

**Programa de Reparación y Atención  
Integral en Salud y Derechos Humanos**

**PRAIS**

**Protocolo para la Atención Integral en Salud a Personas  
Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en  
el Período 1973 – 1990**

**Dr. Carlos Madariaga A.**

**Consultor**

**Santiago de Chile, Mayo de 2006**

## Índice

I. Introducción .....	7
II. El Protocolo .....	10
<b>A. Ingreso al Programa: Algoritmo N° 1</b> .....	10
1. <i>La pesquisa</i> .....	11
2. <i>La acogida PRAIS</i> .....	11
2.1. Establecer vínculo .....	11
2.2. Acreditar calidad de beneficiario .....	11
2.3. Iniciar evaluación diagnóstica .....	12
a. Definir el motivo principal de consulta .....	12
b. Establecer la historia represiva del consultante .....	12
c. Identificar las demandas psicosociales y de salud del consultante ...	12
d. Definir los niveles de complejidad de los trastornos pesquisados .....	12
2.4. Entregar información y orientación .....	12
2.5. Derivar en forma asistida .....	12
2.5.1. Problemas de salud física .....	12
a. Problemas de salud física relacionados con el trauma .....	12
b. Problemas de salud física no relacionados con el trauma .....	12
2.5.2. Problemas de salud mental .....	13
a. Baja complejidad .....	13
b. Moderada complejidad .....	14
c. Alta complejidad .....	14
<b>B. Atención Especializada: Algoritmo N° 2</b> .....	15
1. <i>La atención PRAIS</i> .....	16
1.1. La evaluación integral .....	16
a) Caracterización global de la situación traumática .....	16
▪ Historia de la experiencia represiva personal y familiar .....	16
▪ Biografía esencial .....	16
▪ Evaluación psicológica .....	16
▪ Evaluación médica .....	16
▪ Evaluación psiquiátrica .....	16
▪ Evaluación psicosocial .....	16

b. Plan terapéutico.....	16
▪ Recuperación sintomática.....	16
▪ Elaboración de la experiencia traumática.....	16
▪ Reconstrucción del proyecto histórico-vital .....	16
▪ Rehabilitación psicosocial .....	16
▪ Integración social.....	16
2. <i>Las modalidades de Intervención</i> .....	17
2.1. Intervención psiquiátrica.....	17
▪ Consulta psiquiátrica .....	17
▪ Tratamiento farmacológico.....	17
▪ Psicoterapia .....	17
▪ Derivación psiquiátrica .....	17
2.2. Intervención psicológica .....	18
▪ Consulta psicológica clínica .....	18
▪ Psicoterapia .....	18
2.3. Intervención Psicosocial.....	18
▪ Intervención psicosocial individual.....	18
▪ Intervención psicosocial familiar .....	18
▪ Intervención psicosocial grupal .....	18
▪ Trabajo con la comunidad .....	18
▪ Psicoeducación .....	18
2.4. Derivación a consulta médica .....	19
▪ Consulta por médico de la atención primaria .....	19
▪ Interconsulta de especialidad.....	19
3. <i>Evaluaciones periódicas del proceso terapéutico.</i> .....	20
4. <i>El término del plan terapéutico</i> .....	20
5. <i>El seguimiento</i> .....	20
5.1. Las Reincidencias .....	21
a) Recaídas sintomáticas .....	21
b) Desencadenamiento de una nueva crisis.....	21
c) Retraumatización.....	21
d) Cronificación del daño.....	21
6. <i>La reevaluación</i> .....	21

<b>C. La Psicoterapia</b> .....	21
1. <i>Definición de la técnica de intervención psicoterapéutica</i> .....	21
1.1. El trauma individual .....	22
1.2. La disfunción familiar y de pareja.....	22
1.3. La situación traumática colectiva .....	22
2. <i>Las formas de psicoterapia</i> .....	22
2.1. La psicoterapia individual .....	23
2.1.1. Técnicas de intervención en crisis .....	23
2.1.2. Técnicas de psicoterapia breve .....	24
2.1.3. Técnicas de psicoterapia de largo plazo.....	25
2.2. La psicoterapia familiar o de pareja .....	25
2.2.1. Psicoterapia familiar breve.....	25
2.2.2. Psicoterapia familiar convencional.....	26
2.3. La psicoterapia de grupo.....	27
<b>II. Aspectos Conceptuales y Técnicos para la Aplicación del Protocolo</b> .....	29
1. <b>La pesquisa y las fuentes de derivación</b> .....	29
1.1. Consideraciones generales.....	29
1.2. Las fuentes de derivación .....	31
a) La red general de salud: .....	31
b) Las organizaciones sociales y comunitarias.....	33
c) Otras instancias del Estado.....	34
d) La demanda espontánea.....	34
2. <b>La acogida por el Equipo PRAIS</b> .....	35
2.1. Orientaciones generales .....	35
2.2. La calificación del beneficiario PRAIS .....	38
2.3. Actividades fundamentales .....	39
a) Definir el motivo principal de consulta .....	39
b) Establecer la historia represiva del consultante .....	39
c) Identificar las demandas psicosociales y de salud del consultante ...	40
d) Educar al beneficiario y sus familiares en las características del programa .....	41
e) Definir los niveles de complejidad de los trastornos pesquisados ....	42
f) Desarrollar acciones de prevención y promoción .....	43

g) Establecer mecanismos que aseguren el seguimiento de las personas .....	44
2.4. Definición de las acciones de salud iniciales .....	44
2.4.1. Primera interrogante: ¿problema físico o mental? .....	45
2.4.2. Segunda interrogante: ¿existe relación entre el problema físico y el trauma? .....	46
2.4.2.1. Problemas de salud física relacionados con el trauma.....	48
<i>a) Derivación a atención especializada por Equipo PRAIS de Atención.....</i>	49
<i>b) Derivación a consulta médica de Atención Primaria.....</i>	50
2.4.2.2. Problemas de salud física no relacionados con el trauma.....	50
<i>a) Derivación a consulta médica de Atención Primaria .....</i>	51
2.4.3. Tercera interrogante: ¿cuál es la complejidad del problema de salud mental? .....	52
2.4.3.1. Baja complejidad .....	53
2.4.3.2. Moderada complejidad .....	57
a) Consulta psiquiátrica .....	62
b) Psicodiagnóstico .....	62
c) Consulta psicológica clínica .....	62
d) Consulta de salud mental especializada .....	62
e) Intervención psicosocial grupal especializada.....	62
f) Psicoterapia individual o grupal .....	62
2.4.3.3. Alta complejidad .....	62
<b>3. La atención especializada PRAIS.....</b>	<b>65</b>
3.1. La evaluación integral .....	66
3.1.1. Diagnóstico interdisciplinario.....	68
a) Historia de la experiencia represiva personal y familiar: .....	68
b) Biografía esencial.....	68
c) Evaluación psicológica .....	68

d) Evaluación médica .....	68
e) Evaluación psiquiátrica.....	69
f) Evaluación psicosocial: .....	69
3.1.2. Caracterización global de la situación traumática .....	69
3.1.3 Plan terapéutico.....	70
3.2. Las modalidades de intervención.....	72
3.2.1. Intervención psiquiátrica.....	72
3.2.2. Intervención psicológica .....	73
3.2.3. Intervención psicosocial .....	74
3.2.4. Consulta médica .....	74
3.3. Las evaluaciones periódicas del proceso terapéutico.....	76
3.4. El término del plan terapéutico.....	77
3.5. El seguimiento .....	78
3.5.1. Las recaídas.....	79
a) Recaídas sintomáticas .....	79
b) Desencadenamiento de una nueva crisis .....	80
c) Retraumatización.....	80
d) Cronificación del daño .....	80
3.6. La reevaluación .....	80
<b>4. La Psicoterapia.....</b>	<b>80</b>
4.1. Consideraciones generales.....	80
4.2. Las formas de psicoterapia .....	84
4.2.1. La psicoterapia individual.....	85
4.2.1.1. Técnicas de intervención en crisis .....	86
4.2.1.2. Técnicas de psicoterapia breve .....	87
4.2.1.3. Técnicas de psicoterapia de largo plazo.....	87
4.2.2. La Psicoterapia familiar y de pareja .....	88
4.2.2.1. Psicoterapia Familiar Breve .....	89
4.2.2.2. Psicoterapia Familiar Convencional.....	90
4.2.3. La Psicoterapia de Grupo.....	91
<b>IV Glosario.....</b>	<b>92</b>
<b>V Bibliografía.....</b>	<b>95</b>

## I. Introducción

El *Programa de Reparación Integral en Salud y Derechos Humanos*, PRAIS, responde al compromiso de los gobiernos democráticos post dictadura de contribuir desde el sector salud a la reparación integral del trauma producido por el gobierno militar. Su transformación en política sectorial de Estado desde el campo de la salud y la salud mental ha posicionado al PRAIS en un ámbito programático de compromisos definidos y normados en el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

El programa cumple la doble tarea social de otorgar apoyo profesional en salud, eficiente y oportuno, a las personas afectadas por violaciones a los derechos humanos durante el período 1973 – 1990 y, al mismo tiempo, participar del multiforme proceso de reconstrucción de la memoria histórica del país, en los aspectos relativos al costo humano del terrorismo de Estado y a sus consecuencias médico-psicológicas y psicosociales en el largo plazo. Ambos desafíos se encuentran en pleno desarrollo y sus metas se renuevan día a día, acorde con las necesidades emergentes, los cambios contextuales en la sociedad chilena y la evolución del trauma psicosocial.

En la actualidad, el país avanza en sus procesos de modernización. Profundos cambios culturales, científico-tecnológicos, económicos, sociales y políticos se desarrollan impactando las formas de convivencia de la sociedad en su conjunto. Exigidas por dichas transformaciones (algunas de ellas inequívocas señales de progreso y otras con un sello contravalórico y dañino para la salud de las personas), tanto la psiquiatría como la salud mental, en tanto disciplinas al servicio del bienestar humano, han iniciado un firme proceso de transformación de su praxis y sus fundamentos epistemológicos, metodológicos y técnicos.

