto", etc. como soporte motivacional y/o argumental en nuestras interacciones con los demás. Como nuestras categorías diagnósticas y métodos de tratamiento son el producto de nuestra convivencia, deben también ser incluidos en lo que Maturana llama "la objetividad entre paréntesis".

Se desprende entonces la imposibilidad lógica de imponernos legítimamente al otro para que adopte mi/nuestra definición de realidad, haciéndose imperativo ético el respetar al otro como individuo en la convivencia, así como los consensos sociales de los que participa en su vivir cotidiano. Por tanto, el cambio se hará posible respetando la

dignidad de persona del otro en la medida que él esté -libremente- dispuesto a revisar sus premisas y sus emociones de aceptación o rechazo.

Para nosotros, profesionales de la salud y de las ciencias humanas o sociales, en particular, es imperativo incorporar en nuestras prácticas, teorías y modelos el respeto por la dignidad irreductible del otro como persona individual, reconociéndole - al menos - el derecho y la posibilidad de definir desde y por sí mismo lo que constituye su realidad personal (en la que se incluyen sus distinciones de lo que él considera como dificultades y problemas, dolor y sufrimiento, bienestar y crecimiento).

Nuestro accionar profesional se iniciará desde una convivencia aceptante de la definición aportada por el propio cliente, a quien consideramos “un legítimo otro en la convivencia” - para usar una expresión de Maturana.

En el tratamiento individual, el que aceptemos inicialmente la definición dada por el cliente, significa que ambos estamos haciendo las mismas operaciones de distinción en su dominio de existencia, y al mismo tiempo generando un consenso mutuo que fundamentarán nuestro “devenir” terapéutico.

Si, por el contrario, el otro se define como carente de problemas y dificultades, o bien nuestro tratamiento individual no da resultados y no lo dejamos ir - porque en algún contexto social su comportamiento ha sido definido, por consenso, como peligroso para él mismo u otras personas -, entonces deberemos buscar nuevos contextos ya no individuales para tratarlo profesionalmente. En este punto se presentan cuestiones éticas y de poder insoslayables (en la situación individual estaban implícitas, pero fueron resueltas tácitamente de un modo adecuado por la aceptación y respeto mutuo incluidos en la definición de la relación terapéutica), tales como: quién puede definir el problema y en relación a quiénes, es decir, en qué contexto social se pueden hacer tales definiciones; quiénes otorgan a quién y con qué fundamento poder para imponer al cliente una determinada definición de realidad, y por tanto de lo que será considerado patológico o normal en diferentes contextos sociales; quién otorga poder a quién y con qué fundamento para controlar y manipular la información en la relación terapéutica y con el (los) contextos sociales involucrados; a quién y quiénes otorgan poder para que propongan y definan coaliciones en relación al cliente, el contexto social, la comunidad a favor o en contra de quiénes; quiénes y a quién otorgan poder para definir los objetivos del

tratamiento, internar o desinternar, someter a manipulaciones técnicas (shocks eléctricos, intervenciones quirúrgicas, etc.) o dosis masivas de drogas, etc.

Como se puede apreciar, trabajar con un cliente “resistente” nos coloca ante decisiones esencialmente éticas que involucran aspectos de poder y responsabilidad. Como no podemos acceder legítimamente a respuestas “objetivas” para estas cuestiones (recordemos que hemos puesto la objetividad “entre paréntesis” ante la imposibilidad práctica de fundamentar, independientemente de nuestro operar como seres vivos, el conocer), debemos reconocer y aceptar que somos *personalmente responsables* por cada paso que demos en el tratamiento. Tal situación de responsabilidad individual es ineludible e intransferible, ya que si intentamos traspasarla a otros y ellos la aceptan, sólo significa que hemos establecido un consenso a partir de las mismas distinciones y coordinaciones conductuales, lo que no borra nuestra responsabilidad, simplemente la acompaña con las responsabilidades individuales de los otros.

Para evitar en lo posible la ocurrencia de situaciones autoritarias que pueden llevar a consecuencias dañinas para el cliente a pesar de nuestras buenas intenciones (tales como la cronificación del problema), es pertinente resituar nuestra relación terapéutica en otros contextos sociales diferentes de la consulta, tales como la familia, el vecindario, el lugar de trabajo, los amigos, la iglesia, el partido político, el club deportivo, la junta de vecinos, la escuela, etc. En estos nuevos contextos terapéutico-comunitarios, es posible (re)definir ámbitos de convivencia que sean aceptables para todos - incluidos el cliente y el terapeuta - y en los cuales sean posibles nuevos comportamientos, así como nuevas definiciones consensuales de la realidad que excluyan la ocurrencia del sufrimiento (y las definiciones de existencia de dificultades/problemas que lo motivaban). Pero, ¿cuáles contextos sociales escoger y que cuenten con “potencial curativo”? En general, podemos considerar aquellos que:

1. ya están participando, directa o indirectamente, en la definición del problema;
2. consideran al cliente como alguien significativo emocionalmente para ellos;
3. son significativos emocionalmente para el propio cliente;

4. estas implicancias emocionales sean más positivas que negativas para los involucrados;
5. que consideren al cliente como digno de respeto y lo traten en consecuencia (considerar “al otro como un legítimo otro en la convivencia”);
6. acepten participar en la exploración y búsqueda de nuevos consensos y coordinaciones conductuales que originen nuevas -y más sanas- formas de convivencia.

Al no tener una “realidad objetiva” a la cual someternos incondicionalmente, todas las posibilidades definibles en la convivencia son válidas y legítimas, para quienes las definen y aceptan las consecuencias de sus definiciones. Por lo tanto, la nueva realidad definida como resultado del tratamiento - definición que es consistente con las del cliente y el contexto social escogido - es tan válida como cualquiera otra y será preferible para ellos porque conserva aspectos significativos de sus anteriores definiciones, pero excluye el dolor como experiencia constitutiva de la misma.

Por lo anterior, comprobamos que dentro de una perspectiva sistémica consistente, es posible resolver adecuadamente las dificultades antes anotadas. Asimismo, las consideraciones precedentes pueden aplicarse convenientemente - con los debidos ajustes - a otros ámbitos del quehacer profesional (tales como el jurídico, el económico, el laboral, el político, etc., lo que dará mucho que hablar y hacer en los próximos años).

II. SOBRE INSTITUCIONALIZACION Y ROL PROFESIONAL

La organización de la institución de menores (en sus diferentes modalidades: centro abierto, hogar proteccional, centro de rehabilitación conductual, etc.) se presenta al profesional de las ciencias humanas y de la educación con una organización y estructura relacional (comunicacional) sólidamente establecida, compleja, difícil de estudiar y de cambiar, especialmente si orienta su quehacer laboral en base a las “psicomitologías” derivadas de teorías psicológicas y psicosociales tradicionales, epistemológicamente monádicas y lineales, tales como el psicoanálisis. Además, es probable que la institución haya contado con otros profesionales anteriormente, lo que dejó huellas en sus modelos relacionales y en las expectativas de rol que deberá enfrentar

el recién llegado psicólogo, asistente social, profesor, etc. No tomar en cuenta estos aspectos al momento de contratar sus servicios podría acarrearle el serio compromiso de sus posibilidades operativas, quizás condenándolo a cometer costosos errores o llevándolo al fracaso de sus esfuerzos.

Al adoptar la perspectiva sistémica, particularmente los modelos elaborados por Watzlawick (1983, 1985) y Selvini (1986), intentaremos abordar la problemática del menor institucionalizado con una visión nueva - complementaria a las ya conocidas - que nos ayude a estructurar intervenciones sistémicas productivas y funcionales.

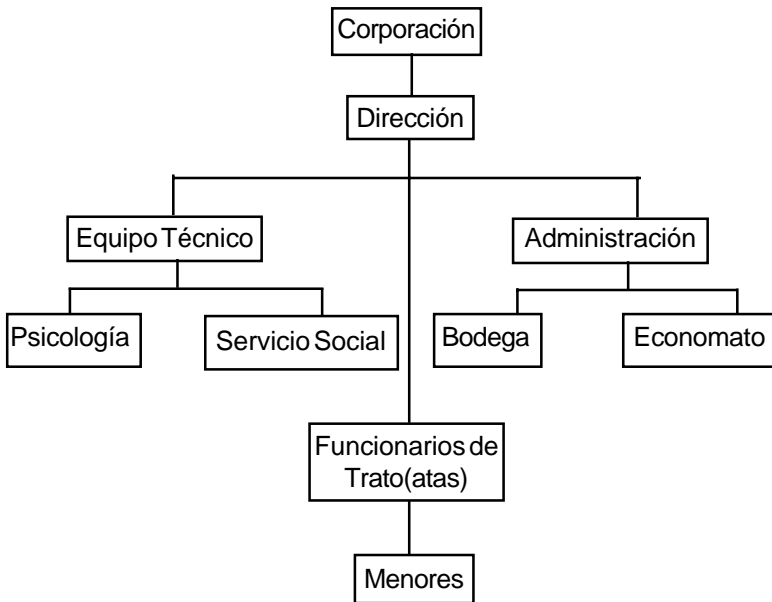
1. La entrada a la red asistencial de menores

Los representantes de la familia se encuentran en el tribunal de menores, por propia iniciativa o bien porque fueron citados debido a la intervención de terceros (un profesor, un vecino, la policía, etc.). Esta situación implica que se está revisando y cuestionando su desempeño en las labores parentales, tanto desde dentro del sistema familiar como desde el medio exterior, presumiéndose que podría haber daño para la integridad biopsicosocial del menor - la misma que el tribunal buscaría proteger a través del desmembramiento que produce la aplicación de la medida de internación. Los adultos en función parental involucrados - padres, abuelos y/o tíos - pueden reaccionar rechazando los "cargos", resistiendo la internación y reclamando su derecho a conservar al menor con ellos, estableciéndose con el tribunal una *escalada simétrica* que desembocará en la devolución del menor o en su internación forzada; por otra parte, puede producirse entre estos dos sistemas una situación de *complementariedad rígida* en que los representantes adultos aceptan el desmembramiento pasivamente y demostrando escaso interés en mantener contacto con el menor. Caben otras posibilidades tales como: el menor o pide o se opone a su internación, y los familiares se encuentran divididos al respecto (unos aceptan y otros rechazan). Esta complicada situación involucra luchas de poder entre la familia y el tribunal, así como en el interior de aquella con vistas a determinar el grado de normalidad/anormalidad del conjunto familiar y de cada uno de sus miembros, así como la relativa eficiencia alcanzada en el cumplimiento de sus funciones socializadoras y educativas, y la calidad de los resultados obtenidos al respecto. En otro lugar se analizará con mayor detenimiento este punto ("Sobre Asistencialidad y Trabajo Comunitario").

2. En la institución de menores

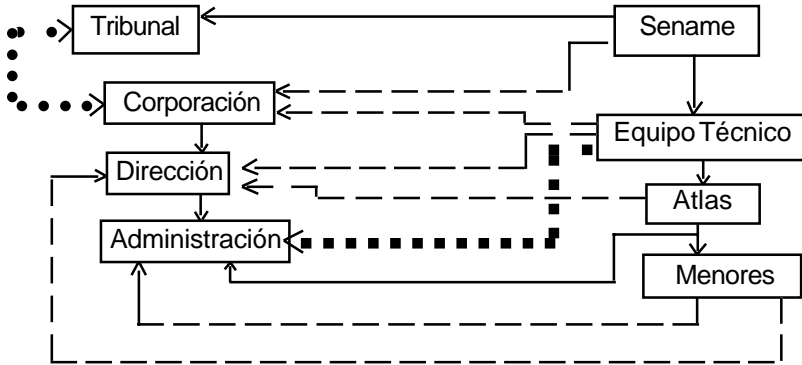
El juez de menores ha determinado la internación del menor y éste llega en el día acordado para encontrarse con una organización que podemos caracterizar -breve y simplificadamente- como un sistema abierto formado por los siguientes subsistemas: dirección, equipo técnico, administración, personal de trato directo, personal de servicios y población interna, lo que se encuentra graficado y jerarquizado en el organigrama.

A) Organigrama estructura formal explícita



(Representaciones hipotéticas, adaptadas de Selvini, M.)

B) Organigrama estructura informal latente



- relaciones de alianza
- - - relaciones de oposición no declarada
- ■ ■ ■ relaciones de oposición declarada

A poco andar el menor descubre que además hay otras relaciones (organización informal) que puede ser diferente e incluso contradictoria en algunos sectores y niveles con la formal, sin contar que si él y sus compañeros aparecen en el organigrama probablemente será en el lugar más bajo - es decir, por debajo de todos los adultos que allí trabajan. Y entonces, casi sin darse cuenta, comienza la lucha por adaptarse y sobrevivir, o bien, por escapar de tanto desconocido poderoso. ¿Qué hacer? ¿Cómo revertir una situación tan desventajosa? Sistemáticamente creemos poder agrupar sus tácticas adaptativas en las siguientes categorías:

a) *Rebeldía repetitiva*: escaladas simétricas repetitivas con el personal y otros menores, las que se considera ponen en peligro el equilibrio y la estabilidad institucionales. El menor puede o no estar consciente de que rechaza permanecer interno y busca irse de cualquier modo. Habitualmente se le pondrá en tratamiento obligatorio dentro y/o fuera del internado en sesiones psicoterapéuticas, esperándose como resultado que "comprenda" su "real" situación social y la necesidad beneficiosa de permanecer interno y bien adaptado. Además se espera que el cambio sea espontáneo y verdadero, no una mera respuesta obediente y fingida de un menor de edad legalmente considerado incapaz de tomar decisiones adecuadas. Y ésta es precisamente la

situación de una persona colocada en la paradoja del tipo ¡sé espontáneo! descrita por Watzlawick (1985). Si el “tratamiento” tiene éxito, se habrá enseñado al menor el valor adaptativo del fingimiento y la hipocresía; si fracasa, éste deberá soportar presiones de diverso tipo que lo llevarán a empeorar y/o cronificarse, a fugarse o a ser expulsado (por devolución a su familia o por traspaso a otra institución). Generalmente estos menores son clínicamente diagnosticados como casos conductuales o predelincuentes.

b) *Sumisión adaptativa*: complementariedad rígida con la institución, en que el menor adopta la posición inferior, obedeciendo y siguiendo las reglas rígida y acríticamente. Abdica a su proceso de individuación en aspectos importantes y se identifica con la imagen institucional y sus representantes. No dan problemas al personal y generalmente hacen lo posible para retrasar su egreso de la institución, buscando algunos incluso permanecer como trabajadores de ella. Clínicamente suelen presentar síntomas de tipo angustioso y depresivo, y en casos extremos cuadros psicóticos que remiten en grado variable al recibir el tratamiento psicoterapéutico y medicamentoso.

c) *Formación de coaliciones*: el menor interno busca activamente formar alianzas transitorias/estables con uno o varios miembros del personal, escogiendo cada vez aquellos que tengan poder suficiente en esa situación para protegerlo y apoyarlo frente al comportamiento del sistema y de sus componentes (adultos y menores). Generalmente se acerca a la dirección, la asistente social y/o el psicólogo, quienes se ven prácticamente obligados a aceptar su proposición, abierta o encubierta, debido a su ideología de trabajo y por su deseo de tener suficiente influencia en el menor como para inducir cambios adaptativos. Desde la perspectiva clínica ésta parece una táctica más adecuada, “sana o normal” que las otras dos, pero tiene consecuencias indeseables en el menor (comportamiento simulador, actitud hipócrita, manipulación, oportunismo, cosificación de las relaciones, desconfianza crónica, apego exagerado, indiferencia afectiva, etc.) y perturbadoras en la dinámica institucional - debido a que cae en la disfuncionalidad sistémica al quebrantar constantemente la jerarquía formal del poder: dependiendo de con quién se alíe puede quedar por sobre sus encargados, los profesionales y/o la dirección inclusive.

La elección de una u otra táctica relacional permanente o transitoria, dependerá básicamente de los modelos relacionales que el menor haya aprendido en su propia familia, así como del contexto

institucional. Por otra parte, especialmente en las tácticas uno y tres, es frecuente que se den comportamientos de violencia física y/o psicológica desde el propio menor y hacia éste. Consideramos que estos comportamientos son plenamente racionales si los contextualizamos en el sistema total, asumiendo que su significado se muestra en los niveles de mayor complejidad comunicacional y no al revés. Al respecto, encontramos útil y esclarecedora la distinción citada por Minuchin (1985) relativa a los tipos de violencia, que a continuación adaptamos:

a) *Violencia coercitiva*: se utilizan las amenazas y la escalada violenta controladamente con el fin de alcanzar un objetivo. En la institución-hogar es común que el personal castigue a un menor para obtener que cambie su conducta; esto como parte de sus funciones de socialización y educación. Esta escalada puede o no ser considerada disfuncional, lo que dependerá del contexto socio-cultural, judicial, político e ideológico; del grado de daño psico-físico producido al menor y del logro de los objetivos institucionales.

b) *Violencia defensiva*: el personal y/o el menor usan la violencia como una forma de mostrar que se les trata injustamente, ya que se les exige comportamientos y rendimientos que no pueden cumplir con los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, así como los repertorios de modelos comunicacionales/relacionales verbales y no verbales con que cuenta cada individuo. Aquí el victimario busca comprensión para su difícil situación, de la que se siente víctima (“me ponen el palito y no puedo evitar pisarlo”). En este caso la respuesta institucional de aumentar el control sólo reforzará la experiencia subjetiva de desvalimiento y aumentará la tendencia futura a nuevas escaladas violentas, a menos que la persona abandone el sistema.