Tomando el espíritu y las enseñanzas de los procesos de reforma psiquiátrica europeos y de nuestro continente, desde la salud pública se está dando curso a un rediseño de los programas de intervención en el campo de la salud mental, con acento en la perspectiva comunitaria, la atención primaria, las redes sociales, la desinstitucionalización psiquiátrica y los nuevos dispositivos de rehabilitación, los equipos interdisciplinarios de corte comunitario, la articulación equilibrada entre tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción de la salud mental, el trabajo con los grupos de

base y las organizaciones de familiares, etc. Se trata de un cambio paradigmático en plena efervescencia y desarrollo, en el cual está inserto también el PRAIS, componente formal de la red de salud del Estado chileno. Se pretende, por tanto, profundizar el compromiso con el programa haciéndolo más efectivo y eficaz en el manejo de los problemas de salud que le competen, para lo cual se requiere de parte de los equipos que en él laboran la incorporación de los cambios modélicos en curso. Son desafíos urgentes del presente, entre otros, la vinculación comunitaria del trabajo reparativo; el funcionamiento en red, tanto en las instancias de salud y de la comunidad como en las instancias sectoriales del Estado; la proyección del quehacer en derechos humanos hacia los ámbitos preventivos y promocionales.

Un aspecto sustantivo de estos cambios se relaciona con la necesidad de profundizar el compromiso del Estado chileno con los programas de reparación en salud. Una forma de conseguir este objetivo es ampliando la responsabilidad asistencial en el ámbito público hacia instancias de salud situadas más allá de los equipos PRAIS, de forma tal que sea la red sanitaria en su conjunto la instancia responsable de recuperar la salud de las personas afectadas. Con ese fin se requiere un adecuado diseño de niveles de complejidad, normas de intervención y tratamiento, pautas de referencia y seguimiento, un plan de capacitación, etc. La inclusión de los equipos profesionales situados en los tres niveles de atención en este proceso constituye un camino de integración plena de la salud pública a la tarea de reparación del trauma de la dictadura. Esta ampliación de la responsabilidad social en el campo de la salud conlleva el desafío para los equipos PRAIS de profundizar sus niveles de complejidad en el manejo de los problemas de salud mental. Ello se logra si somos capaces de incorporar en sus prácticas la evidencia científica, tanto en el ámbito clínico como comunitario, y aplicarla en las técnicas de intervención, asegurando que éstas se realicen cumpliendo los mejores cánones de calidad.

Con estos propósitos se ha elaborado el presente protocolo, documento orientado a mejorar la calidad del trabajo clínico y comunitario mediante la estructuración de las secuencias básicas de la intervención en salud sobre el trauma psicosocial. Es continuidad y extensión de la Norma Técnica para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973 – 1990.

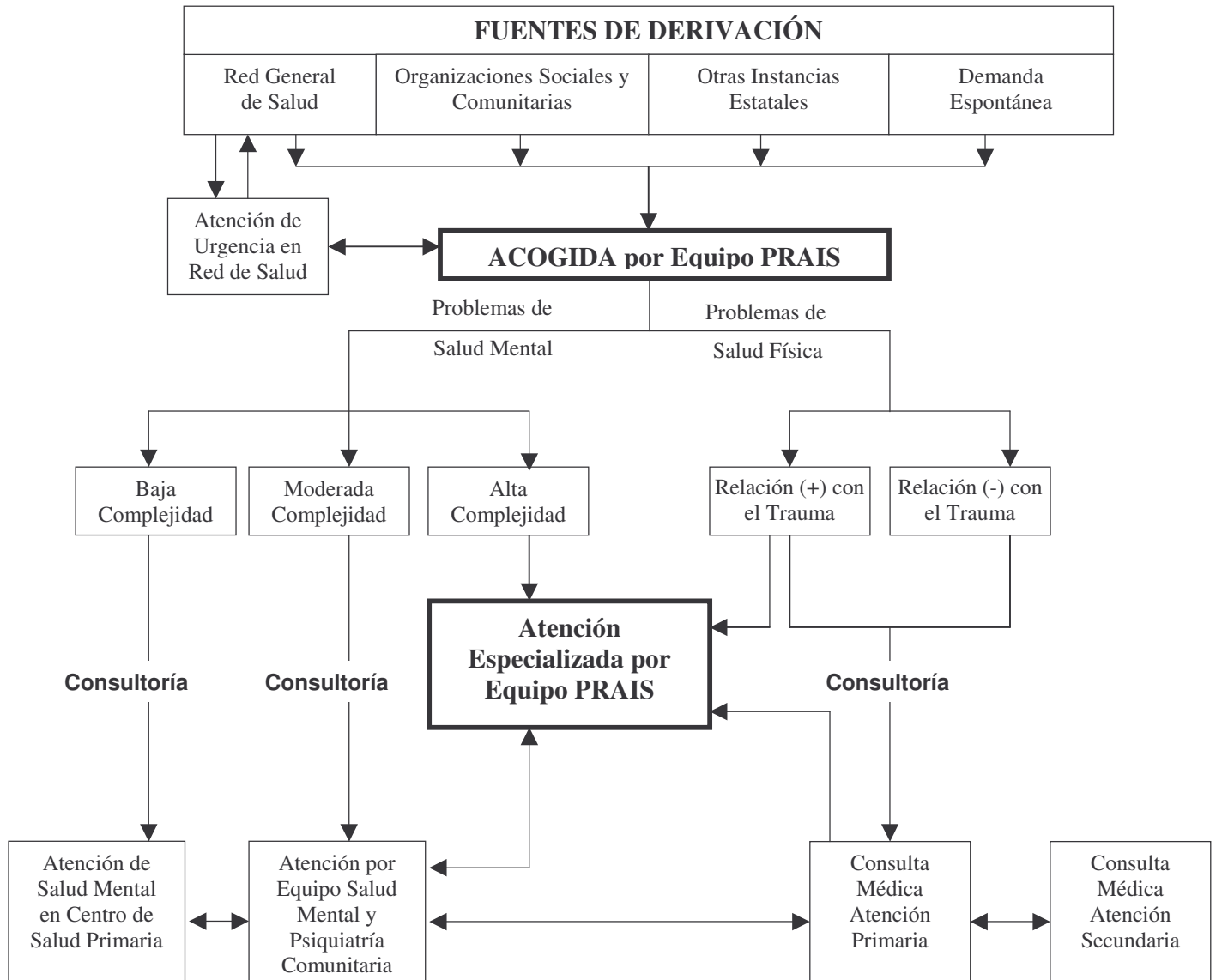
El presente documento consta de dos capítulos fundamentales; el primero (*II. El Protocolo*) corresponde al Protocolo propiamente tal. El segundo (*III. Aspectos*



*Conceptuales y Técnicos para la Aplicación del Protocolo)* es un texto auxiliar que desarrolla, con mayor extensión y en el mismo orden, los pasos y conceptos enunciados en el primero; establece algunas precisiones teórico-metodológicas, ofrece una profundización del marco científico y técnico en el que se funda el Protocolo, recogiendo el aporte de la valiosa experiencia nacional e internacional acumulada en los últimos treinta años en la asistencia a las personas afectadas por violaciones a los derechos humanos y, finalmente, aporta a la clarificación de cada uno de los pasos de los algoritmos de acogida y atención. El documento concluye con un Glosario de los conceptos básicos utilizados y una Bibliografía que destaca algunos de los más importantes aportes teóricos para la comprensión del trauma psicosocial y los documentos oficiales que enmarcan este quehacer desde las políticas públicas.

## II. El Protocolo

### Algoritmo N° 1: Ingreso al Programa



## **A. Ingreso al Programa**

### **1. La pesquisa**

La pesquisa de casos y la oportunidad de la atención son momentos esenciales para el cumplimiento de la tarea reparadora, razón por la cual los equipos de salud deben estar alerta a la identificación permanente de nuevos potenciales usuarios y atentos a la primera demanda de atención, sea cual sea la fuente que deriva.

Las fuentes de derivación son múltiples y comprometen prácticamente a todo el tejido social (red de salud, organizaciones sociales y comunitarias, otros sectores e instancias del Estado, demanda espontánea). El equipo de salud debe, por tanto, favorecer la derivación manteniendo una interacción permanente y activa con las instancias derivadoras.

### **2. La acogida PRAIS**

Es un momento clave en la construcción del vínculo terapéutico del consultante con el equipo PRAIS, en lo particular y, por otra parte, con el sistema público de salud. Esto último es de importancia dado que buena parte de los sujetos requerirán de servicios médicos de la red de salud externa al Programa.

La actividad es realizada ya sea por el Equipo PRAIS o por profesionales especialmente destinados a la acogida, siguiendo en cualquier caso la norma técnica estipulada para este procedimiento. La conformación de este equipo dependerá de las necesidades de descentralización de las direcciones regionales, de acuerdo a las realidades y necesidades locales.

#### ***2.1 Establecer vínculo***

Se trata de crear una condición relacional empática, capaz de favorecer la expresión espontánea de las necesidades del consultante y de ser clarificadora del sentido y alcances del programa, con énfasis en los derechos que le asiste en su condición de beneficiario del mismo. Acoger, en esta perspectiva, significa abrir una puerta de entrada comprensiva, fraterna y solidaria con vistas a favorecer los vínculos terapéuticos.

#### ***2.2 Acreditar calidad de beneficiario***

Implica el estudio de las condiciones que califican al sujeto para ser incorporado al Programa, según los criterios definidos en la Norma Técnica Para la Atención de

Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973 – 1990.

### ***2.3 Iniciar evaluación diagnóstica***

La entrevista básica de ingreso tiene como objetivo principal el obtener la información suficiente como para definir, en su acepción más general, las características de la experiencia traumática de la persona y sus necesidades de salud, especificando aquellas más apremiantes. Para el cumplimiento de esta tarea se deberá:

- a) Identificar el motivo principal de consulta: establecer una primera diferenciación respecto a las necesidades de salud del consultante, tanto subjetivas como objetivas, identificando si se trata de problemas afincados esencialmente en el ámbito de la salud mental del sujeto o más bien de síntomas físicos.
- b) Establecer la historia represiva del consultante, tanto individual como familiar.
- c) Identificar las demandas psicosociales y de salud del consultante.
- d) Definir los niveles de complejidad de los trastornos pesquisados al ingreso.

### ***2.4. Entregar información y orientación***

Con el objetivo de educar al beneficiario y sus familiares en las características del Programa.

### ***2.5. Derivar en forma asistida***

La derivación hacia los distintos componentes de la Red Asistencial se hará de acuerdo con los requerimientos identificados y estableciendo mecanismos que aseguren el seguimiento de las personas.

**2.5.1** Si la prioridad establecida se refiere a **problemas de salud física**, corresponde realizar una primera definición acerca de si esta dolencia somática es una consecuencia directa de la o las experiencias traumáticas que afectaron al sujeto.

#### ***a) Problemas de salud física relacionados con el trauma***

Conjunto de síntomas y/o signos físicos de cualquier índole, que sugieren alguna perturbación patológica o anomalía del funcionamiento físico, en cuyo origen y/o curso evolutivo se ha podido establecer que existe una vinculación clara con la experiencia traumática vivida por la persona en el período dictatorial. La referencia de personas con

estas situaciones traumáticas establece dos pasos obligados: ***Derivación a Atención Especializada por Equipo PRAIS*** y ***Derivación a Consulta Médica de Atención Primaria***. Esta última puede requerir complementarse con una ***Consulta Médica de Atención Secundaria***.

***b) Problemas de salud física no relacionados con el trauma***

Conjunto de síntomas y/o signos físicos de cualquier índole, que sugieren alguna perturbación patológica o anomalía del funcionamiento orgánico, en cuyo origen y/o curso evolutivo tanto la persona afectada como el equipo evaluador establecen que no existe una vinculación clara con la experiencia traumática vivida en el período dictatorial. La referencia de estas personas establece ***Derivación a Consulta Médica de Atención Primaria***, desde la cual se puede acceder a una ***Consulta Médica de Atención Secundaria***.

**2.5.2.** Si la prioridad establecida se refiere a ***problemas de salud mental***, debe establecerse el grado de complejidad de esta problemática:

***a) Baja complejidad***

Se refiere a una condición global de salud que afecta parcialmente la salud mental del consultante. Se trata de manifestaciones focales que comprometen levemente ámbitos específicos del psiquismo y/o ciertos aspectos de su contexto psicosocial, donde no se pesquisa la presencia de trastornos psiquiátricos severos, riesgo suicida, disfuncionalidad grave en el ámbito familiar, situación de contracción severa de las condiciones y calidad de vida, ausencia de redes básicas de apoyo social y familiar o cualquier otra condición médica, psicológica o psicosocial que haga necesario el concurso de profesionales especializados en salud mental. La derivación en estos casos será a ***Atención de Salud Mental en Centro de Atención Primaria*** para:

- Evaluación del problema de salud mental que refiere el consultante.
- Definición de las acciones de salud mental que se realizarán en la intervención terapéutica.

Para el cumplimiento de estos objetivos el equipo de atención primaria debe mantener una conexión con el equipo que deriva, solicitando el apoyo técnico cuando se requiera mediante ***Consultoría***.

**b) Moderada complejidad**

Se refiere a una condición biopsicosocial que denota un daño significativo aunque no severo en el estado global de salud del consultante. En el ámbito del psiquismo se trata de manifestaciones focales de cierta intensidad en ámbitos específicos del psiquismo o de trastornos asociados de diverso tipo, que perturban de algún modo el funcionamiento psíquico. En el ámbito psicosocial produce repercusiones que desestabilizan parcialmente las posibilidades adaptativas o deterioran moderadamente las condiciones y calidad de vida de la persona afectada. Las expresiones sintomáticas y manifestaciones clínicas son significativas y abarcan la totalidad del funcionamiento psíquico del sujeto traumatizado. Es posible identificar trastornos psiquiátricos específicos, disfunciones de pareja o familia que arriesgan la estabilidad del sistema, debilitamiento de los proyectos histórico-vitales, etc.

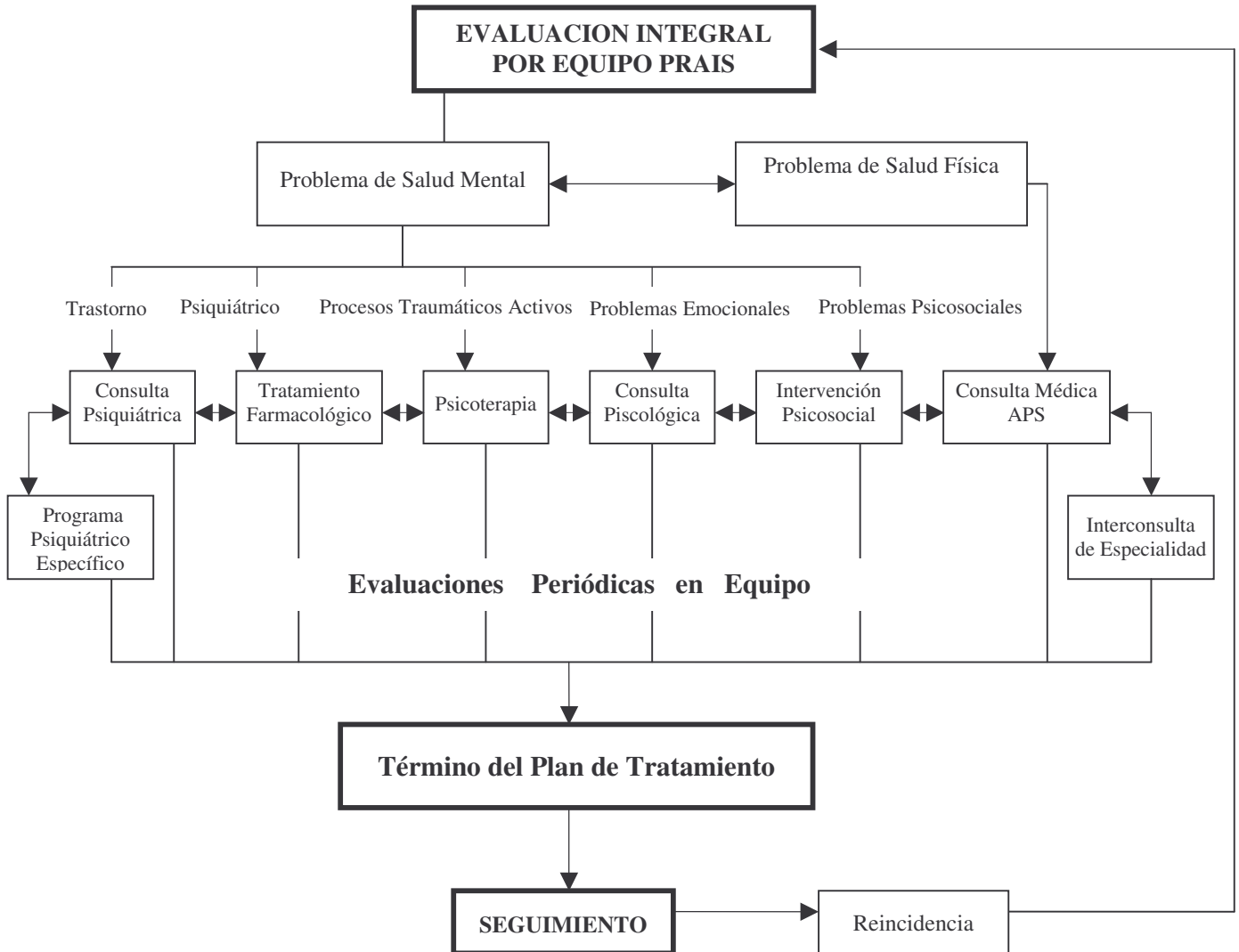
En estos casos, el consultante será referido a *Consulta por el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. Este dispositivo será apoyado con *Consultoría* desde el Equipo PRAIS.

**c) Alta complejidad**

Se refiere a una condición biopsicosocial que denota un daño severo en el estado de salud del consultante. Clínicamente, se trata ya sea de manifestaciones focales de intensidad mayor en ámbitos específicos del psiquismo o de trastornos clínicos graves de diverso tipo, que perturban seriamente el funcionamiento psíquico. En el ámbito psicosocial se encuentran afectados en forma significativa y/o más o menos permanente uno o varios aspectos de la vida personal, con un compromiso evidente de su condición y calidad de vida. Se percibe una importante merma de la salud mental de la persona. Los eventuales trastornos psiquiátricos que puedan emerger adquieren trascendencia sintomática y comprometen el funcionamiento normal, pudiendo requerir de tratamientos farmacológicos complejos, asociados o por largo tiempo, generalmente combinados con otras formas de apoyo terapéutico, tanto psicológico como psicosocial.

La referencia de estos casos será directamente al *Equipo de Salud Mental Especializado (Equipo PRAIS)*.

## Algoritmo Nº 2: La Atención Especializada



## **B. Atención Especializada**

### **1. La atención PRAIS**

Es la acción en salud mental realizada por un equipo debidamente capacitado en el manejo de las situaciones traumáticas producidas por la represión política ejercida por el Estado. Este equipo, denominado Equipo PRAIS, desarrolla su intervención basándose en un concepto de reparación integral y desde una perspectiva interdisciplinaria.

#### ***1.1. La evaluación integral***

Se refiere al momento de inicio de la intervención terapéutica, en que se evalúa colectivamente los diferentes componentes de la situación traumática de la persona afectada con el fin de integrar una sola visión del trauma, de sus características más sobresalientes y de las propuestas iniciales de trabajo terapéutico. Tiene dos aspectos:

##### ***a) Caracterización global de la situación traumática***

Se entiende por situación traumática el conjunto de eventos disruptivos que han afectado la unidad biopsicosocial del sujeto y que se expresan en la actualidad como componentes diversos y heterogéneos de un daño a su salud física, mental y social, tales como síntomas y signos físicos, fenómenos psicopatológicos, estados psicoemocionales, disfunciones relacionales en cualquier plano de la vida social, deterioro de las condiciones de vida, afectación del proyecto histórico-vital, cambios de la personalidad, quiebres biográficos, estigmatización y discriminación, etc.

Una completa caracterización de la situación traumática debe incluir un diagnóstico interdisciplinario en las siguientes áreas:

- Historia de la experiencia represiva personal y familiar
- Biografía esencial
- Evaluación psicológica
- Evaluación médica
- Evaluación psiquiátrica
- Evaluación psicosocial

##### ***b) Plan terapéutico***

Conjunto de acciones destinadas a intervenir directamente en la modificación de las condiciones de salud biopsicosocial de la persona afectada, con vistas a mejorar



globalmente su estado de salud y su calidad de vida. Las distintas intervenciones deben apuntar a los siguientes ejes:

Eje 1: Recuperación sintomática.