A estos dos tipos de violencia ya descritos, podemos agregar un análisis comunicacional de mayor complejidad, de acuerdo con el cual cada vez que un miembro del personal castiga a un menor, al mismo tiempo le comunica al resto de la población interna, “así tratamos a los revoltosos, así que piénsalo antes de imitarlo”, y a sus compañeros de trabajo, “así debes tratar a los díscolos si quieres mantener tu autoridad y el control de la situación, y no ser despedido por incompetente”. Además, cuando los castigos se repiten y no parecen lograr su objetivo, el victimario comunica a todo el sistema, particularmente a sus jefaturas, “hago todo lo que puedo, como

ustedes pueden comprobar, pero no hay caso con este menor. Ahora depende de ustedes decidir qué hacer con él". De esta manera, le devuelve al menor toda la responsabilidad por el cambio y su fracaso, lo que contribuye al agravamiento de su situación, del diagnóstico y de las medidas institucionales que se le aplicarán en lo sucesivo. Todo esto genera un complejo mecanismo de mantención de las escaladas violentas periódicas como tácticas de supervivencia y "educación", por lo menos mientras prevalezcan las condiciones sistémicas que las sustentan. A su vez, en la violencia defensiva tanto los menores como el personal comunican: "No puedo más, ayúdenme a salir de esta situación", lo que además puede ir acompañado por sintomatología clínicamente pesquizable (síntomas ansiosos, depresivos y/o psicósomáticos).

Creemos que lo hasta aquí expuesto, es decir, las tácticas adaptativas del menor y los tipos de respuesta violenta, junto con sus significados relacionales, explican en gran parte la violencia endémica en muchas de estas instituciones (como se encargan de recordarnos periódicamente los medios de comunicación social).

Por otra parte, la mala calidad del ambiente institucional, desde el punto de vista relacional especialmente, así como la muy larga permanencia interno, colocan al menor en situaciones paradójales, tales como:

a) La ya mencionada paradoja de la "espontaneidad impuesta", es decir, "quiero que quieras cambiar, pero no porque yo te lo pido (ordeno), sino porque tú libre y espontáneamente así lo deseas".

b) La paradoja "si se adapta, se desadapta", debido al hecho de que el menor se adapta a un ambiente de institución total, no familiar, reglamentado rígidamente, con características sistémicas diferentes, incluso con disfuncionalidades diferentes a su medio familiar y sub-cultural de origen (así como a cualquier medio "natural" de socialización). Por ello, al momento de egresar presentará un grado variable de desadaptación al medio social extra-institucional.

c) Se le interna generalmente porque se considera que su familia no está en condiciones de ejercer adecuadamente los roles parentales, sometiéndosele a diversas maniobras de "tratamiento psico-social" por su "propio bien", mientras se le asegura que egresará en cuanto su familia esté en condiciones de recibirlo y educarlo apropiadamente. El problema consiste en que no es la

propia familia quien define esto, sino personas ajenas que no aplican ningún “tratamiento o manipulación terapéutica” consistente para lograr que “mejore” la situación familiar, o bien, lo hacen de modo inadecuado y fracasan en muchos casos (demasiados). Mientras, el menor sigue interno. ¿Kafkiano?

No es nada extraño, por lo tanto, que tantos menores quieran fugarse de tales instituciones, ya que para ellos es la mejor y quizás la única solución disponible. Para los demás queda el fingimiento, la actuación, la hipocresía, la violencia, el oportunismo, la enfermedad, la perturbación psíquica. Algunos, los inevitables privilegiados, quizás consigan establecer vínculos afectivos y lealtades fuertes y estables con los miembros adultos del sistema, llegando a definir relaciones “cuasi-familiares” y aportando su cuota a la hora de justificar la existencia de la institución. Muchos de los aparentes “buenos resultados” obtenidos corresponden a menores cuya causal de ingreso es fundamentalmente por dificultades económicas, más que por real peligro en su situación psico-social de desarrollo y socialización.

Sin embargo, para todos los menores internos siempre rige la definición formalizada y establecida como una relación de trabajo - contextualizada por la ideología economicista (“menor-resultado”) de costo/beneficio y rendimiento que impera en el ambiente y las comunicaciones internas/externas de la institución. De acuerdo con Maturana (1990) éstas no constituyen relaciones sociales, ya que basta que el trabajador no cumpla algún aspecto de su contrato de trabajo para que quede en situación de ser despedido de su rol parental sustituto; por otra parte, si el menor no cumple su parte del contrato, es decir, adaptarse y seguir la corriente, también deberá afrontar las consecuencias (diversas manipulaciones que pueden llegar a negar su condición de “otro legítimo” y exponerlo a la violencia institucional subsecuente, perdiendo el menor su derecho a ser tratado con *amor*).

¿Qué hacer frente a un panorama tan oscuro? Fundamentalmente, transformar las instituciones en hogares de vida familiar con padres sustitutos, ojalá adoptantes, permitiendo que puedan surgir firmes vínculos afectivos entre ellos y los menores que no pueden ser devueltos a su medio social por la gravedad de sus dificultades de tuición. Para aquellos menores que puedan retornar a su medio de origen o uno sustitutivo “natural”, trabajar en la comunidad apoyando profesionalmente a las familias hasta que puedan estructurar modos relacionales más funcionales que incluyan al menor retornado de la internación. Al

respecto, se presentan proposiciones más detalladas en “Sobre Asistencialidad y Trabajo Comunitario”.

En el siguiente apartado cambiaremos de nivel de análisis y de subsistemas institucionales en estudio, pero manteniéndonos en la perspectiva que nos brinda la “psicomitología” sistémica.

3. Institución y Rol del Profesional de Ciencias Humanas.

Si aplicamos el modelo de funcionamiento organizacional ideado por Selvini y col. (1986), encontramos que en el momento que el profesional psicólogo o asistente social toma contacto con la institución, probablemente se encontrará participando en una comunicación que -muy esquemáticamente- podemos describir en tres niveles:

a) *Peticiones explícitas*: declaración directa de los objetivos por los cuales se contrata los servicios del profesional: “Para que trate a los menores con dificultades y sus familias”, “seleccione y capacite al personal”, “mejore las comunicaciones entre menores y personal, dirección y personal, etc.”, “mejore el ambiente de trabajo”, “asesore a la dirección en materias puntuales”, etc. Es decir, se propone una alianza entre el profesional y el sistema institucional, la que se espera sea favorable para todos.

b) *Peticiones implícitas*: respete la jerarquía, manténgase en su lugar, no cuestione ni busque cambiar a la gente de confianza, trabaje solamente con los revoltosos y los enfermos, etc. Le ofrecen una alianza contra alguien/algunos.

c) *“Agenda secreta”*: los directivos de la institución buscan con la ayuda del profesional mejorar su control de todo el sistema (especialmente de la gente “difícil”).

Estos mismos tres niveles se dan entre el profesional y los demás subsistemas e individuos. ¡Y todas estas personas coinciden sólo parcialmente en sus peticiones! Esto revela la complejidad contextual y las consecuencias pragmáticas complicadísimas que deberá enfrentar y resolver lo mejor posible el profesional mientras trabaje en la institución. Asimismo, debemos prevenirle que en *todas* sus comunicaciones intra y extra sistema se presentarán tales características, no pudiendo dejar de responder a ellas.

Al examinar con detenimiento los niveles descritos, podemos ver que hay una contradicción entre los diferentes objetivos: por una parte, satisfacer las expectativas de los miembros del sistema (las mismas que

varían continuamente) y por otra, ayudar a sostener el poder jerárquico y el status quo, controlar los conflictos y el comportamiento desviado, contribuyendo a descalificar a los que piensan diferente. Al parecer, esta situación sólo afecta negativamente a los trabajadores de ciencias humanas y de la educación, generándose constantes dificultades de comunicación y luchas de poder, que desembocarán en evidentes contradicciones entre la estructura formal explícita (organigrama) y la estructura informal latente (fig. 1), situación que también aportará nuevos trastornos comunicacionales (coaliciones rígidas, alianzas encubiertas y negadas, escaladas simétricas repetitivas, complementariedades rígidas, paradojas y dobles vínculos, etc.).

Es habitual que cuando se detectan problemas en el funcionamiento institucional se creen estructuras más o menos participativas, pero impotentes en relación a las cúpulas de poder que proveen las definiciones oficiales del “saber cómo” (tales como SENAME, los tribunales, las corporaciones, etc.). Esto tiende a provocar gran desilusión y pesimismo en los profesionales, quienes son implícitamente descalificados. La inercia homeostática es muy elevada y puede tolerar cambios importantes sin que se vean afectados en su funcionamiento: “Mientras más cambia, más permanece igual”, es decir, sólo realizan un cambio tipo 1 (Watzlawick, 1985). Simbólicamente anotamos: $-1+1=0$.

Volviendo a las contradicciones y dificultades antes descritas, encontramos que las comunicaciones serán semántica y pragmáticamente diversas en su significación y consecuencias, dependiendo de las personas específicas que participen en ellas. Debido a esto, los contextos comunicacionales serán cambiantes e inestables, produciéndose malos entendidos y confusión para todos los miembros del sistema. Al respecto, los profesionales tendrán dificultades para saber con qué criterios se está evaluando su desempeño laboral: ¿A partir de los objetivos explícitos (desempeño-profesional) o a partir de los implícitos (política institucional)? Esta confusión puede ir acompañada por desinterés hacia sus servicios, descalificación abierta o encubierta de su desempeño, rotación de otros profesionales y gente de su confianza, ausencia de supervisión y evaluación de su trabajo (y los resultados obtenidos), conformando una nueva descalificación implícita: “Te contrato porque SENAME lo exige o para tener completo el equipo técnico, pero no me importa lo que hagas”.

Paralelamente, surgen alianzas implícitas y más o menos negadas entre los que piensan igual sobre el sistema, contra los

demás. Al mismo tiempo, suele ser común que todos los involucrados tengan la firme creencia - más o menos explícita - de que es necesario el acuerdo en objetivos, métodos y contenidos con lo que viene a negarse el conflicto, lo que sistémicamente pareciera ser *siempre* disfuncional.

III. A MODO DE CONCLUSION: ALGUNAS SUGERENCIAS

Esta exposición pretendió insinuar cómo se pueden aplicar teorías y modelos sistémicos a organizaciones institucionales. La presentación no es exhaustiva, ni en la universalidad de las instituciones abarcadas ni en los detalles de funcionamiento de las mismas. Quizás nuestro único mérito es la pretensión optimista de que en medio del dolor, el fracaso y el pesimismo podemos encontrar orden, patrón, estructura y esperanza de cambio. En esta perspectiva predomina la metáfora de la red cerrada sobre sí misma y en perpetuo cambio. Consideramos que la metáfora terapéutica tradicional del curandero o chamán no es la más adecuada en los contextos organizacionales, pudiendo incluso ser disfuncional para el cambio sistémico.

Para finalizar, entregamos algunas recomendaciones sobre el posible comportamiento profesional funcional al cambio organizacional terapéutico, guiándonos por los axiomas de la comunicación y sus extensiones - y ampliaciones - al contexto institucional en general.

1. “Es imposible no comunicar”, por lo que desde el primer contacto con los representantes de la institución, el profesional debería preocuparse en observar y descifrar el juego y los modelos relacionales imperantes. Para ello, puede destinar un período a la observación y después - gradualmente - realizar intervenciones destinadas a medir reacciones y efectos, en los demás y en sí mismo.

2. “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional que califica al primero”, por lo que sería conveniente definir desde un comienzo - clara y explícitamente - su relación profesional con los demás miembros del sistema, estableciendo formalmente los contenidos de esa relación, comunicando verbalmente con qué subsistemas mantendrá contacto en su labor, y estableciendo claramente su determinación a buscar activamente alianzas explícitas con todos ellos (reconociendo que éstas podrán variar de acuerdo con las características de la situación problemática y las personas involucradas).

3. "La puntuación de la secuencia de comunicaciones determina la naturaleza de una relación", por lo que es recomendable metodológicamente - seguimos a Selvini - que el profesional puntúe desde sí mismo *todas* sus intervenciones en la institución, para así obtener información relevante para el cambio proyectado (especialmente después de errores y fracasos). La única forma directa de impulsar cambios en los diferentes subsistemas es cambiando primero su propio comportamiento.

4. "La comunicación humana puede ser tanto digital como analógica", por lo cual cabría preguntarse cuáles fueron las propias comunicaciones verbales y no verbales que pudieron influir en que la situación derivara en un sentido más que en otro, considerando que el mayor *poder* de cambio se encuentra en los niveles no verbales.

5. "Las interacciones comunicativas son simétricas o complementarias", por lo que debería evitarse rigurosamente el verse involucrado en escaladas simétricas (tales como conflictos crónicos y repetitivos) o en complementariedades rígidas (autoritarismo rígido u obediencia sumisa). De lo contrario el profesional podría verse absorbido por las interacciones disfuncionales, viéndose impotente para cambiarlas terapéuticamente.

6. En sistemas con tres o más miembros - como es el caso de las instituciones - debería utilizarse prioritariamente un enfoque relacional por lo menos triádico, donde la simetría y su contrapartida diádica son reemplazados por modelos relacionales de coaliciones (de dos-controuno, explícitas o negadas), asesoría de uno-a-dos, etc. Bastará con preguntarse en toda comunicación "¿qué terceros están involucrados explícita e implícitamente en esta comunicación, en esta situación?", y estructurar nuestras intervenciones futuras considerando las respuestas encontradas (evitando las coaliciones rígidas porque le quitarán la posibilidad de influir positivamente sobre el tercer miembro).

7. En toda organización hay niveles jerárquicos formales (organigrama) e informales (relaciones latentes o más influyentes que las otras. Para que sus intervenciones sean productivas, el profesional debería tomar en cuenta esta realidad, aceptando la dependencia jerárquica y el control de sus funciones; informando previamente y pidiendo apoyo a su jerarquía cuando planifique y aplique sus intervenciones; definiendo la ambigüedad institucional respecto de sus funciones, lo que él podría interpretar erróneamente como "libertad de acción" (de lo contrario otros lo harán y tendrá que aceptar pasivamente tal definición, la que le resultará difícil de

cambiar posteriormente), y considerando que no debería cuestionar verbalmente las modalidades relacionales presentes en niveles jerárquicos iguales o superiores al suyo, salvo que quiera verse reducido a la impotencia operativa o ser despedido (sin embargo, será indicado hacerlo si están siendo violados los derechos humanos de las personas).

BIBLIOGRAFIA

Maturana, H.: Emociones y Lenguaje en Educación y Política. Hachette/Comunicación, CED Santiago, 1990.

Minuchin, S.: Calidoscopio Familiar. Paidós, B. Aires, 1985.

Selvini, M.: Al Frente de la Organización Paidós, B. Aires, 1986.

Watzlawick, P.: Teoría de la Comunicación Humana. Herder, Barcelona, 1983.

Watzlawick, P.: Cambio. Herder, Barcelona, 1985

TRANSFERENCIA DE LA ATENCION DE SALUD AL SISTEMA ESTATAL

JUANA KOVALSKYS
Psicóloga
ILAS

I. PRESENTACION

Las ideas que voy a exponer son producto de la reflexión conjunta de un grupo de psiquiatras y psicólogos que trabajamos desde hace años en salud mental y derechos humanos, desde la práctica clínica y de la sistematización de esta práctica orientada a comprender las raíces subjetivas y sociales del daño psíquico.

El tema que deseo compartir con ustedes es el de la *transferencia al Sistema Estatal de Salud* de la atención a las personas severamente afectadas por la represión política.

En nuestra opinión, la formulación de un Programa Nacional de Salud y Derechos Humanos, es parte esencial de la tarea de reparación social. Pensamos que los próximos dos años constituyen una suerte de período crítico, en el sentido de que lo que no se defina e implemente durante este tiempo, difícilmente pueda ser abordado con posterioridad.

II. PROGRAMA DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS ¿PARA QUIENES?

Para definir la población-objetivo de un programa nacional, hay que considerar dos dimensiones: la cuantitativa y la que se refiere a la naturaleza del daño.

Respecto a la primera, sólo daré unos pocos datos para tener una visión global del problema. En un trabajo de Solimano y Toledo (1989), basado en estadísticas de la Vicaría de la Solidaridad y de los distintos organismos de Derechos Humanos, se señala que el universo de personas afectadas por situaciones severas de represión, corresponde a algo más de 89.000 (sin considerar el exilio). Si se considera que la gravedad de las situaciones vividas significa una irradiación inmediata

al grupo primario, y aceptamos que la cifra promedio de personas por familia es de cinco, el universo aumenta en forma dramática.¹

La segunda dimensión tiene que ver con la naturaleza del daño. No corresponde a esta intervención detenerse en el análisis de lo que hemos denominado situaciones de traumatización extrema. Sólo quiero señalar que esta denominación se refiere a la "ocurrencia de experiencias catastróficas difícilmente procesables por el individuo, cuyo potencial desestructurante impregna los intentos posteriores de organización del individuo. Se constituye así un cuadro de perturbación que perdura en el tiempo y que tiene severas consecuencias en el funcionamiento global".²

III. TRANSFERENCIA: DE QUIENES - A QUIEN - Y POR QUE

Es un hecho conocido que durante más de diez años, la atención en salud física y psíquica a los afectados, estuvo a cargo de instituciones de Derechos Humanos, a través de equipos especializados de carácter multidisciplinario. La transferencia por lo tanto se plantea desde este lugar hacia la esfera estatal.

Quiero señalar cuatro aspectos que están en la base de este planteamiento:

1. Naturaleza del daño

El problema del daño físico y psíquico producido en el marco de la violencia institucionalizada, se inserta en el marco de los *problemas de salud pública*, debido a la confluencia de tres factores:

¹ *Cuantificación de la población víctima de violaciones a los derechos humanos: limitaciones y posibilidades. Documento preparado para el proyecto: Experiencias traumáticas extremas en la población chilena. Servicio de salud y estrategias de políticas. ILAS-PROSAPS, 1989 de Giorgio Solimano y María Isabel Toledo.*

² *Subjectivity and politics: The psychotherapy of extreme traumatization in Chile. Becker, D.; Castillo, M. I.; Gómez, E.; Kovalskys, J.; Lira, E. ILAS publicado en el International Journal of Mental Health. Volumen 18 N° 2: Mental Aspects of political repression and violence, Summer 1989.*

a) Mantenimiento prolongado en el tiempo de un contexto externo de alto riesgo, tanto desde la acción represiva directa como desde la amenaza explícita o subliminal y por ello, de efecto más generalizado.

b) La presencia de perturbaciones psíquicas y somáticas severas, no compatibles con recuperaciones espontáneas (Esta aseveración se basa en gran cantidad de trabajos nacionales y extranjeros).

c) Capacidad de transmisión de dichos trastornos al medio familiar del afectado y, por lo tanto, con un gran potencial de irradiación del daño.

2. Marginalidad institucional y del afectado directo

Durante más de diez años, la atención a las víctimas, se desarrolló en el espacio protegido de los organismos solidarios. Protección que para constituirse como tal, tuvo que sostener la marginalidad, confirmando en forma paradójica la negación y el rechazo social a las personas involucradas y a su padecimiento. En el proceso psicoterapéutico de nuestros pacientes, hemos constatado cada vez, la validez de esta aseveración. El espacio cerrado de las instituciones y del vínculo terapéutico se constituyó en el lugar confiable frente a la amenaza externa. Pero a lo largo del tiempo, se comienzan a constatar los límites de la reparación del daño, en tanto la sociedad no produce señales de reconocimiento.

Desde esta perspectiva, la implementación de un Programa Nacional de Salud y Derechos Humanos, pasa a tener un carácter simbólico, al representar el reconocimiento social antes negado, y la disposición de carácter ético para reparar el daño.

3. Dimensión cuantitativa del problema

La cobertura histórica y la actual de los equipos de atención, es obviamente muy reducida. Cifras aproximadas consideran que hasta la fecha puede estimarse la población atendida en salud, en alrededor de 15.000 personas, incluyendo al afectado y a su familia.³ Aunque se trata de una cifra impresionante para las condiciones en que se trabajó, hay que señalar que viene a constituir no más del 3% del universo estimado como portador de daño.

³ *Programa de Salud y Derechos Humanos: Documento presentado por el equipo de ILAS a las comisiones de Reparación (DH), Exilio y Retorno (DH) y Salud Mental (Salud) del Programa de la Concertación. Responsable Elizabeth Lira y equipo ILAS. Abril, 1990.*

4. Validación de la experiencia de los equipos de Salud Mental y Derechos Humanos

La implementación de un programa nacional, requiere de la experiencia acumulada por los equipos. Transferencia no significa borramiento o desaparición, pero sí configura desafíos de distinta índole. Quizás el más complejo tiene que ver con la elaboración de propuestas factibles a las instancias estatales, incorporando el enfoque de salud pública. Esto implica enfrentar las contradicciones inevitables que surgen al validar y exigir la presencia estatal, sin compartir necesariamente todos sus postulados. En la medida que los equipos deben ser instancia fundamental de asesoramiento en el diseño y aplicación de una política nacional para este tipo de atenciones, se plantea la necesidad de asegurar su propia identidad institucional y su funcionamiento a futuro, a fin de sostenerse como interlocutores válidos y poder así cautelar el proceso de transferencia.

En la actualidad, los equipos de Salud Mental y Derechos Humanos, han recibido gran número de demandas que corresponden a personas que consultan por primera vez o por situaciones reactivadas. En ambos casos se trata de cuadros severos, lo que conduce a revisar los modelos de intervención, que han sido en su mayoría de intervención en crisis, lo que no es compatible con el alto nivel potencial de cronicación de las traumatizaciones extremas.

IV. PROPUESTAS CONCRETAS

Finalmente voy a reproducir en forma resumida seis de los puntos incluidos en una propuesta elaborada por el equipo al que pertenezco, respecto a las tareas concretas que debiera considerar un programa nacional a través de un plan coordinado con las O.N.G. de Salud Mental y Derechos Humanos ⁴.

1. Elaboración de un catastro nacional de todos los programas existentes y de las estructuras de salud que puedan ser la base de la atención que se diseñe ⁵.

⁴ *Ob. cit.*

⁵ *La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud ha elaborado recientemente un catastro tentativo sobre la base de datos proporcionados por CESAM (Coordinador de Equipos de Salud Mental y Derechos Humanos): "Recursos de Salud de Instituciones de Derechos Humanos a nivel nacional". Mimeo. Enero, 1991.*

2. Identificación de las organizaciones de afectados a lo largo del país y establecimiento de mecanismos de relación y participación conjunta, para asegurar la correcta identificación de beneficiarios y necesidades.
3. Diseño de programas de formación y supervisión a profesionales de la salud para ampliar de manera rápida los recursos de atención.
4. Desarrollar programas de formación de salud y derechos humanos, integrados al curriculum de las carreras universitarias vinculadas al tema.
5. Facilitar y promover investigaciones orientadas a:
 - Dimensionar y cuantificar la población afectada.
 - Diseño de métodos de diagnóstico y modalidades terapéuticas.
 - Diseño de modelos de registro y evaluación de la atención, que integre los datos médicos, sociales y psicoterapéuticos, a fin de sistematizar las evaluaciones posteriores.
6. Diseño de una política de información que explicita la naturaleza de los problemas y promueva el derecho a la atención, orientado a la desestigmatización de los afectados. Este aspecto es esencial para enfrentar el problema de la confianza de las personas que se acojan a la atención, en el entendido de que esto forma parte del proceso global de reparación social.

Estos seis objetivos se inscriben en el diseño de una política de prevención en sus tres niveles.

Prevención primaria, porque la implementación de un programa que apunta a la reparación de daños de etiología sociopolítica, necesariamente introduce la dimensión ética. Todo el proceso de formación previa que incluye a diferentes profesionales de la salud, implica una reflexión individual y grupal sobre la vulneración de los derechos humanos y sus consecuencias en los afectados directos, pero también en ellos.

Esto constituye el objetivo principal en este nivel de prevención, ya que tiene que ver con evitar, disminuir o prevenir la presencia de los factores sociales que están en la base del hecho mórbido.

La prevención secundaria corresponde probablemente al grueso de la atención, donde la intervención apunta a impedir el agravamiento del daño ya instalado, introduciendo recursos elaborativos y de protección, muy especialmente a nivel de segunda generación.

La prevención terciaria orientada especialmente a los daños psíquicos y físicos ya cronificados, y muy especialmente a las secuelas directas de situaciones represivas, especialmente de la tortura.

Para terminar, creo que la introducción de esta tarea como parte de la política de salud en este país, puede activar el complejo tema de las prioridades. Tema que históricamente captura a los responsables de estas definiciones en una trampa insoluble, al intentar jerarquizar al interior de problemas sociales igualmente dramáticos que en rigor están íntimamente vinculados.

LA SALUD MENTAL Y LA AFECTIVIDAD EN UN SECTOR URBANO POPULAR DE TALCA

BETTY VILLENA
SERPAJ
TALCA

El SERPAJ se define como un espacio de participación ecuménico y humanista, que está abierto a todos quienes comparten los valores de la paz, la justicia y la solidaridad. Además es un espacio pluralista en lo filosófico y político.

Nuestra opción la hacemos desde los pobres y oprimidos mediante una acción educativa, promoviendo la organización de base, la movilización social con metodología y práctica de la *no violencia activa*.

Diagnóstico de la Realidad Juvenil de Talca.

En Talca, decidimos en conjunto con la Pastoral Juvenil realizar una investigación diagnóstico de la realidad de los jóvenes de los sectores urbano-populares de esta ciudad (Villena y Donoso, 1989).

La muestra del estudio estuvo constituida por las siguientes poblaciones: Brilla el Sol (barrio sur), Manso de Velasco (oriente) y Cancha Rayada (sector norte).

La información obtenida fue recogida mediante una encuesta-entrevista que se aplicó a los jóvenes. El total de entrevistados alcanzó a 167.

DISTRIBUCION DE LOS JOVENES

Brilla el Sol	56
Cancha Rayada	54
Manso de Velasco	57
Total	167

Los jóvenes entrevistados fueron clasificados de acuerdo a las actividades que realizaban en el momento de conversar con ellos. Se obtuvo lo siguiente:

ACTIVIDAD	Frecuencia	%
Estudia	78	47,6
Trabaja	24	14,4
Trabaja-estudia	9	5,4
Sin actividad	56	33,5
TOTAL	167	100%

Las edades de los entrevistados fluctuaron entre los 15 y 25 años.

Debemos partir por reconocer la grave situación en la que ha estado sumido el país y que ha influido determinantemente en nuestra generación joven.

Entre los problemas más importantes que afectan a los jóvenes populares de Talca hoy está la situación de pobreza que existe en sus casas, a menudo falta el dinero para comer, para vestirse, para salud. Los jóvenes mismos señalan en un 57% que los ingresos en sus casas son apenas suficientes para vivir; si a esto le agregamos el hecho que normalmente ocultan las reales necesidades de sus hogares, este porcentaje subiría.

Esto también queda reafirmado cuando señalan que el problema personal más importante que tienen es el económico.

De la situación de pobreza señalada anteriormente se deriva el problema de deserción escolar: el 61% de los entrevistados deserta en 2º medio o en cursos inferiores, el 39% restante logra un nivel superior.

Algunas de las razones que dan para desertar del sistema son:

- “Ahora el estudio no vale nada, porque hay personas que tienen título universitario y están más mal que yo”. Miguel 18 años, matarife.
- “No tengo los medios para seguir estudiando”. Marisol 22 años, sin actividad.
- “Mi papá me sacó del colegio porque dijo que no tenía plata”. Marta 20 años, sin actividad.
- “Faltaba dinero en la casa, no quise hacerlo”. Luis, 15 años, cargador.

Muchos de los jóvenes que desertan del sistema lo hacen para ingresar al campo ocupacional; a pesar de ello no es mucho lo que

mejoran su situación. Sin embargo, es considerable el porcentaje de jóvenes que por lo menos ha trabajado una vez (63,5%). Los trabajos que consiguen son fundamentalmente como jornaleros, limpiadores de autos, empleadas domésticas, vendedores ambulantes, cargadores, etc. Muchos de estos trabajos no tienen contrato, por lo tanto, ningún tipo de previsión. Cabe hacer notar que la permanencia en los trabajos es muy baja. Es bastante común que el joven esté un mes o dos en un trabajo y luego cambie a otro.

Otro problema que afecta a los jóvenes, a veces por largos períodos, lo constituye la cesantía. Algunas expresiones de sus sentimientos son:

- "Me siento pésimo, me gustaría estar haciendo algo, no aburrirme, me siento solo". Carlos, 24 años.
- "Me siento pésimo, pues uno piensa en el qué dirán porque no trabajo, la sociedad piensa que uno depende de los padres". Bernardo, 23 años.
- "Me siento mal, pues uno no puede ayudar aquí en la casa". Juan, 25 años.

Toda esta situación descrita aquí más otros problemas, van repercutiendo e influyendo en los jóvenes, en sus aspiraciones, en la forma de ver su vida. Su horizonte se transforma en algo muy pequeño, muy cercano, sin grandes aspiraciones, lo cual es comprensible, ya que muchos de ellos se encuentran en un nivel precario de subsistencia, logrando apenas sobrevivir cada día. Su trabajo es por el día, su comida también, lo que va determinando que sus aspiraciones no lleguen más allá del día.

En el caso de los chiquillos, muchas de sus aspiraciones quedan reducidas a la búsqueda de un trabajo estable.

Al preguntarles ¿qué es lo que esperan hacer en la vida? muchos en un comienzo no entendían la pregunta. Esta son algunas de sus respuestas:

- "Trabajar y salir adelante con mi hija". Rosa, 19 años, sin actividad.
- "Trabajar y juntar plata para estudiar". Isabel, 19 años, sin actividad.
- "Ser dueña de casa". Ema, 15 años, 1 hijo, sin actividad.
- "Ser una esposa responsable". Emilia, 19 años, sin actividad.
- "Descansar, estar tranquilo y sólo". Miguel, 18 años, estudia y trabaja.

En el caso de las chiquillas, una de sus grandes aspiraciones es encontrar el amor, pero lo señalan como algo muy idealizado, poco realista.

Es así como muchas de ellas en la búsqueda de este amor y afectividad que en sus casas no encuentran, quedan embarazadas a una corta edad (14 a 15 años) por lo cual pasan a ser niñas-madres solteras sin que exista un proceso de maduración afectiva.

Con respecto al deseo de formar su propia familia, muchas señalan su aspiración a lograrlo aduciendo como razones que es algo natural y bonito, lo que está revelando nuevamente que no existe plan de vida. Algunas respuestas:

- "Es una forma de vivir para no estar solo".

- "Porque se debe seguir la descendencia". Jorge, 20 años, obrero.

Muchas chiquillas señalan que se quieren casar para así poder obtener las cosas que hasta ahora no han conseguido. Es decir, piensan que sólo por el hecho de casarse su vida les va a cambiar. Y en la mayoría de los casos no es así, ya que muchas de estas parejas jóvenes viven como allegados, con todos los problemas que eso trae.

Como una forma de evadirse de esta realidad, el joven se refugia en la marihuana y el neoprén. Y es realmente sorprendente la cantidad de jóvenes que se encuentran en esta situación. Sin embargo, no nos fue posible cuantificarla, pues muchos de ellos niegan estar en esta situación.

Pues bien, ésta es parte de la realidad encontrada. Ahora, ¿qué podemos hacer para ayudar a estos jóvenes? Veo dos cosas: una es preocuparse fundamentalmente por la parte afectiva de los jóvenes ya que por las condiciones de pobreza y marginalidad existentes en sus hogares no encuentran el cariño y la comprensión necesarios para la difícil etapa en la que se encuentran. De ahí que busquen cariño y comprensión en otros lados; en estas condiciones empiezan los pololeos y muy tempranamente las relaciones sexuales y seguidamente las madres adolescentes. Por ello veo necesario y urgente comenzar a implementar un programa de afectividad y sexualidad en los jóvenes, que debe ser realista y tal vez elaborado a partir de los sectores donde creen importante establecerlo.

El otro aspecto es centrar nuestra atención en los "volados" de nuestras poblaciones, los pobres de los pobres. Un gran número de

jóvenes se encuentra ya en esta situación y muchos otros están por caer en ella.

¿ Qué hemos hecho nosotros por ellos?

Toda la realidad presentada parece frustrante y desalentadora, pero a su vez nos presenta un gran desafío que debemos enfrentar.

Programas

Respondiendo a la problemática detectada en el diagnóstico, implementamos nuestro trabajo con jóvenes de la población Carlos Trupp.

El objetivo general es :

Desarrollar un trabajo sistemático con jóvenes en su formación integral con el propósito de aumentar su autoestima para que logren ser gestores de su futuro, de su desarrollo y puedan integrarse conscientemente al trabajo de reconstrucción democrática de nuestra sociedad.