Eje 2: Elaboración de la experiencia traumática.

Eje 3: Reconstrucción del proyecto histórico-vital.

Eje 4: Rehabilitación psicosocial.

Eje 5: Integración social.

## **2. Las modalidades de intervención**

Cuatro son las modalidades específicas de intervención, todas ellas interrelacionadas a través del intercambio profesional constante en el equipo.

### **2.1. Intervención psiquiátrica**

Se implementa cuando se ha identificado o se sospecha la presencia de algún tipo de trastorno psiquiátrico. Su aporte fundamental está dirigido hacia los ejes 1, 2 y 3 del plan terapéutico, entendiéndose que constituyen un todo indivisible con los otros dos ejes. El profesional responsable de esta intervención es el médico psiquiatra, quien dispone de las siguientes acciones de salud para su intervención:

- **Consulta psiquiátrica:** realizada con el consultante y/o su familia.
- **Tratamiento farmacológico:** realizado con el consultante para la indicación y control de psicofármacos.
- **Psicoterapia:** actividad compartida con el psicólogo que implica diversas modalidades de intervención psicoterapéutica, algunas de las cuales requieren co-terapia.

### **Derivación psiquiátrica**

En la consulta psiquiátrica el médico puede establecer la existencia de ciertas patologías que están sujetas a programas psiquiátricos especiales, normados y monitoreados por equipos profesionales ajenos al PRAIS: programas de antipsicóticos atípicos, patologías duales, trastornos bipolares, etc. En estos casos se deberá derivar al consultante para su integración a dicho programa.

El Equipo PRAIS debe mantener un vínculo de trabajo con ese programa, con el fin de aportarle todos los elementos descriptivos de la situación traumática que afecta a la persona y darle cuenta de otras acciones terapéuticas que pueden estar en curso

simultáneamente y, al mismo tiempo, para que el equipo vaya conociendo periódicamente la evolución de los aspectos psiquiátricos en tratamiento.

## **2.2. Intervención psicológica**

Se implementa cuando el Equipo PRAIS ha identificado la existencia de problemas emocionales, de cualquier índole, que están afectando la salud mental del consultante. Su aporte fundamental al proceso reparador está en los ejes 2 y 3 del plan terapéutico. Estos problemas emocionales pueden ser el motivo único de consulta del sujeto o formar parte de una constelación de situaciones que requieren de apoyo terapéutico. La acción terapéutica del psicólogo se encuadra en las siguientes modalidades:

- ***Consulta psicológica clínica:*** realizada por el psicólogo en forma individual para el consultante y su familia. Durante el proceso de evaluación e intervención sobre los conflictos emocionales de la persona puede requerir completar el estudio diagnóstico psicológico con pruebas psicométricas, las que serán realizadas por otro psicólogo.
- ***Psicoterapia:*** en sus diversas modalidades, individual, familiar y de grupo, en algunas de las cuales interviene en co-terapia.

## **2.3. Intervención psicosocial**

Se implementa cuando el Equipo PRAIS ha identificado la presencia de un deterioro psicosocial de la persona afectada y de su grupo familiar. Se refiere a las múltiples variables que condicionan desde el contexto social la satisfacción de las necesidades materiales, emocionales y espirituales, y que en su conjunto determinan la calidad de vida del sujeto traumatizado.

La intervención psicosocial hace su aporte principalmente en los ejes 3, 4 y 5 del Plan Terapéutico y su profesional índice es el asistente social, quien podrá desarrollar su trabajo incorporando a otros profesionales como psicólogo, enfermera, terapeuta ocupacional, monitores en salud mental, agentes comunitarios, especialmente en las actividades de grupo. Esta modalidad de intervención dispone de cinco actividades de salud:

- ***Intervención psicosocial individual:*** a cargo de cualquiera de los agentes de salud mencionados, destinada a abordar algunos de los problemas psicosociales que afectan

preferentemente en forma personal al sujeto, y la puesta en marcha de estrategias concretas de intervención.

- ***Intervención psicosocial familiar:*** con las mismas características de la anterior pero destinada a la identificación de las dificultades del grupo familiar y a la búsqueda de estrategias compartidas de solución, desde una perspectiva de la problemática psicosocial integral.
- ***Intervención psicosocial grupal:*** realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional o técnico del equipo con un grupo de consultantes o varios grupos familiares. Si el foco está puesto en la rehabilitación social o laboral puede ser realizada en talleres, clubes u otros dispositivos comunitarios.
- ***Trabajo con la comunidad:*** liderado por el asistente social, el equipo busca en el espacio de las redes comunitarias los recursos potencialmente existentes, tanto humanos como materiales, para apoyar la satisfacción de las necesidades del consultante y su familia.
- ***Psicoeducación:*** tarea de todo el equipo inserta en estrategias de prevención y promoción de la salud mental y de los derechos humanos, priorizando metodologías participativas e inclusivas.

#### **2.4. Derivación a consulta médica**

Se implementará cuando el Equipo PRAIS ha identificado la presencia de síntomas o signos que hagan sospechar la existencia de alguna enfermedad física, independientemente de si ésta se relaciona o no con el evento traumático. Atiende todas las dolencias físicas que presente el consultante, cualquiera sea la naturaleza etiológica de la enfermedad, con fines de precisión diagnóstica, estudio complementario y tratamiento específico y es realizada por médico del nivel de atención primaria. Contribuye al eje 1 del Plan Terapéutico y presenta las siguientes modalidades de intervención:

- ***Consulta por médico de la atención primaria:*** llevada a cabo en el consultorio periférico por el médico general.
- ***Interconsulta de especialidad:*** realizada por médico especialista a petición expresa del médico general, con fines diagnósticos y/o de tratamiento.

El Equipo PRAIS tendrá la preocupación por conservar un vínculo constante con los médicos generales y especialistas convocados al estudio y/o tratamiento del caso, quienes deben conocer las particularidades del trauma que ha afectado a la persona.

### **3. La evaluación periódica en equipo del proceso terapéutico**

En el transcurso de las diferentes intervenciones se requiere evaluar periódicamente su desarrollo y el impacto que está teniendo en la salud y calidad de vida del consultante.

### **4. El Término del plan terapéutico**

Es un momento clave del proceso reparador en los casos de traumatización. La decisión de término del proceso terapéutico se asocia al cumplimiento de cada una de las tareas definidas en relación con los cinco ejes del Plan Terapéutico y marca el cierre de todas y cada una de las formas de intervención que se pusieron en marcha durante el tratamiento.

### **5. El seguimiento**

Tiene por objeto monitorear en la persona ya tratada los objetivos terapéuticos alcanzados durante un período predeterminado inmediatamente posterior al término del Plan Terapéutico. Lo realizan diversos miembros del Equipo PRAIS, especialmente el asistente social y es una tarea ineludible de este equipo, ya que se trata del colectivo profesional que conoce a fondo las características individuales y familiares de la situación traumática y la forma cómo ha sido llevado el proceso terapéutico. Está, por tanto, en mejores condiciones de evaluar el grado de riesgo que implican las dificultades emergentes en la vida de la persona en esta nueva etapa. Debiera durar a lo menos un año; con una visita en terreno cada cuatro meses, completando un total de tres, en la última de las cuales se debiera cerrar el proceso. Si la visita domiciliaria fuese imposible de realizar, el contacto telefónico periódico es un recurso adicional para conservar un plano de relación con el consultante que evite la desconexión con el equipo.

#### **5.1. Las recaídas**

Durante el periodo de seguimiento se pueden producir retrocesos importantes en el estado de salud del consultante y que hagan necesaria una reevaluación, como por ejemplo:

**a. *Recaídas sintomáticas:*** se refiere a la reagudización de los síntomas que originaron el cuadro clínico que motivó el ingreso al programa; en ocasiones se acompañan de nuevas entidades sintomáticas.

**b. *Desencadenamiento de una nueva crisis:*** eventos biográficos desestabilizadores, conflictos emocionales inmanejables, disfunciones de diverso tipo, que nuevamente desbordan la capacidad de contención del sujeto y de su familia.

**c. *Retraumatización:*** reactivación del trauma en estrecha relación con eventos contextuales o con conflictos intrapsíquicos que se estimaba resueltos; siempre vinculados con las condicionante sociopolíticas, morales y jurídicas relativas a los derechos humanos no satisfechos (injusticia, no verdad, impunidad), que reabren sentimientos de frustración, rabia, impotencia, fracaso, etc.

**d. *Cronificación del daño:*** alude a personas que han terminado por evolucionar hacia la cronificación e incurabilidad de su sintomatología clínica y hacia una merma estacionaria e inmodificable de su calidad de vida. Muchas de ellas logran pequeños avances después de largos procesos terapéuticos, pero rápidamente y en forma espontánea retornan al estado previo de deterioro severo de su estado global de salud.

## **6. La reevaluación**

Una oportuna reevaluación de la situación por el Equipo PRAIS puede pesquisar con prontitud las situaciones de riesgo, lo que puede favorecer una intervención temprana que evite un retroceso mayor. En ocasiones puede requerirse una reincorporación a terapia con objetivos focalizados; en otras, puede bastar con intervenciones de apoyo y consejo frente a circunstancias externas de tipo obstructivo o con el acompañamiento en la búsqueda de soluciones concretas frente a sus problemas. Esta actividad la realiza el mismo equipo, en la puerta de entrada del proceso, atendiendo a la necesidad de establecer un nuevo diagnóstico interdisciplinario y un nuevo plan terapéutico.

## **C. La psicoterapia**

### **1. Definición de la técnica de intervención psicoterapéutica**

La psicoterapia se inscribe en un contexto amplio de intervención terapéutica que puede incluir, simultáneamente, una o varias otras actividades (no psicoterapéuticas) dirigidas al proceso de reparación integral de la salud del consultante. De esta forma, el proceso psicoterapéutico debe entenderse formando parte de ese conjunto de

intervenciones, lo que exige su evaluación en relación con las demás formas de intervención en curso.

### ***1.1. El trauma individual***

La evaluación integral y el análisis de la situación traumática realizada por el psiquiatra o por el psicólogo en las fases iniciales de la intervención han identificado como prioritarios los trastornos y/o conflictos psíquicos del consultante.

Cuando la prioridad es la situación traumática individual, corresponde definir una modalidad de **psicoterapia individual**.