Para llevar a cabo este gran objetivo hemos implementado una serie de talleres:

- Taller “La Maravilla”: creado para las madres solteras jóvenes. Allí bordan punto cruz y sus productos son comercializados. Este trabajo va acompañado de una formación afectiva. Participan ocho chiquillas.
- Taller de Periodismo Popular: es un grupo mixto, que tiene a su cargo la expresión artística popular en la población. Participan cerca de quince jóvenes.
- Taller de Teatro: su objetivo no es hacer actores, sino mediante este medio contribuir a elevar la autoestima del joven; participan unos quince jóvenes.
- Taller “Las Espigüitas”: es un grupo de 20 niñas de once a quince años que trabajan en manualidades y con una fuerte formación afectiva.
- Taller “El Refugio”: este taller pretende prevenir la aspiración de neoprén. Son 48 chiquillos que en pequeños grupos diarios trabajan en madera.
- Taller de Yeso: participan cerca de 12 niños y la idea también es prevenir la inhalación de neoprén.

Encuentros de afectividad: estos son encuentros masivos de 90 jóvenes, más o menos, que en forma mensual se reúnen a tratar esta

temática. Los jóvenes se dividen en grupos de 10 personas, cada uno a cargo de un monitor.

También hemos implementado un trabajo con niños del sector San Miguel del Piduco, lugar en el que estamos desarrollando un programa de afectividad y entretención educativa.

En estos momentos nos encontramos preparando la Colonia Urbana del sector; allí los monitores serán aquellos jóvenes que ya vivieron la formación afectiva.

Por su parte, los contenidos de la Colonia son los vividos por los jóvenes monitores. De esta forma hemos cumplido un ciclo de formación.

Nuestro desafío está puesto en ir llegando cada vez más a una mayor cantidad de niños y jóvenes neoprénicos.

DERECHOS HUMANOS: RESPONSABILIDAD DE TODOS

*RODRIGO HERMOSILLA
Comisión Chilena de
Derechos Humanos
Linares*

Entre todas las consecuencias del atropello y violación a los derechos fundamentales del ser humano, es indudable que una de las más importantes dice relación con la salud mental.

Consciente de ello, nuestra Comisión con entusiasmo y responsabilidad ha deseado participar en el II Seminario de Salud Mental y Derechos Humanos.

El trabajo que presentamos consta de tres aspectos:

- Derechos Humanos y Represión Política en Linares.
- Derechos Humanos y la Mujer en Linares.
- Derechos Humanos y Presos Políticos en Linares.

I. PARTIDOS POLITICOS Y DERECHOS HUMANOS

Tal vez, la primera llama en defensa de los derechos del hombre, en Linares fue encendida por la voz valiente y desafiante de una mujer en la tarde del miércoles 17 de octubre de 1973. Es posible que aún resuene en los cientos de familiares de los encarcelados el grito “¡Milicos asesinos!” lanzado por esa mujer, mientras esperaba el turno para ver a su esposo, privado de la libertad por los militares.

El golpe de estado en Linares fue, en un comienzo, selectivo. La autoridad de facto llamaba por bandos en la radio local a conocidos dirigentes políticos de izquierda: parlamentarios de la zona, regidores, jefes de servicios públicos, en especial del agro, eran requeridos de la misma forma.

A poco andar, sin embargo, la situación tuvo un vuelco preocupante: los bandos fueron superados por verdaderas cacerías humanas donde participaron carabineros, militares, policías de Investigaciones,

personal de inteligencia del Ejército (Escuela de Artillería) y conocidos civiles de la derecha golpista de nuestra sociedad.

Ya en los meses de noviembre y diciembre eran cientos y miles los linarenses que habían pasado por los distintos recintos que la dictadura naciente había habilitado para la permanencia de los detenidos de la izquierda chilena de la ciudad y provincia de Linares.

La Cárcel Pública de Linares era el lugar de detención masiva; los cuarteles de Carabineros e Investigaciones eran lugares de tránsito, de igual modo el Regimiento, donde además funcionaba la Fiscalía Militar. Cabe hacer notar que en este último lugar algunos dirigentes políticos permanecieron recluidos por más de cuatro meses bajo una constante tortura física y psicológica. Es el caso de 9 militantes socialistas que estuvieron 56 días en un calabozo que normalmente era habilitado para una persona.

De este modo, al término del año 1973 el tejido político de nuestra zona había sido completamente destruido; por ende, el trabajo social también sufrió las mismas consecuencias. Dirigentes sindicales, campesinos, vecinales, juveniles y estudiantiles sabían de la detención, tortura, persecución y continua represión.

Pero no había que doblegarse, era urgente retomar el camino, hacer contactos en la clandestinidad; cumpleaños, aniversarios de matrimonios u otros motivos servían de pretexto para los patriotas que se reunían en el trabajo político. Es así como el año 1978 - 79, cayó la dirección del Partido Comunista de Linares. El año 1980 corrió la misma suerte la dirigencia del Partido Socialista. La segunda encarcelación, lejos de desalentar a muchos de estos luchadores sociales, les dio fuerzas para seguir adelante.

Poco a poco se fue armando el tejido político en la comuna y provincia de Linares. Los partidos Socialista y Comunista se reunían, discutían e intercambiaban ideas. Por otro lado, partidos de centro hacían lo propio y así se sembraron las primeras semillas de la unidad.

La Iglesia Católica abrió sus puertas y al interior de sus dependencias fue posible conversar y reunirse con menos temor que en otros lugares.

Cada referente político o social que nacía a nivel nacional tenía una respuesta positiva en nuestra ciudad. Vimos de este modo nacer en primer lugar la Comisión de Derechos Humanos, la Alianza Demo-

crática, el Movimiento Democrático Popular, el Acuerdo Nacional y el Acuerdo de Linares, instancia unitaria que agrupó más allá de lo tradicional. Luego vinieron la Izquierda Unida, el Comité por las Elecciones Libres, el Comando Contra el Fraude, la Concertación de Partidos por la Democracia.

Nacieron también en el dolor de estos años numerosos organismos de derechos humanos, tales como la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, la Agrupación de Familiares de Presos Políticos, el Frente de Trabajadores Exonerados, el Comité Pro-Retorno, etc. En todos estos movimientos había de una u otra forma relación con el trabajo político local.

Los frutos de todo este quehacer político-social se vieron bien reflejados en los resultados del plebiscito del 5 de octubre de 1988 y en la jornada del 14 de diciembre de 1989.

Sin embargo, hay preguntas que aún no tienen respuesta: ¿Dónde están los 55 detenidos desaparecidos de nuestra provincia? ¿Cuántos exiliados han retornado? ¿De qué manera se reparará el encarcelamiento, tortura y vejación de las víctimas de estos años de horror? ¿Será posible superar el daño psíquico de las familias, sobre todo en los menores de edad?

Hoy, a enero del año 1991, la voz de esa mujer en octubre en la Alameda frente a la Cárcel Pública de Linares suena en nuestros oídos como un eco que aún no se silencia.

II. LA MUJER Y LOS DERECHOS HUMANOS

El rol que ha jugado la mujer en los años de dictadura militar ha sido necesario y fundamental.

Entre los años 70 y 73 se vivió un período de gran efervescencia política y social, en el que la mujer se sentía motivada por el proceso social que se estaba produciendo.

Posteriormente, vino el 11 de septiembre de 1973 y los militares tomaron el poder, interrumpiendo así la vida democrática de este país.

En los primeros días de dictadura comenzó la detención de destacados adversarios políticos del régimen militar. Esto dejó a un gran número de mujeres desprotegidas emocional y económicamente, ya que

sus esposos, padres e hijos, habían sido privados de su libertad. Para suplir esta carencia afectiva, en la mayoría de los casos, la mujer se aferró en forma muy fuerte a su núcleo familiar (preferentemente hijos).

Su visión de mundo ya no era la misma, se había reducido enormemente, pues la sociedad cambió sus condiciones de existencia.

Pero la mujer tenía que seguir manteniendo unida a la familia; por lo tanto, asumió un doble rol frente a su núcleo familiar. Por otra parte, las relaciones familiares indirectas eran más frías. En muchos casos, si la posición política era contradictoria en la pareja, amenazaba con la crisis relacional y la ruptura.

En la parte económica, la mujer se convirtió en la única proveedora de su familia. Realizó los trabajos más diversos y, en algunos casos, desconocidos para ella hasta ese momento: lavados, empleos domésticos. En circunstancias extremas, se vio obligada a vender cosas de valor de su hogar.

A medida que el tiempo pasaba, el régimen de facto imponía su nuevo esquema de vida.

Paralelamente a ello, esposas, madres e hijas recorrían diversos recintos de detención para conocer noticias de sus familiares privados de libertad. Era así como solían estar tardes enteras frente a la Cárcel Pública, lugar donde se concentraba el mayor número de detenidos.

La suerte de los presos, consecuencia del golpe militar, no fue igual para todos. Algunos nunca regresaron y esas mujeres hoy continúan incesantemente indagando el destino de sus seres queridos.

Hubo presos políticos que regresaron después de un largo tiempo de pesadilla a sus casas. Todo en el hogar intentaba ser como antes, pero el ex-prisionero traía muchas secuelas; en algunos casos se manifestaba agresivo frente a ciertas situaciones de la vida familiar. Al preso político le costó y le cuesta hasta hoy reinsertarse en el mundo laboral y social.

La vida familiar cambió abruptamente, la mujer tuvo que enfrentar fuertes restricciones económicas, lo que la hizo tener una constante actitud de alerta.

La dictadura continuaba y el miedo impregnaba a cada una de las personas. Pasó un largo período en que los partidos políticos y organizaciones sociales estuvieron desarticulados, pero cada opositor

al régimen sentía la imperiosa necesidad de seguir luchando por recuperar sus derechos.

La mujer comenzó poco a poco a incorporarse en distintos trabajos que apuntaban a la recuperación de la democracia. Emergió así la participación de la mujer en los partidos y organizaciones sociales. La activa participación de la mujer en las protestas y otros actos era una muestra de estar directamente afectada por la dictadura.

Poco a poco, se dieron variadas formas de organización para paliar la pobreza. Comenzaron a funcionar las ollas comunes, el comprando juntos, bar lácteo, etc.

Participaban allí pobladoras, campesinas, madres e hijas, mujeres en general.

Otras mujeres, sin embargo, tomaron la decisión de aceptar el régimen imperante, debido a que el temor estaba presente. Sabemos cuán doloroso fue para ellas anteponer a sus ideales la conservación de su grupo familiar.

Una vez obtenido el triunfo democrático y habiendo derrotado al dictador, sabemos que han quedado grandes secuelas, pero la mujer tiene la certeza de que la única manera de sanar a este país es con democracia plena asentada en los valores de *verdad, justicia y libertad*.

III. PRESOS POLITICOS Y DERECHOS HUMANOS

El tema de los *presos políticos* ha sido ampliamente difundido, discutido, analizado y muchas veces, aunque no nos agrada el término, manoseado.

La salud mental de estos luchadores sociales indudablemente se encuentra muy alterada, producto de todos los traumas vividos durante estos duros e interminables años.

Encontrar el verdadero motivo de los trastornos mentales de estas personas es sumamente complicado. De esto pueden entregar fe los profesionales que en este terreno laboran.

Hay que aclarar que el presente enfoque a este tema se hace con el afán de contribuir, aunque sea en una ínfima parte, a la solución de este complejo problema. Trataremos de reflejar lo más fielmente posible la opinión de un gran número de mujeres y hombres que vivieron la

tortura, incomunicación, encarcelación y exilio. A pesar de los apremios, prácticamente todos llegaron a las cárceles con la moral intacta y con la mejor disposición para seguir trabajando con todos los medios a su alcance.

Familiares, compañeros y seres queridos en general, mostraban alegría: estaban presos, pero vivos. Nace aquí un nuevo elemento: además de la lucha social, había que luchar por recuperar su libertad. Familias que jamás se habían preocupado de nada, no comprendían que mientras hubiera dictadura estarían presos, aún cuando no existieran pruebas legales que los inculparan. Entendieron de golpe lo que significaba la dictadura, en que incluso la justicia estaba al servicio del régimen imperante. Ni los más elementales derechos del hombre eran respetados.

Se vivió de pronto un mundo desconocido, había que enfrentar la realidad, estaban presos. Lo peor había pasado; la DINA-CNI, cárceles secretas, torturas físicas y psicológicas quedaban atrás. Era urgente organizarse en el interior del penal.

Se desconocían muchas cosas, las cárceles tienen sus reglamentos y hay que respetarlos. Allí impera la ley de la selva, por consiguiente había que ser más fuerte que los fuertes y más hábil que los malos. Existía mucho temor, pero los ideales estimulaban la unidad. El gran sentido de solidaridad impulsaba a trabajar con más ahínco. Existía el sentimiento de no estar solos.

Partidos políticos a los que ellos pertenecían, organismos de derechos humanos y organizaciones internacionales estaban preocupados por la suerte que correrían estos luchadores sociales.

En Talca llegó a 33 el número de presos políticos. A pesar de sus distintas militancias, su organización y disciplina fue un ejemplo. Lo lamentable es que esta hermosa realidad duró sólo un tiempo. Los años de encarcelamiento, la disparidad de caracteres y la inconsecuencia de algunos compañeros, tanto del interior del penal como de organizaciones de apoyo, fueron haciendo mella en lo logrado. Algunos pensaron que había que conservar la imagen por el bien de la lucha anti-dictatorial y taparon algunas conductas indebidas. Lo malo es que cuando se miente una vez, hay que seguir haciéndolo, de lo contrario queda al descubierto la primera mentira. Lo delicado se presenta cuando se descubre el engaño de las personas en que se confiaba plenamente y es aquí cuando se produce el conflicto mayor. El disciplinado militante

de años comprende que lo que tanto había idealizado está compuesto por seres humanos que tienen muchos defectos y que entre las filas de su organización hay personas corruptas e inmorales, por lo que se siente utilizado, traicionado y vejado en mucho mayor grado que cuando era maltratado por los esbirros de la dictadura. En esta época se producen diferentes reacciones: encontramos compañeros que se encierran en su mundo y no desean saber nada más de trabajo político ni social, ya que ni siquiera luchan por su libertad; otros se marginan de las actividades político-partidarias y sólo se dedican a lo que pueda contribuir directamente a su libertad.

Hoy, la realidad es distinta, el país transita hacia la democracia. En las cárceles, sin embargo, aún existen presos políticos y su libertad sigue siendo materia de discusión. Los que la han recuperado enfrentan el problema de reinserción. Fuentes laborales, la sociedad en su conjunto y a veces el propio hogar les resulta de difícil adaptación. Es ahí donde creemos se hace necesaria una política de orientación y de reparación para con estos miembros de la sociedad.

EL MEDIO SOCIOCULTURAL COMO FACILITADOR DE LA INGESTA DE ALCOHOL

VERÓNICA LAVÍN

*Vicaría de la Solidaridad
Iglesia Católica de Linares*

Los resultados del último censo del año 1982, indican que la población de Chile ha adquirido características de población en transición, donde las enfermedades crónicas, el alcoholismo entre ellas, pasan a ocupar un lugar prioritario en el quehacer de la atención de salud.

Como señalan algunos autores, los problemas del alcohol afectan no sólo al bebedor en particular, sino también a la familia y a la sociedad en general.

Se dice que el uso excesivo de alcohol obedece a dos grandes motivaciones: la primera y la más significativa es la sociocultural y la segunda, la motivación psicopatológica que puede tener el huésped.

La motivación sociocultural corresponde a una conducta socialmente aprendida por el sujeto. De muy niño éste comienza a tener contacto con el alcohol; si llega a abusar de él la sociedad no lo reprende, sino que lo considera una travesura, comenzando así el aprendizaje. Cuando llega a la adolescencia, el joven es impulsado por los adultos a beber, para demostrar de esta forma que ya dejó de ser niño. Paralelamente, su grupo de iguales, en su afán de aventuras y sensaciones nuevas, lo estimula a repetir la experiencia de abuso del alcohol una y otra vez. Esto se agrava si se suma la permisividad que hay en nuestro país respecto a la venta de bebidas alcohólicas, las que se expenden incluso en supermercados y en horario libre, lo que las hace estar al alcance de todo consumidor.

Un grupo de profesionales de la ciudad de Linares, profesores, asistentes sociales, auxiliares de enfermería y otros, realizaron un trabajo en base a encuestas cuyo tema era el alcoholismo. Se tomaron diversas muestras de adolescentes de ambos sexos, mujeres mayores de 21 años y padres.

En los cuadros estadísticos que siguen, exponemos los resultados de la encuesta aplicada:

ENCUESTA:

1º ¿En su familia consumen alcohol?

Entrevistados	Adolescentes	
	Femenino	Masculino
1. padres	61.5%	37.2%
2. madres	12.8%	5.8%
3. hermanos	12.8%	5.8%
4. otros familiares	19.1%	47.2%

2º ¿Beben sus padres?

Entrevistados	Adultos ambos sexos
Sí	No
57%	43%

3º ¿Quiénes beben en su familia?

Entrevistadas	adultas
1. padres	23.6%
2. esposo	19.4%
3. hermanos	30.5%
4. otros familiares	13.8%
5. usted	8.3%
6. sin respuesta	4.4%

4º ¿A qué edad consumió alcohol por primera vez?

Entrevistados		b) Mujeres adultas	
a) Hombres adultos			
0 - 15 años	50%	5 a 10 años	8.3%
15 y + años	48%	10 a 15 años	5.5%

sin respuesta	2%	15 - 20 años	51.4%
		+ de 20 años	34.8%

5º ¿Por qué bebe o se abstiene?

Entrevistados	Adolescentes	
	Femenino	Masculino
a) Bebe		
por influencia de amigos	-	7.2%
en celebraciones	31.3%	28.5%
por problemas personales	12.5%	7.2%
b) Se abstiene		
por cuidar la salud	25,0%	35.7%
por razones religiosas	12.5%	7.2%
por costumbre familiar	18.7%	14.2%

6º ¿En qué ocasiones bebe Ud.?

Entrevistados	Adultos	
	Femenino	Masculino
nunca	23,0%	18.6%
celebraciones	76.7%	60.7%
en cualquier oportunidad	-	20.7%

7º ¿Cuando Ud. bebe, dónde lo hace?

Entrevistados:	Mujeres Adultas
en fiestas	52.7%
con amigos	22.2%
en su casa	13.8%
sin respuesta	11.3%

8º ¿Qué es el alcoholismo?	Adolescentes	Adultos
Entrevistados:		
una enfermedad	48.2%	61,0%
un vicio	48.1%	39.6%
un problema	3.4%	

9º ¿Qué piensa de la mujer que bebe?

Entrevistadas:	Mujeres adultas
es enferma	52.7%
es viciosa	8.0%
es inmoral	5.5%
da lástima	30.5%
le es indiferente	8.3%

10º ¿Los medios de comunicación influyen en la ingesta de alcohol?

Entrevistados:	Adolescentes	Adultos	Mujeres
Sí	12.4%	13.3%	13.5%
No	87.6%	86.7%	86.5%

Las conclusiones extraídas de este trabajo reafirman la gran influencia que tienen nuestra cultura y las costumbres en la ingesta de alcohol. Esto es alarmante pues nosotros ayudamos, en gran medida, a iniciar a nuestros adolescentes en la cultura del alcohol.

Debemos comenzar por cambiar de modo radical nuestra idea de pasarlo bien con alcohol, que el tomar un trago nos ayuda a resolver problemas, que nos hace ser, aparentemente, más seguros de nosotros mismos, etc. Todo esto no es más que una inmensa mentira, pues en lugar de ayudarnos, nos disminuye y puede llevarnos a una total destrucción.

Por último, en nuestra ciudad, el trabajo con enfermos alcohólicos es muy reducido debido, quizás, a los muchos prejuicios y mitos en torno a ellos como también a la falta de recursos materiales y profesionales para una real y efectiva ayuda y prevención en este problema.

**CONFERENCIA: TERAPIA FAMILIAR Y
REPRESIÓN POLÍTICA**

Eliana Morales

TERAPIA FAMILIAR Y REPRESION POLITICA

ELIANA MORALES
Asistente Social y Terapeuta Familiar
CINTRAS

El marco teórico en que se cimenta el enfoque psicoterapéutico familiar surge de dos áreas del conocimiento de las Ciencias Sociales: la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana.

La Teoría General de Sistemas aporta la visión globalizadora del hombre. Según ella, el sistema individual está en una interrelación dialéctica con la situación en que está inmerso y las causas del sufrimiento humano no están sólo en la *interioridad*; el sufrimiento puede interpretarse como índice de una situación disfuncional mayor. También podemos señalar que la naturaleza del sufrimiento familiar (mirado como una unidad sistémica), puede estar fuertemente influida por los factores macro-sociales y constituirse así la disfunción familiar como índice de una situación patológica mayor. Los aportes de la T.G.S. van dirigidos a la comprensión de los procesos humanos en aquellos aspectos que dicen relación con la salud mental.

En Chile, el surgimiento de las organizaciones solidarias podemos entenderlo también, desde este enfoque, como un mecanismo del sistema social; es decir, como una forma de evitar la concentración de energía que pueda llevar al colapso (o a la revolución de signo contrario). El sistema permite que estas organizaciones alivien las tensiones y, por otro lado, ellas ocupan en conciencia el espacio que se les permite. Así pueden cumplir con su propio objetivo: propender al alivio y soporte del sufrimiento colectivo, a la reparación del daño a los diversos actores de la situación política de represión, manteniendo el vínculo y la satisfacción de la necesidad de identidad y pertenencia.

Por otra parte, los fenómenos descritos para la comunicación e interacción humana, podemos referirlos a lo macro-social.

El fenómeno de la mistificación descrito por Laing y Cooper, como proceso que lleva a la patología mental, es fácilmente accesible desde el marco político-social. Sufrimos el quiebre institucional, las estructuras democráticas son arrasadas. Se inicia la interacción dictadura-población civil (e incluso la clase militar conscripta). Se asesina, se tortura, se

persigue con escándalo para que todos vean, con el objetivo de atemorizar. La población se repliega, se anonada, reacciona con perplejidad. En la búsqueda de explicitación, la población se encuentra con la negación sistemática de los hechos: lo que ve no existe; se completa el fenómeno con el hecho que la población empieza a dudar de sus propias percepciones. Conclusión: nuestra sociedad ha enloquecido, vive una doble realidad, opta, como el esquizofrénico, por la retirada autista, no participa, no escucha, no ve. U opta por tomar livianamente los mensajes y vivir *como si*, entra en lo que Wasztlavick llama "las terribles simplificaciones". Es *utópico* regresar a formas civilizadas de interacción social y, como es utópico, mejor resulta no hacer nada. Otra forma de reaccionar es en forma *paranoídea*, también paralizante, la que lleva al nihilismo, a la depresión; implica tener que estar siempre mirando *bajo el agua*, intentando descifrar qué se está queriendo comunicar.

El fenómeno de la represión política en todas sus formas (detenidos desaparecidos, tortura, exilio) en los sujetos de mayor conciencia política y la mistificación que sufre toda la población, ya descrita, conllevan necesariamente a múltiples expresiones en el área de la salud mental.

Cualquiera de las formas que adquiera la represión, constituye una experiencia que significa pérdida vital: la alienación (sacado de línea, marginado) en las relaciones sociales y el quiebre del proyecto vital conllevan la vivencia de no pertenecer, se triza la identidad, luego, la salud mental se quebranta. El proceso de alienación determina que el daño no puede ser *sanado* desde lo social, se vive la disfunción sólo en el ámbito de lo privado. La tarea está en la redefinición social, en considerar que el individuo y la familia que ha sufrido la represión no son algo ajeno; una cuestión esencial es la validación social de las experiencias límites que se sufrió durante casi dos lustros y que la mistificación fue un mecanismo más de represión, no son sólo *ellos*, sino que *hemos* sido todos. La reparación del daño debe socializarse para proceder a la reconstrucción de la realidad colectiva. Fue una situación de común ocurrencia que toda la familia que tenía uno o más de sus miembros detenidos, torturados, desaparecidos o en el exilio, tenía que enfrentarse al *juicio* de los otros, ser una familia *alienada* y, por lo tanto, emitir conductas ambiguas. Por un lado, como mecanismo homeostático de negación al interior del sistema familiar, que llevaba a otras manifestaciones índices, y por otro, asumir actitudes de *ocultamiento*, con la consiguiente culpa, dolor y baja en la autoestima familiar. Ambas mutuamente reforzantes.

La autoestima familiar, mirada desde su relación con el contexto, consiste en tener una evaluación favorable del sí-mismo familiar; esta autoevaluación se basa en parte en las reacciones de los otros y en la comparación con el desempeño de éstos. Ambos estarán en relación con la clase de desempeño *satisfactorio* que valora el grupo. Cuando los demás reaccionan en forma negativa, ofreciendo un grado de estima insuficiente (evitando la relación por propia protección, por ejemplo) se genera una fuente de ansiedad y stress que lleva a manifestaciones al interior de la familia, como la irritabilidad, la frustración y una mayor tensión relacional, siendo posible entonces que emerja una disfunción a nivel relacional. Así, también el fenómeno del retorno en situación difícil puede constituirse de por sí en catalizador de conflicto y ruptura.

En este caso los mecanismos adaptativos del sistema que sirvieron para tolerar el desgarramiento que significó la expulsión del sistema nacional y para adecuarse a las nuevas condiciones en el país de acogida, no les sirvieron para la repatriación. La memoria sistémica de solución de problemas se rigidizó. La familia intenta rescatar soluciones que antiguamente sirvieron pero no para el momento presente, es decir, la tensión adaptativa funcional se transforma en tensión desadaptativa, generadora de disfunción familiar. Esta se puede manifestar en los diversos subsistemas; por ej. las rabietas de un hijo y/o dificultades escolares, pueden cumplir la función distractiva de un conflicto conyugal. La pareja enmascara su crisis desviando atención y energía en la *solución* del síntoma del hijo.

Otra situación de común ocurrencia en el ciclo familiar es cuando el padre por una situación de represión se ausenta del hogar y el hijo mayor se "parentaliza" pasando a la jerarquía superior. La organización y estructura funcional sana permite esta reestructuración por el tiempo que sea necesario; el padre a su regreso vuelve a su lugar y el hijo entrega la función; la familia ha crecido, se ha desarrollado. Pero si el padre regresa y hay resistencias, será desplazado, iniciándose un proceso de re-acoplamiento dificultoso, generador de tensión y de problemas en la autoimagen, los que llevarán a exacerbar conductas de autoafirmación recursivas en todo el sistema. Por lo general, en estas situaciones aparecen sintomatologías en algunos de los miembros.

Se ha perdido la familiaridad, la espontaneidad. Por ejemplo, en los primeros tiempos de la dictadura, las familias de detenidos-desaparecidos se resistían al desaparecimiento y cuando alguno de ellos regresó a su hogar, aparecía el fantasma de la vivencia del duelo

que habían enmascarado, el “desaparecido” se había muerto en la imagen familiar, lo que generaba culpa, se intensifica el acercamiento hacia él, pero éste percibía en lo analógico de la comunicación familiar la distancia y ambivalencia, intensificándose la situación de disconfort.

Vemos así que la expresión de sufrimiento psíquico en la sintomatología no puede ser ya concebida desde una causalidad lineal, desde la *interioridad* individual.

Desde el *enfoque interaccional* nos aproximamos al esquema del quehacer médico. Vemos que éste último está centrado en:

- La génesis, es decir, etiología
- La expresión, es decir, signos, síntomas, síndrome, cuadro nosológico.
- Recuperación, es decir, tratamiento, qué hacer.

Estos tres aspectos constituyen en sí una estructura, que es la enfermedad misma en su dimensión antropológica. Es decir, es lo acontecido a un sujeto en un momento histórico de su vida, en un ámbito psico-biológico y ante un contexto social que lo constituye. Mirado desde este punto de vista, nos encontramos con el concepto de influencia interpersonal; diversos autores señalan que las emociones, la angustia, el stress se dan siempre en el marco de la relación interpersonal. Al respecto, se plantean diferentes formas de interacción, como influencia de la familia sobre la salud de sus miembros:

1. Cierta interacción en un período suficientemente prolongado, que constituye por sí misma una condición suficiente para la aparición de la enfermedad (por ej.: relación doble vínculo en la esquizofrenia).
2. Un cierto tipo de interacción que constituye condición necesaria, pero no suficiente para la instalación de determinada enfermedad (stress conyugal que hace sintomático a un miembro de la pareja).
3. Formas interaccionales que, si bien no dan lugar al nacimiento de una enfermedad particular, sí contribuyen de manera muy definitiva para su desarrollo y desenlace (para *mejor* o para *peor*). Las influencias pueden interferir en las funciones necesarias para la recuperación o facilitarlas.

Como fuese la influencia de la interacción y los aspectos contextuales en que se manifiesta la “enfermedad”, se plantea de manera ineludible el trabajar la relación familiar-sujeto paciente identificado.

Respecto a *terapia familiar*, algunos han planteado que aún falta un cuerpo conceptual; otros como Spiegel y Bell plantean la imposibi-

lidad de considerar un *sólo* cuerpo único de conceptos, sino que hay un crecimiento constante en el tiempo y subrayan la pluralidad de teorías y modelos terapéuticos distintos entre sí. Sin embargo, todos se mueven con los conceptos de: sistema, organización, causalidad circular; es decir, resulta imposible considerar cada fenómeno como *suma* de partes descomponibles y analizables de causa-efecto (el individuo existe y se determina como un ser social, inserto en una amplia red de relaciones interpersonales y *no* es una dinámica solamente interna). La relación constitutiva del ser humano, el otro, es parte constituyente del sí mismo.

Se hizo necesaria una firme ruptura con la tradición para propender a una profunda renovación del lenguaje y de las categorías conceptuales; la personalidad es conceptualizada en términos de interacción (*acción entre*). El proceso interaccional en el aquí y ahora refleja estructuras y pautas interaccionales formadas a través del tiempo.

El concepto medular a que se ha llegado es aquel que afirma que la enfermedad mental de los miembros de la familia es *síntoma* de una patología mayor, interrelacionada, familiar; una patología *inconsciente*, de la que es partícipe *toda* la familia.

Otros conceptos básicos: se define a la familia como unidad psicosocial, que se rige por patrones y reglas que configuran un *estilo* familiar. Interesan además otros conceptos, tales como redundancia, recursividad, homeostasis, tomados de la cibernética; proceso interaccional donde se *define* la relación (poder) a través de la comunicación (T. de la Comunicación).

A través de un *proceso terapéutico* se llegará a la reconstrucción, reexperiencia de la relación (aprendizaje), permitiendo la maduración creadora de la familia como unidad totalizadora y del individuo como unidad integradora, cumpliendo los procesos de dependencia - individualización - diferenciación.

En la historia de la evolución clínica hacia la terapia familiar, podemos señalar a autores que han tratado el tema de las relaciones familiares, no empleando la terapia familiar propiamente tal, sino como técnica de investigación: Bateson, Wymne y otros. Luego vino la revisión con mayor profundidad focalizando precisamente en la acción terapéutica: Bowen, Jackson, Haley.

Históricamente, las etapas por las que pasó el proceso terapéutico que tomaba atención en las vinculaciones familiares entonces fueron:

1. La ortodoxia psicoanalítica: Observaba los efectos de las personas interrelacionadas en el proceso estructural de la personalidad (por ej. los padres, como relaciones objetales).
2. Los terapeutas de orientación psicoanalítica que reconocieron el valor creciente de la influencia de la cultura y tensiones de la vida cotidiana sobre la personalidad (Sullivan - Horney - Fromm - Erikson).
3. Se ensayan nuevas técnicas: Slavson prepara el camino para la psicoterapia de grupo. Moreno el Psicodrama (recrear en terapia de grupo eventos de la vida de relación).

En la práctica de la clínica infantil se inicia el tratamiento de la díada madre-hijo; luego madre - padre. Se pregunta ¿y los hermanos? Surge entonces el sistema parental y fraterno: M - P H1 - H2 - H3 (madre - padre - hijos).

El proceso continúa preguntándose: ¿Y la familia como unidad?
M - P Hijos

Y finalmente ¿con otras familias? y ¿la sociedad? (comunidad - sistema social). Se completa así la concepción sistémico - integral. El salto epistemológico en la salud mental se consolida en un cuerpo de teoría y técnica, que estudia al individuo en su contexto social e intenta en el tratamiento modificar la organización familiar. Al cambiar la estructura familiar, se producen modificaciones en la posición de sus miembros, lo que determina cambios en las experiencias de cada individuo. Se concibe que la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio.

La salud mental tradicional tiene un enfoque basado en una fascinación producida por la dinámica del individuo y de su vida intrapsíquica. Considera, entonces, como consecuencia inevitable, al individuo aislado de su medio para su tratamiento, concibiéndolo además como asiento de la patología.

El terapeuta familiar estudia el fenómeno considerando al individuo como un miembro de un sistema con el que interactúa; por ende, no es una isla de su medio. Bajo esta perspectiva la concepción de la localización de la patología y las posibilidades de intervención son mucho más amplias.

La familia como contexto parcial y la sociedad en general son factores importantes en este proceso. La familia, especialmente su organización y estructura, determinan y califican la experiencia de

todos los miembros, sean estas experiencias psicológicas, fisiológicas, etc.

Al concebir la mente como intra y extracerebral (influencia del medio), situar la patología en el interior de la mente del individuo no indica si lo hace dentro o fuera de la persona. Así la patología puede ubicarnos en el individuo, en su contexto o en la interacción de ambos.