### ***1.2. La disfunción familiar o de pareja***

El análisis de la situación traumática realizada por el psiquiatra o por el psicólogo en las fases iniciales de la intervención ha identificado como prioritaria la disfunción del sistema familiar, ya sea en el nivel de la pareja o del grupo familiar en su conjunto. En estos casos, el miembro de la familia que consulta solicitando ayuda psicoterapéutica pasa a ser el sujeto índice de una conflictiva familiar o de pareja.

Cuando la prioridad es la disfuncionalidad del sistema familiar, corresponde definir una modalidad de **psicoterapia de pareja o familia**.

### ***1.3. La situación traumática colectiva***

La evaluación integral y el análisis de la situación traumática realizada por el psiquiatra o por el psicólogo en las fases iniciales de la intervención han verificado la susceptibilidad de acoger las necesidades individuales de apoyo del consultante en un contexto psicoterapéutico que incluye a otros sujetos, con los que éste comparte aspectos similares de la experiencia traumática o de sus necesidades psicoemocionales.

Cuando se ha establecido como prioridad la situación traumática colectiva o la intervención en grupo sobre necesidades psicoemocionales compartidas, corresponde definir una modalidad de **psicoterapia de grupo**.

## **2. Las formas de psicoterapia**

La elección de una forma de psicoterapia implica optar por un camino preciso para el presente, de acuerdo a las condiciones subjetivas y objetivas identificadas en el aquí y el ahora del encuentro terapéutico. Durante su transcurso o al término del proceso, puede ser necesario cambiar a otra forma de intervención: desde una psicoterapia individual a

una terapia de pareja; desde una intervención en crisis a una psicoterapia de largo plazo, etc.

Los tiempos sugeridos respecto de la duración de la psicoterapia tiene un alcance propositivo y diferenciador de las diversas modalidades de intervención y deberán ajustarse a las necesidades del o de los sujetos.

## **2.1. La psicoterapia individual**

Se recomiendan tres técnicas de intervención a nivel individual, las que pueden ser abordadas desde diversas escuelas psicoterapéuticas:

### **2.1.1. Técnicas de intervención en crisis**

Especialmente indicadas frente a un *sujeto en situación crítica*. Se entenderá por “crisis” toda aquella condición psicoemocional que irrumpe en cualquier momento del ciclo vital del sujeto produciendo una severa desestabilización de su psiquismo; se acompaña de importantes y diversas manifestaciones en los ámbitos afectivo, vivencial, conductual y cognitivo. Sus *objetivos específicos* son:

- Ayuda a clarificar el sentido y los componentes causales de la crisis (los eventos traumáticos).
- Permite proteger al sujeto de los agentes o estímulos estresantes (situaciones de riesgo o amenaza vital).
- Modifica conductas y reacciones desadaptativas, provee otras de tipo adaptativo en su relación con el medio.
- Recupera estados psicoemocionales restrictivos del funcionamiento psíquico (estados tensionales, restricciones cualitativas de la conciencia, descontrol impulsivo, etc.)
- Favorece la expresión del material intrapsíquico (emocional y cognitivo) mediante técnicas facilitadoras que descomprimen la tensión interna.
- Permite socializar la situación traumática y la creación de un vínculo terapéutico de confianza en situaciones de riesgo.

*Metodología de trabajo:*

- Se dirige a objetivos bien definidos y evaluables al término del proceso.

- Su duración será entre uno y tres meses, con 4 a 12 sesiones individuales semanales o bisemanales, dependiendo de la severidad de la crisis.
- Los enfoques teóricos y las técnicas de intervención son variadas y su elección dependerá de la formación y experiencia del psicoterapeuta, del enfoque general con el que trabaja el equipo, de las especificidades de la crisis en curso, de las características psicológicas y/o psiquiátricas del sujeto, de la evidencia científica (cuando ella exista).

### **2.1.2 . Técnicas de psicoterapia breve**

Indicadas frente a un sujeto que se presenta al psicoterapeuta dando cuenta de *un conflicto específico*, aparentemente delimitado, que compromete áreas relativamente definidas del psiquismo y en torno de cuyas manifestaciones psicoemocionales establece su petición de ayuda terapéutica. Sus *objetivos específicos* son:

- Favorecer la resolución de aspectos conflictivos cruciales que han sobrepasado los recursos psicoemocionales del sujeto.
- Estimular la elaboración de expectativas realistas frente a las demandas internas.
- Producir un importante alivio sintomático, especialmente en lo relativo al manejo de la ansiedad y la angustia.
- Permitir modificar situaciones contextuales disruptivas mediante el ensayo de conductas adaptativas.
- Ahondar en la naturaleza de los conflictos emocionales y sus relaciones causales.
- Favorecer el desarrollo de conductas adaptativas frente a las exigencias de los roles sociales del sujeto, lo que permite un mejor ajuste de su funcionamiento global.

*Metodología de trabajo:*

- La psicoterapia interviene sobre un foco previamente delimitado, con objetivos bien definidos y evaluables al término del proceso.
- La situación foco se resuelve en un tiempo predefinido, consensuado y debidamente normado.
- Su duración será entre tres y cuatro meses, con 12 a 16 sesiones individuales, con frecuencia semanal.



### **2.1.3 . Técnicas de psicoterapia de largo plazo**

Indicadas frente a un sujeto que presenta un *estado de traumatización compleja* o que después de la utilización de técnicas de plazo más restringido no evidencie una recuperación de su condición traumática.

Concurren diversas aproximaciones técnicas al manejo de la situación descrita. El polimorfismo de los diversos procesos traumáticos extremos como los descritos en este grupo apunta a variados aspectos que pueden ser objeto de la intervención psicoterapéutica:

- La experiencia represiva propiamente tal
- La estructura de personalidad
- La biografía previa y el proyecto histórico-vital
- Los trastornos psiquiátricos agregados
- El impacto psicosocial

*Metodología de trabajo:*

- La psicoterapia interviene sobre la totalidad del conflicto intrapsíquico, estableciendo algunas líneas específicas de intervención, en correspondencia con la singularidad del trauma.
- En general, la psicoterapia dura entre uno y dos años, pudiendo darse casos en los que este plazo se extiende notablemente.
- Se trabaja en sesiones individuales inicialmente semanales, luego quincenales y mensuales. Número de sesiones: 40 a 80.

## **2.2. La psicoterapia familiar y de pareja**

La elección de este tipo de psicoterapia se relaciona con el hecho que el equipo terapéutico, el sujeto índice u otros miembros del sistema familiar han identificado en la disfuncionalidad del sistema familiar o de la pareja la expresión manifiesta de su sufrimiento actual.

### **2.2.1. Psicoterapia familiar breve**

Indicada cuando la pareja o el sistema familiar enfrentan una situación de crisis o un conflicto relativamente bien delimitado que amenaza la estabilidad del sistema y afecta

en forma significativa el equilibrio psicoemocional de sus miembros. Sus *objetivos específicos* son:

- Ofrecer acogida grupal para una problemática que es compartida por los miembros de la familia.
- Permitir abordar en forma selectiva áreas de conflicto o situaciones críticas que han desbordado la capacidad adaptativa del grupo.
- Favorecer la búsqueda de estrategias de solución consensuadas dentro del sistema.
- Estimular los procesos meta comunicacionales y corregir las pautas relacionales que empobrecen la búsqueda de soluciones.
- Aprovechar la situación de crisis para generar condiciones para el cambio.
- En los marcos de la conflictiva grupal estimular los procesos autoreflexivos.

*Metodología de trabajo:*

- Interviene sobre una situación de crisis o una conflictiva foco previamente delimitada, con objetivos bien definidos y evaluables al término del proceso.
- Se trabaja en co-terapia. El equipo analiza el material terapéutico tanto durante la sesión como fuera de ella.
- Su duración será entre uno y tres meses, con 4 a 12 sesiones, semanales o quincenales.

## **2.2.2. Psicoterapia familiar convencional**

Indicada cuando la pareja o el grupo familiar enfrentan una disfuncionalidad severa, de larga data, con crisis recurrentes o con riesgo de disolución del sistema. Sus *objetivos específicos* son:

- Obtener cambios permanentes en el plano interaccional de la familia.
- Poner el acento en los aspectos relacionales más que en los específicamente individuales.
- Abordar los modelos interactivos desde la lógica de la comunicación humana, pudiendo proponer cambios en esos niveles.

- Identificar las influencias contextuales sobre el grupo familiar y, por lo tanto, proponer nuevas estrategias adaptativas o defensivas frente a ellas.
- Intervenir en los aspectos organizacionales y estructurales del sistema familiar favoreciendo sus modificaciones.
- Ensayar cambios relacionales en el grupo a partir del ejercicio de resolución de problemas.
- Estudiar el trauma, las pérdidas y los procesos de duelo desde la perspectiva del daño transgeneracional.
- Abordar los conflictos producidos en familias con uno de sus miembros afectado por trastornos psiquiátricos severos.

*Metodología de trabajo:*

- Se trabaja en co-terapia. El equipo analiza el material terapéutico tanto durante la sesión como fuera de ella.
- Su duración será entre cuatro y seis meses, con 12 a 20 sesiones, semanales o quincenales.

### **2.3. La psicoterapia de grupo**

Se indica como técnica de intervención terapéutica frente a un grupo de personas que comparten ciertas particularidades: experiencias comunes, eventos traumáticos, momentos del ciclo vital individual, síntomas o conflictos similares, alguna forma de pertenencia o identidad social, etc. Sus *objetivos específicos* son:

- Trabajar experiencias vitales traumáticas, tanto presentes como pasadas, en una perspectiva de socialización tanto intra como extra grupal.
- Abordar colectivamente diversos tipos de trastornos psicoemocionales y psiquiátricos (trastornos angustiosos, depresivos, fóbicos, etc.).
- Explorar y confrontar las estructuras defensivas y las conductas desadaptativas ante las exigencias socioambientales.
- Abordar colectivamente el análisis de la realidad desde los planos cognitivos con vistas a mejorar los procesos adaptativos.

- Trabajar grupalmente aspectos propios de la personalidad individual que afectan la relación con el mundo externo.

*Metodología de trabajo:*

- El proceso comienza con la definición de los objetivos psicoterapéuticos y la conformación del grupo. Especial relevancia tiene la selección de participantes, su derivación y la entrevista individual de incorporación.
- Se trabaja en co-terapia. El equipo elabora el material terapéutico dentro y fuera de las sesiones.
- La terapia dura entre cuatro y seis meses, con un total de 12 a 20 sesiones. Las sesiones son semanales.

### III. ASPECTOS CONCEPTUALES Y TÉCNICOS PARA SU APLICACIÓN

Se aporta un conjunto de complementos teórico-metodológicos y técnicos que favorecen la comprensión del protocolo y sus algoritmos. Dado el carácter complejo y muchas veces polémico de este campo de la psiquiatría y la salud mental, ciertos aspectos se ofrecen abiertos a diferentes lecturas interpretativas y a perspectivas complementarias o francamente problematizadoras.

Especialmente en el ámbito de las corrientes psicoterapéuticas hemos preferido hacer señalamientos generales, abriendo la posibilidad de acción de variados recursos técnicos en las diferentes situaciones traumáticas, con la salvedad de la vigencia de un marco conceptual tanto del trauma como de la estrategia de reparación integral que deben subyacer a cualquiera de los enfoques técnicos preferidos por los terapeutas.

#### 1. La pesquisa y las fuentes de derivación

##### 1.1. Consideraciones generales

El Programa debe responder cabalmente al espíritu de reparación oportuna e integral de la salud de las personas beneficiarias. De esta forma, será necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- *La pesquisa de casos y la oportunidad en la atención adquieren gran trascendencia para el cumplimiento de la tarea terapéutica, de forma tal que la institución de salud en la que se inserta el equipo PRAIS debe estar alerta a la identificación permanente de nuevos potenciales usuarios al mismo tiempo que al estricto seguimiento de las personas incorporadas a sus diversas modalidades de intervención terapéutica.*
- *Tanto las organizaciones no gubernamentales que atienden a personas afectadas por violaciones a los derechos humanos como los propios equipos PRAIS en todo el país siguen reportando en la actualidad la pesquisa de **personas que consultan por primera vez** después de muchos años, incluso décadas después de ocurrida su experiencia traumática.*
- *En estas personas es de suponer la existencia de un trauma psicosocial de alta complejidad y, por lo tanto, la utilización de sólidas estructuras defensivas en su psiquismo, lo que se expresa en **actitudes desconfiadas o francamente paranoídeas** en*

relación con los equipos de salud o bien en sentimientos de apatía, decepción, indiferencia o escepticismo frente a la oferta de apoyo terapéutico.

- Ello explica el que muchas de ellas concurren más bien inducidas por terceros, sean éstos miembros de su familia, amistades, representantes de organizaciones sociales o instituciones que trabajan en el ámbito comunitario y que han percibido su sufrimiento psíquico o el deterioro de su salud. En estas condiciones es esperable una **importante fragilidad en la motivación por ayuda profesional** y un alto riesgo de desistimiento rápido ante la irrupción de dificultades. En nuestro ámbito de trabajo éstas últimas pueden deberse principalmente a errores en las técnicas de acogida o a trabas burocráticas, esperas prolongadas, desinformación, etc.
- Por otra parte, **una gran cantidad de personas concurre con el objeto de impetrar un derecho** (cuestión que tiene su propio valor en tanto ejercicio de una actitud de reclamo o queja contra lo que percibe como lo “no reparado”) o de adjudicarse la condición de acceso gratuito al sistema público de salud. Generalmente, esta decisión está relacionada con la intención de solucionar necesidades de salud física, como intervenciones quirúrgicas, realización de exámenes sofisticados o de alto costo, etc. .
- Resulta determinante aquí **el rol que juegan las distintas instancias sociales desde donde es posible pesquisar nuevos usuarios** del programa. La privatización del daño en el sujeto genera una actitud reservada, en ocasiones críptica, que le impide compartir el sufrimiento optando por relegarlo a la interioridad del psiquismo. Este es tal vez uno de los mecanismos más patogenizantes y responsable de la cronicidad de muchos trastornos psiquiátricos. En estas condiciones, el potencial consultante deambula en su vida cotidiana con la experiencia traumática operando en forma disruptiva en sus procesos mentales.
- Así, **la irrupción de una crisis es, al mismo tiempo que un momento de reactivación del dolor, una oportunidad de gran valor para abrir una posibilidad de consulta**, un instante en la vida del sujeto en que se hace consciente el conflicto psíquico y en el que se torna posible conectar la necesidad objetiva de ayuda con la necesidad subjetiva. Este instante puede producirse en el momento más inesperado y en cualquier ámbito de su quehacer personal: la interioridad de su mundo familiar, la fraternidad de su organización sindical, en el confesionario con un sacerdote, en la reunión con sus compañeros de partido, etc.

- *Especial importancia debe darse a **aquellas circunstancias que hacen esperable una reactivación sintomática** en estas personas. Está comprobada la trascendencia que en este sentido tienen ciertas situaciones de contexto que se encuentran estrechamente ligadas al devenir de los procesos político-sociales en su relación con la problemática de los derechos humanos (los temas pendientes en el ámbito de la verdad y la justicia, las leyes de reparación, la impunidad, etc.) y, sobre todo, aquellos que tienen fuerte repercusión en los medios de comunicación y la opinión pública (procesamiento a criminales connotados, fechas conmemorativas de alto nivel simbólico, hallazgos o búsquedas frustradas de cuerpos, etc.).*
- *Existen varios estudios, tanto nacionales como internacionales, que reportan un comportamiento psicosocial como el descrito en las personas afectadas, lo que ha dado cada vez más trascendencia al concepto de **retraumatización**, fenómeno mediante el cual se pretende enfatizar en el carácter esencialmente dinámico del daño, tanto individual como colectivo.*

## **1.2. Las fuentes de derivación**

Las fuentes de derivación son múltiples e inagotables, comprometen prácticamente a todo el tejido social y son igualmente válidas, lo que obliga al equipo de salud a acogerlas plenamente, en su diversidad y con la máxima oportunidad. El equipo de salud estará atento a la primera demanda de atención, sea cual sea la fuente que deriva. Con fines de mera sistematización, el Protocolo establece cuatro grandes referentes derivadores:

### **a) La red general de salud**

Cualquier nivel de la red de atención, prevención y promoción en salud puede establecer contacto con un sujeto que requiere apoyo específico. En este nivel puede existir la ventaja de apreciar, en una primera observación, la magnitud y la urgencia de su demanda de salud y poseer un claro conocimiento de los mecanismos de derivación inmediata hacia el programa PRAIS. Es condición para ello que el Equipo PRAIS realice una completa difusión del programa en toda la red de salud, posibilitando que los diversos equipos de salud conozcan tanto las características y alcances de sus beneficios como aspectos generales del trauma psicosocial derivado de las violaciones a los derechos humanos.

La comprensión de parte de los miembros de otros equipos de salud sobre este problema pasa por su educación y capacitación, tarea que compromete principalmente al Programa PRAIS. Se trata de una función preventiva y promocional de alto valor estratégico, ya que contribuye tanto a favorecer los objetivos de reparación de la salud de las personas afectadas como a evitar la marginación, discriminación y estigmatización que los agrede y daña en ocasiones incluso dentro del propio sector salud.

Puede darse la circunstancia de que uno de estos equipos de salud pesquise una persona en situación de crisis, lo que requiere de una atención de urgencia previa a su incorporación formal como usuaria del programa. El vínculo terapéutico empieza a jugarse sus posibilidades de éxito a partir de ese mismo instante, de forma tal que una buena intervención inicial abre camino a la confianza del consultante con la institución de salud y será un abono a la relación que más adelante establezca con el equipo tratante definitivo. Esta atención de urgencia puede, entonces, ser un paso anterior a la derivación al Equipo PRAIS para la Acogida; este último, una vez ingresado el consultante, deberá reevaluar el estado actual de la crisis y procederá, con igual diligencia y oportunidad, a su derivación interna al profesional que corresponda, según cual sea el problema de salud que originó la urgencia.

Un concepto de trabajo en red exige incorporar una perspectiva intersectorial con vistas a explorar las mejores condiciones para una reparación integral del daño, que contemple una dimensión biopsicosocial del mismo. Esto quiere decir que en los esfuerzos reparatorios deben concurrir los programas y recursos existentes en otras reparticiones del Estado. Es tarea del equipo evaluar constantemente las potencialidades de la red intersectorial existente en su territorio, establecer con ella vínculos regulares y explorar formas de encuentro que permitan difundir los alcances del programa PRAIS. Del mismo modo, este trabajo en red se extiende a la dimensión comunitaria, cuya riqueza y diversidad otorga nuevos espacios para que el equipo de salud integre otros actores en la tarea de pesquisar oportunamente a las personas afectadas e involucrarlos en diferentes fases del proceso de reparación. Tanto en la red intersectorial como en la comunitaria es preciso considerar formas de capacitación desde el programa PRAIS con vistas a facilitar en estas instancias el reconocimiento de los procesos traumáticos en las personas relacionadas con ellas y cuyo origen son situaciones represivas del período dictatorial.



En este ámbito corresponde al *Facilitador* un rol preponderante; se trata de un rol asignado a funcionarios de la red asistencial para detectar los posibles beneficiarios del programa, identificar sus necesidades, orientar respecto de la red de salud y derivar oportunamente al programa. Adicionalmente, juegan un rol coordinador entre las distintas instancias de red, de modo que faciliten el acceso y la oportunidad de la atención.

***b) Las organizaciones sociales y comunitarias***

Cualquier organización social puede cumplir la tarea de pesquisar un potencial usuario y proceder a su derivación, entre otras:

- Instancias de derechos humanos
- Agrupaciones de base
- Organizaciones de beneficiarios PRAIS
- Gremios y sindicatos
- Organizaciones no gubernamentales
- Partidos políticos
- Iglesias
- Juntas de vecinos
- Movimientos sociales
- Organizaciones estudiantiles

La estrecha relación de estas instancias con segmentos definidos y específicos del tejido social hace que se establezcan en su interior estrechas relaciones sociales, que potencian los lazos intersubjetivos facilitando la abreacción, la expresión testimonial de las experiencias vitales, la pérdida del temor y la vergüenza, la confianza en los pares al momento de que alguno de sus miembros necesita compartir su sufrimiento.