La familia como matriz de identidad es el laboratorio donde se mezclan sentimientos de identidad y separación para producir un sentimiento de identidad independiente. El sentido de separación o individualización se logra por la participación en distintos subsistemas familiares o grupos extrafamiliares. Ahora, el sentido de identidad de cada miembro es influido por la pertenencia a una familia específica.

Esto permite modificar el enfoque de la terapia basándose en tres axiomas:

1. La vida psíquica de un individuo no es un proceso exclusivamente interno. El sujeto influye sobre su contexto y es influido por éste a través de secuencias repetidas de interacción.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos de los miembros del sistema.
3. El terapeuta y su conducta al trabajar con la familia se incluyen en este contexto familiar.

El *objetivo de la terapia* y su técnica están determinados por su marco teórico:

1. Modificar el presente, no explorar ni interpretar el pasado que influyó en la creación y funcionamiento de la familia y que, por lo tanto, se manifiesta en el presente.
2. El objetivo es el sistema familiar.
3. El terapeuta se asocia a este sistema y se une para modificarlo, confiando para ello en algunas propiedades del sistema.

a) Una transformación del sistema familiar permitiría al menos una posibilidad de cambio.

b) El sistema se organiza sobre la base de apoyo, regulación, alimentación, socialización de sus miembros. Entonces, el terapeuta repara o modifica su funcionar para aumentar la eficacia del sistema.

c) El sistema familiar tiende a la autoperpetuación. El cambio es autoperpetuado por la familia en ausencia del terapeuta.

Las familias normales no se diferencian de las anormales por ausencia de problemas: este concepto es importante para no confrontar a una familia con un modelo idealizado utópico. Según Freud, “la terapia modifica las pautas neuróticas convirtiéndolas en las miserias normales de la vida”.

El terapeuta debería manejarse con un esquema conceptual del funcionamiento familiar:

1. La estructura familiar es la de un sistema socio-cultural abierto en transformación.
2. La familia muestra un desarrollo despolarizándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuración.
3. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de un modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psico-social de cada miembro.

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, sean éstas externas o internas; para ello requiere de pautas transaccionales alternativas y con flexibilidad para movilizarlas.

Entendemos que toda familia se encuentra sometida a presiones internas (de sus miembros) y externas (del medio), lo que determina una transformación constante de la posición de sus miembros en sus relaciones mutuas para que pueda crecer y el sistema conserve su continuidad. Esto determina inevitablemente dificultades, lo que genera angustia; sin embargo, estas familias deben ser consideradas en situación transicional y no patológica.

El stress de la familia puede tener cuatro orígenes:

1. Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares (ej. padre cesante), que determina acomodación de los miembros, sea de un subsistema o de todo el sistema. A través de pautas transaccionales funcionales se atenuará el stress, o pautas disfuncionales, con stress no resuelto.
2. Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares (ej. migraciones, exilio, represión).

3. Stress en momentos transicionales de la familia: son faces de la evolución natural de la familia donde se requieren renegociaciones de las nuevas reglas (ej. adolescencia, nacimiento de un hijo).
4. Stress referente a problemas de idiosincracia (niño con retardo mental o malformaciones).

Intentaremos reseñar aquí las *implicaciones terapéuticas* del enfoque familiar. Este enfoque se basa en el concepto de que una familia no es la suma de sus miembros sino un sistema con interacción de ellos y del sistema con el medio.

Así, un terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr un diagnóstico estructural. Señala límites y pautas transaccionales para establecer un mapa familiar, dispositivo simplificador que permite organizar el material que obtiene con el objetivo de formular hipótesis acerca de las áreas que además determinan las metas terapéuticas.

El terapeuta se usa a sí mismo sumergiéndose en la interacción familiar para modificar pautas transaccionales. NO necesita protegerse de su espontaneidad porque ésta puede ser sintónica con el sistema y si no lo es, podrá servir como indagación experimental. Explora la estructura buscando áreas de flexibilidad y cambio. Se deslizará con elasticidad fuera del sistema para observar el efecto de sus indagaciones, aclarando el diagnóstico familiar. El uso de sí mismo por parte del terapeuta, con su experiencia, su personalidad, sus características particulares, determina que las alternativas terapéuticas sean distintas según el terapeuta.

Por lo general, lo que conduce a la terapia a una familia son los síntomas de uno de sus miembros, *el paciente identificado* utilizado como recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema con disfunción familiar. La familia es un sistema sociocultural abierto que constantemente requiere cambios para adaptarse al medio donde esta inserta. La familia disfuncional responde rígidamente a la posibilidad de cambio con pautas transaccionales habituales no alternativas. El terapeuta debe entonces facilitar la transformación familiar asociándose al sistema en posición de liderazgo, lo que permite sacar a la luz y evaluar la estructura familiar subyacente, creando entonces circunstancias en que se produzca la *transformación*, es decir, el cambio de expectativas que gobiernan las conductas de la familia; liberando al paciente identificado de su posición anómala.

Las transformaciones activan dinámicas diferentes entre los miembros de la familia, que determinan la autoperpetuación de las pautas transaccionales nuevas que le parecen adecuadas.

El objetivo de salud mental familiar estará entonces encaminado a la individuación y a apoyar la reciprocidad.

La terapia familiar estructural pareciera ser la modalidad terapéutica que puede ejercitarse en cualquier ámbito.

Señalaremos algunas pautas que son importantes para la formación de un Sistema Terapéutico (según S. Minuchin).

La *formación del sistema terapéutico contempla* operaciones de asociación con los métodos del terapeuta para la curación del sistema situándolo a él como líder. Esta situación y condición es necesaria para producir la reestructuración y el cambio familiar. Este proceso se verifica en las siguientes etapas:

1. *Unión y acomodamiento*: Hay dos términos que describen el mismo proceso. El primero pone el acento en las acciones del terapeuta para relacionarse con el sistema familiar. El segundo se relaciona con las adaptaciones del terapeuta para lograr las alianzas, con técnicas espontáneas que frecuentemente permanecen fuera de la conciencia.

a) *Técnicas de funcionamiento*: Técnicas de acomodación para proporcionar un apoyo programado a la estructura familiar, tal como el terapeuta la percibe y analiza; entre los entrelazamientos de la terapia pueden desempeñar una función de reestructuración.

b) *Rastreo*: Es otra técnica de acomodación que permite seguir el contenido de la comunicación y de la conducta familiar alentando para que continúen y así estudiar la estructura familiar. Puede utilizarse también como una estrategia de reestructuración.

c) *Mimetismo*: El terapeuta se asemeja a los miembros de la familia en todos los rasgos de condición humana. Se pondrán, por ej., situaciones en las que tengan experiencias comunes: “si lo que quiero decir es que siento esto como ustedes”.

Los procesos de acomodación y reestructuración se encuentran entrelazados en la terapia, su separación cumple funciones sólo didácticas.

2. *Diagnóstico*: Hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de experiencias y observaciones hechas durante la unión a la familia. Para esto el terapeuta se basa en las áreas fundamentales a evaluar.

a) Estructura familiar, pautas transaccionales preferidas y alternativas.

b) Flexibilidad del sistema y capacidad de reestructuración.

c) Resonancia del sistema, es decir, en qué lugar del espectro aglutinamiento-desligamiento funciona la familia.

d) Contexto de vida de la familia, analizando fuentes de apoyo y de stress en la ecología familiar.

e) Estados de desarrollo familiar y su rendimiento.

g) Cómo son usados los síntomas del “paciente” para mantener las pautas preferidas del sistema.

3. *Contrato terapéutico*: Plantea la promesa de ayuda para la familia con problemas por parte del terapeuta. Situación dinámica que comprende frecuencia, número e intervalo de las sesiones.

4. *Unión con los subsistemas*: Intervenciones reestructurales porque determinan reagrupación de los miembros para compensar el impacto de las alianzas del “poderoso” terapeuta a un subsistema. Esa unión debe ser necesariamente dinámica y equitativa por parte del terapeuta.

5. *Unión y reestructuración*: La unidad terapéutica es dinámica y los distintos procesos (reestructuración, unión, acomodación) se encuentran en una secuencia caleidoscópica.

La *reestructuración familiar* esta referida a intervenciones terapéuticas que la familia debe enfrentar para lograr un cambio y se basan en la presencia de una unidad terapéutica férrea y un terapeuta en posición de liderazgo. Existen distintos tipos de donde cada terapeuta, de acuerdo a su personalidad, recursos y a la familia, usará todos o ninguno.

1. *Captar pautas transaccionales de la familia*. El terapeuta debe evitar centralizar la sesión sobre su persona, no debe permitir que los miembros de la familia le describan pautas de interacción, sino observar cómo se dan las pautas transaccionales en la familia empleando:

a) La dramatización de pautas transaccionales, ej.: “habla con tu padre de esto”.

b) Recreación de canales de comunicación, favoreciendo también la interacción familiar al negarse el terapeuta a responder. ej.: dando vuelta la silla, abandonando la habitación.

c) Manejo del espacio, que puede facilitar o entorpecer la transacción.

2. *Señalamiento de límites.* El terapeuta debe velar por una correcta permeabilidad de los límites, ya sea consolidándolos en la aglutinación o disminuyendo la rigidez en caso de desligamiento, permitiendo o favoreciendo la funcionalidad de los subsistemas y de la familia en general.

3. *Intensificación del stress.* Que permite observar la capacidad de la familia para reestructurarse cuando las circunstancias cambian, a través de los siguientes movimientos terapéuticos:

- a) bloquear pautas transaccionales
- b) acentuar las diferencias
- c) desarrollo del conflicto implícito
- d) unión en alianza o coalición

4. *Asignación de tareas.* Se produce dentro o fuera de la sesión, estando ellas destinadas a poner en evidencia pautas de interacción y no con el propósito de cumplirlas. Son útiles también para prolongar la acción del terapeuta en el hogar y se constituyen en un medio adecuado para poner a prueba la flexibilidad familiar.

5. *Utilización de los síntomas.*

a) Enfoque centrado en el síntoma; a menudo el síntoma constituye el nudo central del stress, corresponde a la forma de manejar el stress por la familia, por lo cual es reforzado.

b) Exageración del síntoma, donde se refuerzan los síntomas del paciente identificado, constituyéndose en una maniobra reestructurante.

c) Desacentuación de un síntoma nuevo o desplazamiento del foco.

d) Redefinición del síntoma (se redefine una anorexia como desobediencia).

e) Modificación del efecto del síntoma (ej.: madre que juega con hija incendiaria).

6. *Manipulación del humor:* Se debe usar el humor de la familia como unión y también reestructurando; ej.: exagerando la agresividad o mostrando lo inverso, ej.: "esto me parece terrible, espantoso".

7. *Apoyo, educación y guía a la familia.* Realizando operaciones de unión a la familia y de reestructuración del sistema.

BIBLIOGRAFIA

- Von Bertalanffy: La Teoría General de Sistemas. (Caps XII-XIII). Fondo de Cultura Económica. México. 1985.*
- Waszlawick, Jackson y Et. Teoría de la Comunicación Humana. Tiempo Contemporáneo. Bs. Aires. Argentina. 1971.*
- Waszlawick, Weackland, Fish: Cambio. Herder. Barcelona. España. 1976.*
- Laing, R. Phillipson. Lee A.R. Percepción Interpersonal. Amorrortu. Argentina. 1978.*
- Laing, R.D. Cooper. D.G. Razón y Violencia. Una década de pensamiento Sortereano. Paidos. Argentina. 1976.*
- Minuchin. S. Fischmannan. H.C.H. Técnicas de Terapia Familiar. Paidos. Barcelona - España. 1983*

CONFERENCIA: ¿EDUCACIÓN PARA QUÉ?

Joseph Bandet

¿EDUCACION PARA QUE?

JOSEPH BANDET
Psicólogo
CINTRAS

Por favor, complete el siguiente espacio con la respuesta que Ud. daría al título de esta exposición. “Bueno, educación para”. La definición que ustedes han hecho es importante, porque ella encierra un conjunto de conceptos y valores que adquieren gran importancia al momento de llevarlos a la práctica. De alguna manera esta respuesta guía nuestra acción.

Sin embargo, pocas veces nos damos cuenta de estas creencias sobre el propósito y el quehacer de la educación y, por el contrario, lo que decimos en los discursos (al inaugurar los cursos o talleres, al iniciar el año académico, etc.), es bastante diferente a lo que hacemos en la práctica. En realidad, suele ocurrir que terminamos reproduciendo los mismos viejos esquemas que finalmente fomentan objetivos bastante ajenos a nuestra verdadera voluntad y son funcionales a las clases sociales dominantes.

¿Cómo hacemos esto? Mediante la repetición de comportamientos asociados a una posición específica. Dicho de otro modo, mediante el desempeño de roles. Estos roles, lejos de ser el fruto de la reflexión y de la investigación son, en un alto grado, estereotipos determinados por nuestra cultura, clase social y experiencia individual. Ellos dan cuenta del comportamiento de los principales actores del proceso educativo: el profesor y los alumnos.

Del profesor se espera que sea docto en la materia o que, por lo menos, lo aparente, que inspire respeto y hasta cierto punto, temor. Que entregue los conocimientos que posee, para que los demás tomen razón y de este modo, paradójicamente logre “formar a sus alumnos como 13,1 pertinente decir que el profesor va a *buscar* ese contenido: *lo va a sacar de sus alumnos*.”

Esto último es importante, porque la concepción tradicional considera al experto como el transmisor de contenidos, que sus alumnos deben registrar y memorizar del modo más fiel y sin distorsión.

En esta otra propuesta, el profesor sistematiza y estimula el proceso educativo, acrecentando la curiosidad de sus alumnos, que tanto mata el sistema tradicional de educación.

La justificación más común al respecto es que “existen determinados contenidos, sobre todo con respecto a la ciencia, que la gente no sabe”. Pero en ello hay una falacia, un engaño, pues no sólo se afirma que la gente no sabe, sino que se afirma implícitamente que no sabe nada, lo cual es falso. Hasta el menos instruido sabe algo de química, pues sabe cocinar; la persona menos educada en matemáticas hace cálculos de hectáreas y de ganado y no necesita que nadie lo denigre diciéndole que no “sabe” y que además se arroga el derecho de “venirle a enseñar”.

Sin embargo, aunque la propuesta participativa resuelve este punto, su modelo educativo conlleva algunos inconvenientes para quien intenta hacer una educación utilizando las mismas técnicas y principios tradicionales: por ejemplo, el de dificultar la predicción, tal como se concibe comúnmente.

En este marco, la planificación (los contenidos y actividades específicos) surgen desde la práctica, desde el diálogo con los educandos, de sus inquietudes e intereses. Debe surgir, por tanto, desde el mismo proceso y, de este modo, no puede estar normado en detalle, con anticipación. ¿Cómo puede ponerse por reglamento que veinticinco personas se interesarán en los aspectos fisiológicos de la producción del trigo, cuando se inicia un curso sobre cereales? ¿Cómo podemos poner por anticipado que desde un taller de derechos humanos, el grupo desee profundizar en los aspectos psicológicos de los estados de excepción?

En la educación tradicional, la planificación es una deidad. En esta propuesta, en una guía útil que no cierra el paso a la posibilidad de encontrar algo nuevo y mejor, y lo más importante, desarrollando los medios potenciales de quien aprende.

El profesor, como decíamos anteriormente, entrega instrucciones generales para que los alumnos desarrollen una actividad y los incentiva a la participación, ubicando aquellos temas que despierten su curiosidad. El profesor, entonces, definiría mejor su papel en la categoría de *animador*, *coordinador* o *monitor* del trabajo grupal, más que en la categoría de profesor, tal como tradicionalmente la entendemos.

Y si al profesor le cabe este papel, ¿qué papel le cabría a sus alumnos? En el diseño que estamos construyendo, el alumno ocupa un papel activo, de investigador, de creador, proponiendo soluciones novedosas a los problemas que estime necesario enfrentar mediante sus trabajos. El alumno ocupa más de las tres cuartas partes del tiempo que dura una actividad, por lo que podríamos decir que se dan las condiciones para que las personas encuentren un espacio más amplio de participación, para manifestar sus inquietudes, para hacer preguntas. En definitiva, parece más adecuado hablar de *participante* que de alumno tal como lo entendemos tradicionalmente.

Sin embargo, este diseño, distinto al tradicional en la distribución de los roles en una sala de clases, no garantiza por sí solo que los alumnos participen ni que desempeñen un papel protagónico en su propio aprendizaje. Existen algunos aspectos fundamentales que deben responder a la realidad del clima educativo y, por lo tanto, no se pueden improvisar o decretar por planificación.

Estos aspectos son: la comunicación, la cooperación y la confianza. Si alguno de éstos falla, el proceso tendrá dificultades, que se manifestarán en el grado de participación, compromiso y/o creatividad de los educandos. Como hemos dicho, estos son los aspectos fundamentales y no cosméticos y es necesario prestarles la mayor atención.