Cada una de estas instancias sociales, políticas, gremiales y religiosas conforman la red sociocomunitaria del equipo de salud, su punto de encuentro natural con la comunidad, de forma tal que el contacto con ellas no debe terminar en el momento de la recepción de la persona derivada. Por el contrario, el Equipo PRAIS tiene la tarea de evaluar el posible rol que la institución que deriva puede jugar en el proceso de intervención reparatoria sobre el sujeto que ha pesquisado. Se debe propender a conservar y enriquecer la pertenencia y sentido identitario que éste tiene con aquella, vínculo que debe proseguir en las fases avanzadas del proceso terapéutico y, sobre todo,

en la fase de egreso del programa, ocasión en que la organización social adquiere un rol decisivo en la reinserción social de la persona.

***c) Otras instancias del Estado***

Una gran cantidad de instituciones del Estado chileno tiene una estrecha y directa relación con el público y con sectores comunitarios. A través de ellas se desarrollan programas de apoyo, desarrollo, investigación, capacitación, asistencia social, etc., lo que genera muchas veces vínculos estrechos con las personas, abriendo espacios dialógicos que facilitan la pesquisa de necesidades instaladas en niveles más profundos del psiquismo individual y colectivo.

El carácter formal, tecnificado y regulado de estas experiencias sociales también favorece el que en torno de ellas podamos realizar actividades de prevención y promoción en salud y derechos humanos. Por otra parte, al igual que el resto de las organizaciones sociales, estos dispositivos sociales del Estado también conforman la red de apoyo a los procesos de intervención terapéutica y desde una perspectiva intersectorial pueden ser de trascendencia vital para el éxito de las estrategias de reinserción sociofamiliar, educacional y laboral de nuestros beneficiarios. El trabajo con un enfoque y una metodología comunitarios nos exige la permanente vinculación con estos dispositivos de red y su personalización en concordancia con las expectativas tanto materiales como psicológicas y sociales de cada uno.

***d) La demanda espontánea***

Ya hemos señalado la complejidad que tiene la primera consulta, aunque no siempre se fundamenta en una situación de crisis. Sea cual sea la motivación última del consultante –impetrar un derecho de gratuidad en la atención en salud, recuperarse de enfermedades comunes, etc.- es de plena validez, no sólo en un sentido humanitario sino también moral. Tanto la petición de ayuda en un contexto de enfermedad agobiante como la exigencia formal de un derecho al “beneficio” son expresión diversa de un mismo problema psicosocial de fondo: la autoconciencia de una necesidad de reparación desde el Estado por el daño infligido.

El carácter multifacético del componente motivacional de la persona que solicita el reconocimiento de su derecho (las razones aparentes y explícitas por las que consulta), por un lado, y la heterogeneidad del daño biopsicosocial, por otro, hacen de cada persona derivada un sujeto singular y único, tanto en la forma de enfermar como de sentir

y percibir la realidad que lo rodea, en sus expectativas y en su manera de enjuiciar a la institución de salud. La demanda espontánea pone siempre en juego estas condiciones y plantea al equipo la exigencia de tenerlas presente en el encuentro inicial con el consultante.

## **2. La acogida por el Equipo PRAIS**

Es la primera instancia de intervención del Programa PRAIS en relación directa con el consultante.

**Definición:**

*Es una actividad de salud realizada por profesionales de la salud mental, capacitados en el trauma psicosocial derivado de las violaciones a los derechos humanos, que cumple las funciones de calificar la condición de beneficiario PRAIS, ser puerta de entrada a las diversas formas de intervención terapéutica, desarrollar acciones preventivas y promocionales en su ámbito, y realizar, junto con el Equipo de Atención, el seguimiento de las personas una vez concluido el proceso terapéutico.*

### **2.1. Orientaciones generales**

La actividad de acogida la realizan dos profesionales que se constituyen para estos efectos en un equipo de trabajo. Se recomienda priorizar la dupla asistente social/psicólogo o asistente social/médico. Esta modalidad de acogida en equipo enriquece el encuentro, otorga una mejor condición para el análisis del caso y facilita la creación de un vínculo sólido con el consultante. En algunos casos el consultante podrá ser atendido por ambos profesionales, en otros solamente por uno de ellos; sin embargo, cualquiera haya sido la forma en que se realizó la acogida, ésta contemplará siempre el análisis y discusión en equipo y la resolución colegiada de los pasos siguientes.

La acogida, en ocasiones, adquiere el carácter de un breve proceso, a la luz de la complejidad que para algunas personas adquiere la socialización de sus experiencias dolorosas o de ciertos estilos defensivos que dificultan la comunicación; en estos casos puede ser necesario que el equipo complete la tarea en más de una sesión. Por esta razón, recomendamos considerar para la acogida entre una y cuatro sesiones.

Los profesionales estarán debidamente capacitados en el manejo de los problemas de salud y salud mental derivados del trauma generado por las violaciones a los derechos humanos ocurridas durante la dictadura militar. Esta capacitación se hará en concordancia con la realidad geográfica, las condiciones de ruralidad, los niveles de demanda de atención, la magnitud del trauma psicosocial en la zona y las necesidades programáticas.

De acuerdo a los recursos humanos de que se disponga, este grupo profesional podrá constituir un equipo de trabajo específico e independiente del equipo de atención o se conformará a partir de un pool de horas profesionales compartidas por ambas actividades, la acogida y la atención PRAIS.

Es necesario considerar el rol de la *Secretaria* en la acogida. Habitualmente es esta funcionaria quien realiza el primer encuentro con el potencial beneficiario en lo que llamaremos “primer contacto”. Con este concepto destacamos la trascendencia que tiene, desde el punto de vista del vínculo, el tipo de relación que el sujeto logra entablar con el programa, representado en la persona de la secretaria. Recogemos el concepto de “ambiente terapéutico” aportado por el modelo de comunidad terapéutica, según el cual toda conducta producida en el *setting* de encuentro tiene una potencial influencia sobre el sujeto. El primer contacto es un tema que debe ser técnicamente abordado por el equipo de acogida, tanto con la secretaria como con cualquier otro funcionario administrativo que forme parte del grupo de trabajo. La experiencia muestra que un trato inadecuado en este primer contacto puede bastar para que la persona desista de su petición de ayuda, lo cual puede tener un efecto dañino para su salud mental.

Los profesionales de acogida desarrollarán su trabajo con un concepto de equipo de salud mental comunitaria, que atiende al beneficiario en forma individual y/o con su familia, ya sea que esta acción la realice un profesional determinado o un equipo, según los requerimientos de la situación y los recursos humanos del equipo. Siempre es necesario explorar lo que pueda estar sucediendo con la salud de otros miembros de la familia que no están presentes en la entrevista, ya que es altamente frecuente la presencia de conductas fóbicas y negadoras en familiares respecto de la posibilidad de ser asistidos profesionalmente. En estos casos se requiere actuar proactivamente, considerando que el equipo de salud trabaja desde una perspectiva de pesquisa y prevención; en ocasiones, entonces, será necesario al momento de la acogida citar a

miembros del sistema familiar que se encuentran en situación de riesgo o invitar a la familia completa a una entrevista evaluatoria de sus necesidades de salud. El modelo de intervención familiar resulta de gran utilidad para operar en condiciones como las descritas.

Una de las funciones principales de la acogida es el ingreso al programa, decisión de equipo que debe ir acompañada de una derivación eficiente a los dispositivos de salud que el paciente requiere. Para estos efectos contemplamos el concepto de **derivación asistida**, el cual encamina la incorporación del paciente en diversos planes de tratamiento con la garantía de un acompañamiento que resguarda la especificidad de su situación traumática para asegurar una buena acogida por otros profesionales. La derivación asistida protege al sujeto de la victimización secundaria, fenómeno lamentablemente de ocurrencia frecuente al interior de la red de salud y de características muy traumáticas, que acentúa las desconfianzas paranoídeas y la privatización del daño. Al mismo tiempo, con ella se busca hacer expedita la resolución de sus necesidades de salud dentro de la red asistencial, en concordancia con los requerimientos del caso.

El Equipo de Acogida desarrolla su accionar de acuerdo a las siguientes premisas:

- *Debe garantizar el pleno conocimiento de la existencia del Programa PRAIS y del tipo de trabajo que realiza por parte del resto de las instancias de salud de la región o localidad en la que se inserta, de forma que disponga de una sólida vinculación en red con aquellas y con instancias comunitarias e intersectoriales.*
- *Dentro de la red de salud local garantiza su plena interconexión con las demás instancias de salud y sociales, mediante el correspondiente flujograma de acogida y derivación, y con criterios de oportunidad en la atención y satisfacción del usuario.*
- *Labora en un ambiente físico que garantiza el acceso facilitado de las personas que consultan y la conexión expedita con los demás equipos de salud y salud mental.*
- *El setting de entrevista cumple con condiciones adecuadas para las tareas de acogida, en ambiente de confidencialidad y privacidad apropiados a la calidad de los contenidos de conciencia y de los materiales vivenciales y psicoemocionales que son afines al trauma por violaciones a los derechos humanos.*
- *Se preocupa por desarrollar regularmente actividades de capacitación, extensión y difusión hacia las redes comunitarias y de salud, estimulando las experiencias de*

*intercambio participativo con organizaciones de base y miembros de la comunidad con el fin de favorecer la captación de beneficiarios y desplegar iniciativas de prevención y promoción en el campo de la salud mental y los derechos humanos hacia el conjunto de la población.*

## **2.2. La calificación del beneficiario PRAIS**

En la primera entrevista el equipo procede al estudio de las condiciones que califican al sujeto para ser incorporado con plenitud de derechos al programa. Para estos efectos se rige por la Norma Técnica “Para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973 – 1990”. En su aspecto más sustantivo, este documento señala en su Título IV, N° 2 lo siguiente:

*“La definición de la Población Beneficiaria se establece luego de considerar el concepto de Afectado Directo, tal como se define en las Normas para la Calificación de 1993:*

*Afectado Directo: es la persona que fue sometida individualmente a la experiencia represiva/traumática y la o las personas que formaban su grupo familiar inmediato al momento del evento represivo/traumático.*

*El grupo familiar inmediato está constituido por aquellas personas con quienes existían lazos sanguíneos (madre, padre, hermanos e hijos) y/o con quienes se compartían el sustento económico, la comida y el vivir cotidiano (esposa, conviviente y/u otras personas allegadas al núcleo familiar).*

*Teniendo claro lo anterior, las personas que tienen derecho a ser ingresadas al programa son:*

*1.- El Afectado Directo*

*2.- La Pareja (cónyuge y/o conviviente) del Afectado Directo durante el período de dictadura (1973 – 1990).*

*3.- Los Hijos del Afectado Directo*

*4.-Las personas que han trabajado en el tema de los derechos humanos, prestando asistencia a los Afectados Directos de la represión política, entre 1973 y 1990.”*

En la aplicación de la norma regulatoria corresponde al Equipo PRAIS tomar en consideración los elementos antes señalados que describen las condiciones psicosociales en las que se pone en acción este primer encuentro del consultante con la institución de salud: las frustraciones acumuladas, las rabias a veces mal contenidas, la inflexibilidad e intolerancia, la labilidad psicoemocional, la desconfianza, etc.