La comunicación es posible en la medida en que el profesor esté liberado del temor de no saber, de no encontrar la respuesta exacta, como respondiendo a la involuntaria demanda de impresionar a sus alumnos. La comunicación se facilita si existe la posibilidad de que los alumnos conversen entre sí durante los trabajos que desarrollen en grupos, y si el profesor no descalifica las intervenciones.

La cooperación se facilita si el grupo posee tareas o metas grupales más que individuales, si el profesor es un modelo cooperador, si las habilidades individuales están al servicio del logro grupal más que en la búsqueda de la recompensa individual.

La confianza se logra si realmente existe el espacio para que el alumno diga lo que piensa y siente sin temor al castigo, a la expulsión, a la exoneración de su trabajo u otra forma de castigo. La confianza existe, si existe respeto e interés genuino por los demás.

Los tres aspectos mencionados se complementan y potencian mutuamente. Todo lo anterior no se puede decretar, pero sí se puede estimular y ese es el deber de todo educador.

También el coordinador puede esforzarse en aumentar su capacidad de escuchar, atendiendo a lo que el grupo considera importante acometer en su educación. Así, se invierte el orden tradicional que impone la planificación formal, esto es: se planifica, luego se consulta. En este modelo educativo, es importante realizar el proceso desde la realidad hacia la educación y no a la inversa.

Otro aspecto importante es la *disposición* del coordinador a *aceptar* aquellos temas, opiniones y conclusiones surgidas del grupo de participantes, aun cuando no esté de acuerdo con ellas, pues de esta forma estará reconociendo con humildad que no lo sabe todo y que tiene mucho que aprender y que en el proceso de aprendizaje el concepto de error se relativiza, pues puede ser precisamente ese “error” la llave que abra espacio a importantes aprendizajes.

Frente a lo anterior, el rol del coordinador pudiera ser el de *invitar* a incluir entre los elementos que considera una persona para emitir un juicio u opinión, algunos otros aspectos a los que pudiera no haber prestado atención. También puede ser - y en muchos casos parece ser lo más indicado - reconocer el derecho que tiene todo participante a probar sus ideas, intentar aquello en lo que cree.

No se puede obligar a nadie a pasar por un corredor estrecho, por donde nosotros suponemos que está su aprendizaje, pues, además de provocar un bajo compromiso personal del participante con la actividad, probablemente lo privemos de descubrir la respuesta utilizando sus propios medios, lo que sí constituye un descubrimiento muy importante y estimulador.

El grado de motivación, de curiosidad y deseos de aprender que logre obtener un educador con sus alumnos, definirá en buena medida su eficacia en el cumplimiento de su rol.

Existen en este sentido algunos “principios”, “técnicas” y “materiales” que pueden ayudar al coordinador a cumplir mejor esta función.

Como hemos venido diciendo, las prácticas educativas deben mantener coherencia con los principios que las sustentan. Hasta ahora hemos descrito algunos principios de una educación participativa, es momento de hablar de sus técnicas y materiales.

Las técnicas que se utilizan en educación participativa rescatan el espíritu de los juegos que las personas utilizan para su diversión: la carrera de dados, el gato, el ludo, los juegos de preguntas, adivinanzas,

etc. En un principio, estas técnicas buscaban solamente “romper el hielo”, pero más adelante se fueron adecuando al tratamiento de contenidos más específicos, tal como las conocemos hoy en día.

En términos teóricos, las técnicas participativas buscan romper con la creencia tradicional que separa artificialmente el aprendizaje de la diversión o el trabajo del placer y toda esa serie de lugares comunes que se repiten sin comprender la verdadera significación que tienen para nosotros.

Los materiales, por otro lado, intentan seguir de cerca estos principios. Los papeles de colores, recortes, los juegos educativos (naipes, tarjetas, ludos educativos, etc.), historietas, tijeras y papel de envolver, son un ejemplo de materiales utilizados.

El hecho de utilizar juegos adaptados al tratamiento de temas, de incluir colorido a los materiales, de incentivar la imaginación de quienes aprenden a través de historias o personajes animados, puede ayudar mucho al educador en el cumplimiento de su función, motivando a sus alumnos a asumir un papel más activo en su propio aprendizaje.

Sobre la cuestión de que eso sólo lo pueden conseguir quienes cuentan con financiamiento especial o “que tienen dinero”, la regla en cuanto a los materiales parece ser que “importa mucho menos el precio o la sofisticación que la creatividad invertida en él y que la creatividad que sea capaz de generar entre sus usuarios”.

Un educador puede hacer un excelente material a partir de algunos recortes de revistas, unas tarjetas de cartón y un poco de pegamento. La misma naturaleza puede ser mejor material que las ilustraciones de los libros que “hablan” de ella.

Hasta este punto nos resultaría difícil separar entre Educación Participativa y Educación Popular, quizás lo siguiente pueda ayudarnos a hacer la distinción.

Así como una pala puede servir para cavar un pozo, también puede servir para destruir una cosecha; de la misma forma, las técnicas pueden servir igualmente a distintos propósitos, ya que por el sólo hecho de incentivar la participación, no garantizan estar cumpliendo una práctica genuinamente liberadora.

Para que una práctica educativa se diga popular, es necesario que, además de garantizar su carácter democrático (participativa) asuma la

existencia de clases sociales dominadas y dominantes y contraiga un compromiso concreto de intentar modificar la situación de opresión que viven los sectores asalariados, cesantes, pobladores de nuestro país.

Sólo de esta forma, una educación podrá llamarse legítimamente *popular*. Esta podrá tener múltiples manifestaciones formales, pero por sobre su diversidad de prácticas compartirá su objetivo liberador.

En nuestro caso, buscamos impulsar una campaña de prevención y promoción en materia de derechos humanos ligados a la salud mental (que es nuestro campo más inmediato), más aún cuando el quehacer de nuestra institución se orienta a reparar los daños que en la salud mental de las personas han surgido como resultado directo o indirecto de la represión desplegada en Chile por la dictadura militar (1973-1989).

A nosotros nos interesa generar participación y no dependencia, creatividad y no mera reproducción de conceptos que no responden a la realidad de la población.

Muchas veces nos hemos hecho la pregunta de ¿por qué en Chile pudo durar tantos años una dictadura antidemocrática y criminal como la encabezada por las FF.AA.? Creemos que junto con sus causas materiales y políticas, el estilo autoritario de educación en Chile tiene una cuota ineludible de responsabilidad.

Nosotros buscamos superar ese error cuando hablamos de prevención. Buscamos una herramienta que nos permita generar mayor cooperación, mayor autonomía y por sobre todo, estimular la creatividad y la iniciativa de los involucrados en un proceso de desarrollo común.

La Educación Popular nos parece una buena respuesta. Creemos como Paulo Freire que “Nadie educa a nadie: los hombres se educan unos a otros en comunidad”.

Creemos firmemente que un modelo que utilice una metodología y técnicas participativas y que estimule una relación más democrática entre quienes se educan, constituye una herramienta para construir una sociedad en que el respeto por el otro y por sus derechos sea un componente fundamental. Y que esa práctica debería estar apoyada en una metodología verdaderamente democrática, ya que el uso indiscriminado de técnicas, por participativas que éstas sean, no es suficiente.

Decimos que una relación pedagógica basada en la confianza, en la comunicación honesta y en la cooperación entre los educandos

constituye un mejor punto de partida para construir una relación más justa entre las personas.

Eso creemos nosotros. Nos gustaría saber su opinión.

BIBLIOGRAFÍA

- Freire, P.: Pedagogía del Oprimido. Siglo XXI. México, 1970.*
- Revista Interamericana de Educación de Adultos. Vol. 12. N°1.CREFAL. Patzcuaro. Michoacán. México, 1989.*
- Boletín "El Mensajero": Definir la Educación Popular. Una tarea larga e inacabada. CIDE. Santiago, 1988.*
- Boletín "El Mensajero": Métodos y Técnicas del Trabajo Educativo. CIDE. Santiago, 1988.*
- Assail, J.; Edwards, V.; López, G. y Addnard, Q. Discurso ideal, autoridad y poder. Alumnos padres y maestros: la representación de la escuela. Santiago: PIIE, 1989.*
- Cuadernos de Educación. N°151, 300-306. Santiago: CIDE*
- Cariola, L. y Cox, C. La Educación de los jóvenes: Crisis de la relevancia y la calidad de la educación media. Los jóvenes en Chile de hoy. Santiago: CIDE-CIEPLAN-INC-PSI-SUR, 1990.*
- Cox, C. y Jara, C. Datos básicos para la discusión de políticas de educación (1970-1988). Santiago: CIDE -PIIE, 1989.*
- Gissi, J. Psicología de la pobreza. Cuadernos de Educación. Universidad Católica de Chile. Santiago, 1985.*
- Infante, I. En torno a la acción educativa con jóvenes rurales. Santiago: CIDE, 1988.*
- Keniston, K. The sources of student dissent. Journal Issues, 22,1976.*
- Ortíz, I. Salud mental popular. Santiago: CIDE, 1983.*
- Ortíz, I. Efectos de la participación popular sobre la participación de los educandos. Santiago: CIDE, 1989.*

TALLERES:

Taller de terapia familiar: familia y represión política.

Eliana Morales

Cómo aprender a saber qué hacer cuando uno va y dice ¿qué te pasa hombre? y su relación con la salud mental y los derechos humanos de las personas.

Josep Bandet

Taller de terapia gestáltica

Teresa Huneus

Taller corporal

Patricia Cardemil

TALLER DE TERAPIA FAMILIAR: FAMILIA Y REPRESION POLITICA

ELIANA MORALES
Asistente Social y Terapeuta Familiar
CINTRAS

RESUMEN

Objetivo:

Experienciar una situación de stress familiar y el enfoque sistémico como forma de elaboración psicoterapéutica.

Participantes:

40 miembros de equipos de salud de la 7ª y 8ª Región, divididos en 2 grupos de 20 personas a cargo de 2 profesionales de CINTRAS con experiencia en el modelo familiar.

Desarrollo:

- Un juego de descongelamiento y motivación, con el objetivo de conocimiento y encuentro, además de aliviar tensiones.
- Un juego que representaba los vínculos familiares (ligazón) con el objetivo de vivenciar las ligaduras que nos mantienen y la dificultad de definir causalidades lineales. (Juego del ovillo de lana).
- Un Rol-Playing de una familia que el propio grupo perfiló (problema índice: una adolescente en conflicto generacional perteneciente a una familia de retorno al país). Objetivo: experimentar setting terapéutico familiar, una sesión de primera entrevista y acercarse a la comprensión dinámica de una realidad familiar.

Evaluación:

Se cumplieron los objetivos del taller para los conductores por evaluación muy positiva de los participantes. Les permitió, según expresión de ellos, experimentar el enfoque, a través de una queja sintomática expresada en un miembro familiar (paciente-índice) y la comprensividad circular versus lineal, además de los problemas que trae la situación de exilio-retorno.

**COMO APRENDER A SABER
QUE HACER CUANDO
UNO VA Y DICE
¿QUE TE PASA HOMBRE?
Y SU RELACION CON LA
SALUD MENTAL Y LOS
DERECHOS DE LAS PERSONAS**

*JOSEPH BANDET
Psicólogo
CINTRAS*

El viernes 18 y el sábado 19 de enero del año 1991, se efectuó el taller “Cómo aprender...”, el cual se llevó a cabo en el marco del segundo seminario de salud mental y derechos humanos que CINTRAS desarrolló en la séptima región.

Este taller tuvo como objetivo general presentar una primera aproximación a una metodología y técnicas participativas y esbozar su relación con la salud mental y los derechos humanos.

Este objetivo general se desglosó en los siguientes objetivos específicos:

1. Reconocer en las actividades grupales una alternativa eficaz para promover la participación de las personas.
2. Identificar algunos elementos que intervienen en el funcionamiento de las relaciones de un grupo.
3. Experimentar el uso de materiales educativos y reconocer en los materiales lúdico-educativos una herramienta útil para enfrentar el desafío de educar en salud mental y derechos humanos.

Todos los objetivos se intentaron realizar mediante las siguientes actividades:

a) Primer día: “Quién soy yo” (10’); “Dictando una imagen” (20’); “Qué cosa era” (45’); “Síntesis” (25’) y una lectura “Introducción al análisis de las relaciones de un grupo”.

b) Segundo día: “Me sentí bien; me sentí mal” (45') y “Experimentación de materiales educativos” (15')

Inmediatamente antes de comenzar el taller, se realizó una introducción teórica. Esencialmente, se señaló que la educación tradicional seguía utilizando las mismas técnicas de hace veinte años, que el tránsito desde la dependencia hacia la independencia de los estudiantes no la estimulaba la educación tradicional, así como tampoco incentivaba el establecimiento de relaciones democráticas.

Se dijo que una propuesta educativa que ejercitara una labor de cooperación en la generación de conocimientos, la búsqueda de soluciones a problemas concretos y el uso de una metodología que recoja elementos lúdicos, constituye una mejor herramienta para construir una sociedad donde se respeten los derechos humanos.

En ese momento una de las participantes del taller, una profesora de educación básica, se levantó enojada y dijo que en eso no había nada nuevo; que los profesores incluían desde hace mucho tiempo esos conceptos en la sala de clases. Un participante dijo no estar de acuerdo y otro le contestó y ahí empezó la cosa.

Un extranjero que se encontraba en la sesión habló sobre la necesidad de igualdad en la educación. El veía que se mantenía una cosa muy autoritaria y rígida en la sala de clases y que eso se reflejaba hasta en la forma de sentarse, la misma forma que reproducimos nosotros después. Y de ahí pasó a la importancia de sentarse en círculos. Entonces no se me ocurrió nada mejor que pedirle que dijera eso mismo como una invitación.

Las personas tomaron con mucho entusiasmo esto. Una profesora comentó “no sabía que iba a ser tan participativo”.

Una vez que estaban todos sentados en esta nueva posición, les solicité que dejaran sus carpetas y bolsos debajo de sus asientos, de tal forma que pudieran moverse con facilidad.

José Miguel siguió entonces, pidiendo que nos imagináramos que estábamos en un parque tomando aire, caminando, paseando: “A ver, vamos caminando, eso, vamos andando por este parque. Y aquí encontramos a personas conocidas - las saludamos -, pero también encontramos a personas que no conocemos mucho. ¿Cuál es la persona a quien menos ubican? ¿La vieron ya? Ahora que ya encontraron a esta nueva persona, se van a acercar a ella o él y van a

formar pareja. Ahora les vamos a pedir que hagan algo en común, pero bien entretenido: Vamos a conversar con esta persona; a preguntarle de dónde viene, qué cosas hace, si tiene familia, etc. y eso lo vamos a hacer en no más de 5 ó 6 minutos.

Una vez transcurrido ese tiempo conversamos en grupos mayores (seis a ocho personas), intercambiando nuestras “averiguaciones”, presentando a la persona con quien habíamos estado charlando.

Les preguntamos más tarde, qué les había parecido la actividad y nos dijeron: “novedosa”, “entretenida”, “me gustó”, “nunca la había hecho”...

La siguiente actividad fue un dictado. Esta dinámica la condujeron Beatriz y Simona. Primero se pidió que un voluntario pasara adelante. Los demás estaban sentados en círculo; no se les había dicho nada antes.

Resultó ser una voluntaria, a quien se le pidió expresamente que al dictarle a los demás la figura que tenía en una hoja de papel, usara un tono firme, no diera pie a consultas y velara por mantener el orden de los concurrentes en la sala. El resultado fue un desconcierto más o menos general, seguido de una sensación de incomodidad que más tarde dijimos haber sentido varios de nosotros. Algunos habían sentido franca molestia ante la actuación de nuestra inocente y amable voluntaria.

Inmediatamente después se solicitó otro voluntario, esta vez pidiéndole que aceptara preguntas y que promoviera la participación de los asistentes. Así pues, comenzó diciendo que se trataba de un dictado, que los demás debían tratar de dibujar una figura que ella intentaría explicar y que aceptaba preguntas, que la podían interrumpir, etc. Entonces le preguntaron si eran todos los cuadrados iguales (sí); si estaban dibujados en una o más dimensiones (en una) si se extendían más en un sentido vertical u horizontal, etc. Ella dijo más adelante que se trataba de una figura compuesta por ocho cuadrados y siguió manteniendo algo más parecido a un diálogo que un dictado.

Al final del ejercicio comparamos los resultados obtenidos del primer modelo con el original y luego que compararan su segundo diseño con el original. El segundo intento fue significativamente más parecido a la figura que se deseaba transmitir.

Por otro lado, la primera voluntaria dijo haberse sentido autoritaria, tensa y haber sentido que pasaba por una situación que le pareció

desagradable para ella y desagradable para los demás. Los participantes dijeron que experimentaron “una tensión en el ambiente”. Además, “nos sentimos descalificados” y que eso sucedía también “cuando se usa ironía o los apodos como una forma de ridiculizar a los que hacen preguntas”.

En la discusión, se agregó que era frecuente el uso de métodos coercitivos tales como la ridiculización de las personas o el manejo de los sentimientos de culpa, y que ésta era una de las cosas que frenaba las posibilidades de expresión y de curiosidad; que estos métodos eran elementos de represión cotidiana.

Mayoritariamente señalaron que se sintieron mejor en la segunda situación propuesta. La voluntaria opinó igual “...había un clima más apropiado para aprender”, “...de hecho, los demás sabían qué iban a hacer y para qué; antes no lo sabían. Yo creo que eso es importante”.

Le preguntamos entonces: “Si tuviesen que ponerle un nombre a este juego, este sería un juego de...” y dijeron: “de comunicación”, “un juego del dictado”, “un juego de confianza”.

La última actividad del día se llamó “¿Qué cosa era?” y la condujimos entre todos los integrantes del equipo capacitador.

Para desarrollar esta actividad dividimos al grupo total (45 personas) en cinco grupos menores. A cada grupo le mostramos un objeto o fotografía durante un minuto; objeto o fotografía que constituía una parte de la idea global propuesta al grupo. Más tarde construimos nuevos grupos, cuidando que cada integrante del nuevo grupo hubiese visto un objeto distinto al de los demás. Entonces se les dijo que cada persona del grupo había visto un objeto diferente, pero que eran partes de algo mayor que tenía sentido, “es igual como si se hubieran puesto de acuerdo con un grupo de amigos para ir a ver una película sólo diez minutos cada uno y al final se reúnen para contarse lo que han visto y saber la película entera”.

Les pedimos que trabajaran en grupo, tratando de conocer el significado o mensaje de todas estas partes que habían visto por separado. Después de un buen rato, en que los grupos trabajaron con mucho entusiasmo, los resultados fueron los siguientes: “lo que vimos representa trabajar en conjunto”, “la verdad se construye entre todos”, “que nadie tiene toda la verdad”, “representa la caída de los muros”, “que se trata de una forma de compartir”.

Les preguntamos “¿Si tuvieran que bautizar este juego cómo le pondrían?” y nos respondieron: “de cooperación”, “de coordinación”, “de compartir”.

Finalmente entregamos un artículo “Introducción al Análisis de las Relaciones de un Grupo”, con la finalidad de que lo leyeran y pudieran contar con un apoyo teórico más ordenado de los temas vistos ese primer día de taller.

El segundo día comenzó con un juego para animarnos y continuó con una dinámica de grupos.

José Miguel condujo esta última actividad. En primer lugar, se constituyeron grupos de trabajo (6 a 8 personas) y se les pidió que pensarán y luego compartieran con los miembros de su grupo las situaciones en que se habían sentido bien y las situaciones en que se habían sentido mal.

Originalmente, la actividad estaba prevista para 30 minutos, pero se extendió porque los participantes solicitaron continuar.

Algunas situaciones en las que se habían sentido mal, aparecieron: “cuando me echaron del trabajo”, “para el 11 de septiembre”, “cuando detuvieron a mi marido”, “cuando no aparecía después que lo tomaron preso”, “frente a la impunidad”.

Como situaciones en las que se habían sentido bien dijeron: “cuando nació mi primer nieto”, “Ha! cuando ganó el NO”, “cuando me dijeron que podía volver a Chile”.

Más tarde, en el plenario comentaron: “nos gustó mucho haber podido compartir con otras personas”, “yo escuché a la señora Teresa contarme lo que a ella le había pasado y ahora me siento mucho más cercana a ella”, “poder compartir mis sentimientos”.

Discutimos más tarde sobre lo importante que resulta compartir estos sentimientos, a veces tan guardados, con otras personas; para lo cual es indispensable establecer un clima de confianza. La labor educativa puede buscar, entonces, promover el establecimiento de ese clima de confianza.

Al finalizar esta segunda jornada, intervinieron dos personas que habían permanecido automarginadas de las actividades de grupo. Dijeron que habían sido testigos de una manipulación hecha con precisión y sutileza; hecha de tal forma que nadie se había dado cuenta,

lo que podía verse cuando al pedirles que se levantaran, todos obedecían y se ponían de pie; que al pedirles que cantaran, todos iban y cantaban: hacían lo que el monitor les decía que hicieran. Agregaron que la utilización de estas técnicas para fines que no fueran los objetivos de los propios participantes encerraba un peligro.

La otra persona que se había mantenido al margen de participar en cada actividad del grupo estuvo de acuerdo con lo expresado por su compañero.

Yo ofrecí la palabra, entonces algunos participantes le respondieron diciendo que no se habían sentido manipulados sino motivados, que los juegos y trabajos de grupo los encontraban entretenidos. Otros dijeron que habían aprendido cosas nuevas que antes no sabían.

Otra participante dijo: “Cuando hemos vivido tanto tiempo en dictadura, nos parece difícil tener confianza en las otras personas. De alguna forma estamos dañados y eso se manifiesta en creer que somos manipulados”.

Entonces propusimos una distinción, dijimos que el mensaje de una comunicación tiene dos componentes: el componente implícito y el componente explícito. Este último es el sentido literal de lo que se dice y suele estar expresado en palabras; en cambio el mensaje implícito es aquel que queda sugerido a través de las imágenes y de la otra interpretación que pudiera dársele a las palabras.¹

Un mensaje legítimo sería aquel en que el mensaje explícito es igual al mensaje implícito. En cambio una comunicación en la que el mensaje explícito fuese distinto y hasta contradictorio con el mensaje implícito, constituía una manipulación y eso nos parecía ilegítimo. Pusimos como ejemplo de esto último aquellos comerciales que hablando sobre el reencuentro familiar y el amor, inducen a asociar la felicidad con el consumo de gaseosas o de vino.

Así se nos pasó volando el tiempo. Ya era hora de terminar.

Los participantes dijeron que el taller había cumplido con los objetivos que se había propuesto, lo encontraron dinámico e interesante; aplicable a cuestiones prácticas dijeron otros.

¹ Esta distinción fue tomada de la intervención que hiciera Patricio Bañados en el taller de educación popular organizado por el CIDE en Punta de Tralca en el año 1989.

Esta evaluación positiva, la logramos corroborar más tarde, al reunirnos con un grupo de personas que quiso conocer con mayor detalle los juegos educativos.

BIBLIOGRAFÍA

García-Huidobro, Juan Eduardo: Gramsci y la Educación, CIDE, 1989.

El Mensajero: Métodos y técnicas del trabajo educativo. CIDE, Julio 1989.

Educación Nueva en 1928: El Pizarrón. Nov-Dic. 1986.

Rogers, Karl: El Facilitador Grupal.

Educación. Material preparado por Fernando Flores y Michael Graves, para el curso de entrenamiento ontológico. Berkeley, California, Feb. 1986.

Max-Neef, Manfred: Desarrollo a escala humana. CEP/AUR.

TALLER DE TERAPIA GESTALTICA

TERESA HUNEEUS
Psicóloga
CINTRAS

Participaron en el grupo alrededor de 26 personas de variadas profesiones, la mayoría de Talca y Linares, algunos de Concepción, las menos, de Santiago.

El taller comenzó con una breve exposición de los fundamentos básicos de la terapia gestáltica que son:

1. Estar en el presente - aquí y ahora.
2. Darse cuenta - tomar conciencia.
3. Responsabilidad - transición del apoyo ambiental, autoapoyo.

Estas actitudes se basan en el principio de homeostasis o autorregulación orgánica; esto es, que cada organismo tiende a buscar su propio equilibrio en contacto con el medio ambiente. Aplicando este principio a nosotros mismos, aprendemos a reconocer nuestras necesidades reales y a lograr su satisfacción en contacto con el medio ambiente que nos rodea, lo que conlleva aceptación y confianza en *como* somos.

También se habló del concepto de Gestalt incompleta; que se refiere a situaciones de nuestras vidas que están inconclusas y que al reexperimentarlas con algunas técnicas, como por ejemplo la de la silla caliente, se completan, liberando así la energía y atención que estaba puesta en sostener esta situación inconclusa.

Se le da gran importancia al reconocimiento y expresión de emociones que “energizan” la vida.

De estos conceptos se derivan algunas normas de funcionamiento en los grupos de terapia gestáltica, las que fueron brevemente enunciadas.

Luego de presentarse los participantes, se eligieron en parejas y se hizo el ejercicio de “Continuum de Atención”, intentando aplicar lo anteriormente expuesto.

Finalmente, nos reconstituimos en el grupo completo y cada participante comunicó, aplicando lo aprendido, su experiencia.

Hubo diferentes grados de compromiso. Para ser una sesión única, de solamente 2 horas de duración, fue, en general, bastante; los participantes lograron tener una experiencia de cómo se trabaja en terapia gestáltica.

TALLER CORPORAL

PATRICIA CARDEMIL
Kinesióloga
CINTRAS

Este taller consistió en mostrar algunas de las técnicas que utilizamos en CINTRAS con pacientes derivados a tratamiento kinésico.

Como primer punto hay que llamar la atención sobre algunas características con que debemos enfrentar un tratamiento:

- El tratamiento debe ser una colaboración entre el kinesiólogo y el paciente, los cuales inician una búsqueda en conjunto.
- El paciente debe responsabilizarse por su vida,
- Estar dispuesto a conocerse y
- Comprometerse con la pauta del tratamiento elaborado.

Es necesario que las personas cuenten con varias opciones que les den cierta flexibilidad para enfrentar un problema. Así, el kinesiólogo necesita manejar múltiples alternativas de tratamiento, especialmente cuando nos encontramos ante la tensión y el dolor muscular.

Necesitamos conocer qué significan estos dos síntomas para el paciente, cómo los vive, si le están sirviendo para algo, qué es aquello que no está funcionando bien. Entonces nuestra primera intención no es suprimir los síntomas, sino que trabajar con ellos. Posponemos para un segundo momento la acción directa sobre ellos (aplicación de calor local, masajes, técnicas de relajación, etc.).

Hemos elegido algunos ejercicios que nos permitan trabajar con el dolor y con la tensión, en la forma anteriormente planteada. Estos ejercicios pertenecen a la terapia bioenergética y a la terapia gestáltica.

Estas dos terapias comparten proposiciones que nos parecen fundamentales en este tipo de tratamiento. Ambas estimulan en el paciente el:

- ser consciente del propio cuerpo
- estar en contacto con la realidad.

El taller consistió en llevar a la práctica algunas de estas premisas teóricas, a través de ejercicios que utilizamos habitualmente con nuestros pacientes.

La bioenergética es una terapia que integra mente-cuerpo-energía, por lo tanto en el trabajo se combinan estos tres aspectos.

Un principio básico es que mente y cuerpo pueden influenciarse recíprocamente. El individuo es su cuerpo, no hay persona que exista separada del cuerpo vivo, a través de él se expresa y se relaciona con el mundo que lo rodea.

Normalmente expresamos nuestros sentimientos y experiencias a través de nuestra actitud física y nuestros movimientos. En algunas experiencias todo nuestro cuerpo se compromete; es el caso de una alegría grande: la sentimos en el pecho, nuestros labios sonríen, los ojos se nos iluminan, nos dan ganas de saltar, bailar, en ocasiones queremos abrazar a las personas que están a nuestro lado, etc.

Una de las proposiciones que hace este tipo de tratamiento es que cuando las personas carecen de la sensación de tener los pies firmemente apoyados sobre el suelo, puede presumirse dificultades en el contacto con la realidad.

Asentar los pies sobre la tierra, sentirlos pisando firme, agarrarse a la tierra, sentir los pies y las piernas, son todos ejercicios con los que se trabajó en el taller.

Todas las personas que participaron pudieron comprobar que al descargar su peso en los pies de manera adecuada, tuvieron más equilibrio, se sintieron más seguras y para algunas de ellas fue como echar raíces. Indudablemente todas ellas estuvieron en absoluto contacto con su cuerpo y con el presente en “el aquí y el ahora”.

Y con este concepto pasamos a describir la otra parte del taller: “el darse cuenta” de nuestro cuerpo, de nuestras sensaciones. Consiste en tomar contacto con nuestro cuerpo, actividad que nos centra en el presente, en lo que está expresando nuestro cuerpo en el momento que se efectúa el ejercicio. A través de él, podemos llegar a conocernos más profundamente, podemos descubrir tensiones y dolores sobre los cuales podemos trabajar, aumentando la conciencia sobre esas partes, aprendiendo lo que están expresando esas tensiones y/o dolores.

Existen diferentes formas de trabajar:

- a) La primera y más simple de ellas es pedir al paciente que ponga atención a esas sensaciones; en algunos casos, sólo con este acto las sensaciones desagradables disminuyen.
- b) Otra forma es pedir al paciente que permita que la sensación aumente, también en este caso puede pasar que ésta desaparezca.
- c) Se puede pedir que imagine qué forma tiene la tensión y/o dolor, y seguir trabajando con ella, tratando de descubrir significados.
- d) Usar técnicas de imaginería para convertir el síntoma en un objeto animado (un animal, por ejemplo), lo que permite explorar cómo es, qué está haciendo, conversar con él, etc.
- e) También se puede dejar que el dolor y/o tensión se desplace, se mueva.

Estas son algunas de las maneras de trabajar, no las únicas. En cada relación terapeuta-paciente pueden ir apareciendo otras formas. No debe existir rigidez, tampoco es aconsejable planificar anticipadamente la sesión: es durante la sesión y según lo que pase, cómo se trabaja.

Quisiera relatar una experiencia ocurrida en el taller. Al pedirle a una participante que se pusiera en contacto con las sensaciones de su cuerpo, advirtiéndole que no importaba si eran agradables o desagradables y que no tratara de cambiarlas, sólo sentirlas, descubrió que su cuello estaba muy tenso; se le pidió que dejara que esa tensión aumentara y que si surgía alguna imagen nos la contara; al aumentar la tensión, vio que su cabeza era como una pirámide y que estaba unida a su cuerpo por su vértice; aumentó más la tensión y la pirámide se empezó a bambolear hasta que cayó, en ese momento la tensión cedió totalmente. Conversando con ella, descubrió que estaba en un momento de preocupación por su esfera intelectual, con una sobrecarga de estudio.

Pensamos que la tensión de su cuello fue una advertencia del daño que estaba empezando a sufrir por el esfuerzo intelectual denotado. Al dejar que su cabeza imaginariamente cayera, el resto del cuerpo se liberó de pensamientos y exigencias, cediendo paso al bienestar y relajación muscular.

La persona estuvo de acuerdo en que era más beneficioso para ella disminuir un poco el nivel de su autoexigencia en esa área.

Si en esta persona suprimimos la tensión con alguna otra técnica, probablemente no habría tenido la posibilidad de descubrir qué significaba esa tensión. Además, seguramente, el efecto de relajar por

otros medios sólo mejoraría por un tiempo, para luego volver a aparecer el síntoma.

Desgraciadamente el tiempo que tuvimos para efectuar el taller se nos hizo corto, todos quedamos con ganas de seguir trabajando.

Quisiéramos terminar este trabajo insistiendo en la importancia de la empatía en la relación kinesiólogo-paciente y del compromiso de los dos en el tratamiento. Y señalar que en todo tratamiento, especialmente cuando estamos trabajando con el dolor y/o tensión, se debe establecer un contacto corporal con el paciente, ya que los músculos están resentidos y es recomendable aliviarlos a través de masajes.

BIBLIOGRAFIA

Lowen, Alexander: Bioenergética.

Lowen, Alexander: Ejercicios de Bioenergética.

Stevens, John: El darse cuenta.

Stevens, Barry: No empujes el río.

Huneus, Francisco: Lenguaje-enfermedad y pensamiento.

Moore, John: Sexualidad y espiritualidad.

Stevens, John: Esto es Gestalt.

Índice de instituciones expositoras

- ˆ *Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, Linares*
- ˆ *CINTRAS, Centro de Salud Mental y Derechos Humanos*
- ˆ *CIT, Colegio Integrado San Pío X, Talca*
- ˆ *CODEPU-DITT, Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo-Departamento de Investigación y Tratamiento de la Tortura*
- ˆ *CODEPU-Colectivo Salud Mental y Terapia Familiar*
- ˆ *Comisión Chilena de Derechos Humanos, Linares*
- ˆ *Departamento de Ayuda Fraternal, Obispado de Linares*
- ˆ *Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial*
- ˆ *FASIC, Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas*
- ˆ *Hospital Las Higueras, Talcahuano*
- ˆ *ILAS, Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos*
- ˆ *PIDEE, Fundación de Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia*
- ˆ *Programa de Salud Mental, Región del Maule*
- ˆ *RCT, Rehabilitation Center for Torture Victims, Dinamarca*
- ˆ *SERPAJ, Servicio Paz y Justicia*
- ˆ *Universidad de Concepción*
- ˆ *Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría*
- ˆ *Vicaría de la Solidaridad, Linares*