Todos ellos corresponden a estados del psiquismo que ponen en evidencia ciertas formas del daño y, por ende, dan cuenta de las urgentes necesidades de la salud mental de estas personas. La utilización de técnicas apropiadas de acogida de estos estados de ánimo, intentado originar las mínimas interferencias posibles en la relación interpersonal, es un requerimiento básico para establecer un contacto en forma adecuada con la experiencia traumática y producir la aceptación de la oferta de apoyo terapéutico.

### **2.3. Actividades fundamentales**

El Equipo de Acogida debe llevar a cabo una entrevista básica de ingreso cuyo objetivo principal es obtener la información suficiente como para definir, en su acepción más general, las características de la experiencia traumática de la persona y sus necesidades de salud, especificando aquellas más apremiantes.

Para el cumplimiento de esta tarea se deberá:

**a)** Definir el **motivo principal de consulta**, para lo cual se elaborará una primera diferenciación respecto de las necesidades de salud del consultante, tanto objetivas como subjetivas, identificando si se trata de problemas afincados esencialmente en el ámbito de la salud mental de la persona o más bien de síntomas físicos.

**b)** Establecer la **historia represiva** del consultante, tanto individual como familiar, para lo cual deberá considerarse los siguientes aspectos:

- *Especial atención a la secuencia de acontecimientos que el entrevistado percibe como de trascendencia traumática para sí mismo. La inmensa mayoría de las personas que fueron objeto de represión política en dictadura registra no sólo uno sino una sucesión de hechos violentos que le causaron daño en diversa magnitud y afectaron también de modo diverso su integridad biopsicosocial.*

- *Este polimorfismo del trauma en ocasiones confunde al afectado en su capacidad para reconocer la relación causal ente su experiencia represiva y el deterioro de su salud, por lo cual se requiere mantener una actitud de indagación abierta y dirigida hacia*

*situaciones que sugieran tal ocurrencia. Respecto de esta dificultad en la autopercepción de la experiencia traumática hay estudios internacionales que han puesto en evidencia que incluso profesionales que laboran en este campo han desapercibido sus propios traumas.*

- *La construcción de la historia represiva tiene un doble valor: como material comprensivo del trauma individual y como reconstrucción del patrimonio histórico, componentes ambos de la memoria social ligada al trauma psicosocial de la dictadura militar. Su efecto reparativo se relaciona, por tanto, no sólo con la ganancia directa para el sujeto, depositario singular de este trauma, sino también con el beneficio que produce al conjunto de la sociedad chilena, ya que otorga la oportunidad de reconstruir la historia social de Chile sobre principios éticos y valóricos de reconocimiento de la verdad plena de lo ocurrido y de oposición a toda forma de silenciamiento u olvido.*

**c) Identificar las demandas psicosociales y de salud del consultante.** Es necesario también aquí tomar en consideración algunos hechos vinculados con la especificidad de este tipo de traumas:

- *Es preciso diferenciar entre las necesidades que explícitamente refiere y aquellas otras que se sospecha subyacen a la conciencia del sujeto sin que aún adquieran el carácter de una necesidad subjetiva. Dados el carácter del trauma y también ciertas pautas culturalmente determinadas en la sociedad chilena, que hacen de los problemas de salud mental un tema prejuiciado, fácilmente estigmatizable y vergonzoso, es de alta frecuencia el ocultamiento consciente o inconsciente de diversas formas de sufrimiento, especialmente del psíquico; el sujeto opta por priorizar sus dolencias físicas como foco de preocupación y motivo de consulta.*

- *De esta forma, el síntoma físico adquiere una doble relevancia a la hora de una primera evaluación: por una parte, como estímulo a la consulta profesional, a la búsqueda de ayuda y, por otra, como referente simbólico del trauma, señuelo desde donde adquiere forma la materialización de la ayuda y la construcción de un vínculo terapéutico que bien puede vehicular hacia la pesquisa de formas más complejas y negadas del daño.*

- *Es posible que en un primer momento la oferta de ayuda profesional sea dirigida a la solución de las enfermedades somáticas y que se requiera un tiempo para hacer aflorar esos otros niveles del trauma; para que ello suceda los médicos que están en la tarea de mejorar los síntomas físicos y el equipo que hace acompañamiento y seguimiento de este*



*proceso deben permanecer alertas y favorecer las condiciones para que, si la situación así lo aconseja, esa otra relación más profunda se haga patente y emerja como necesidad subjetiva.*

▪ *En esta primera evaluación, igual consideración se tendrá con el conjunto de problemas de tipo psicosocial que puedan estarse presentando en ese momento. La perspectiva biopsicosocial, más que un referente epistemológico o teórico, es una visión que se inscribe en una práctica concreta, de forma tal que corresponde hacer una aproximación hacia aquellos factores del ámbito social que están incidiendo en las necesidades del sujeto, especialmente aquellas que se relacionan directa o indirectamente con la experiencia represiva y que han causado grave daño a su proyecto de vida. El empobrecimiento del sujeto, la pérdida del trabajo o la cesantía prolongada, el desmoronamiento de su sistema familiar, la pérdida de bienes materiales básicos como la vivienda o medios productivos, la marginación social y el estigma, la pérdida de los vínculos sociales y el aislamiento, etc., son aspectos todos que apuntan en última instancia al deterioro global de la calidad de vida. Condiciones de existencia como las descritas, de altísima frecuencia entre nuestros consultantes PRAIS, son componentes detonantes fundamentales de algunas de las crisis y deben ser correctamente evaluadas por el equipo si se desea tener éxito en la contención de las mismas.*

▪ *En la evaluación de las necesidades psicoemocionales del sistema familiar es preciso tomar en cuenta que en muchos casos el sujeto índice nos refiere a dos grupos familiares distintos: una familia nuclear actual y otra familia histórica; es posible que en ambos grupos existan manifestaciones individuales y/o sistémicas del trauma psicosocial. Esto debe ser evaluado con la premisa ya señalada de actuar con una actitud de pesquisa precoz del padecimiento psíquico y de intervención oportuna.*

**d) Educar al beneficiario y sus familiares en las características del programa, su significado, su inserción en la red de salud y de salud mental, las modalidades de funcionamiento, el equipo de trabajo, los enfoques y técnicas de intervención. El proveer un conocimiento claro de las potencialidades y limitaciones del programa otorga un escenario de encuentro transparente y franco entre consultante y equipo.**

A la luz del actual desarrollo de los derechos de los pacientes, es necesaria la creación de un piso de confianza con fundamento en la conciencia mutua de los alcances reales (y no fantaseados) de la posible intervención terapéutica y la co-construcción de un

compromiso compartido de defensa de los derechos humanos como principio ético rector. El carácter declarativo de esta voluntad del equipo y del programa es uno de los pilares del llamado “vínculo terapéutico comprometido”, expresión formal que apunta a un posicionamiento solidario y de respeto explícito de este principio.

**e) Definir los niveles de complejidad de los trastornos pesquisados** al ingreso, establecer **los criterios técnicos de derivación interna** hacia las diferentes áreas de intervención terapéutica, normar en base a esos mismos criterios la priorización y resolución de las eventuales listas de espera. Derivar para atención de salud al consultante de acuerdo a los requerimientos identificados y de conformidad a normas de referencia establecidas.

Existen cuatro opciones de derivación interna, de acuerdo a una calificación del grado de complejidad de su problema de salud y a la discriminación inicial entre los problemas predominantemente de salud mental y aquellos otros centrados en las dolencias físicas.

- *Atención de Salud Mental en Centro de Atención Primaria*
- *Atención por Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*
- *Atención Especializada por Equipo PRAIS*
- *Consulta Médica en Atención Primaria*

*Es necesario tener presente que la derivación inicial es fruto de una primera aproximación a la situación de salud global de la persona afectada y que el conocimiento más profundo de la magnitud real del trauma será resultado del estudio que cada equipo hará de su consultante y del proceso personal que el propio plan terapéutico vaya produciendo.*

*En este sentido, el protocolo deja establecido un plano explícito de interconexión horizontal entre estos cuatro instrumentos de intervención terapéutica, lo que permite el desplazamiento de la persona entre los dispositivos, tanto si se ha producido una corrección del nivel de complejidad de la situación traumática como si se requiere avanzar hacia una estrategia de intervención combinada desde la salud mental y la medicina física.*

f) Desarrollar acciones de **prevención y promoción en el campo de la salud mental y los derechos humanos**. Estas actividades obedecen a la necesidad de concretar uno de los aspectos más sustantivos de la reparación del trauma psicosocial por el Estado chileno, aquel que se refiere a la construcción de una nueva ética y una nueva cultura en torno al tema de los derechos humanos, al valor de la vida humana, a visualizar las relaciones intersubjetivas en una perspectiva de superación de las condiciones anómicas aún persistentes, etc.

El trabajar con comunidades en situación de riesgo, con personas afectadas secundariamente por el trauma de la dictadura, con las agrupaciones de familiares y víctimas, con las nuevas generaciones descendientes de quienes fueron asesinados, desaparecidos, torturados, encarcelados o exiliados, con grupos poblacionales que sufrieron amedrentamiento sistemático, allanamientos y tratos degradantes, etc., ofrece un campo de intervención reparatoria valioso por su carácter colectivo, por los vínculos sociales que produce entre el equipo de salud y la comunidad.

Del mismo modo, ayuda a este propósito el desplegar actividades dirigidas a la difusión positiva, la educación y la capacitación en los valores y principios morales asociados a la doctrina internacional de los derechos humanos. Tiene hoy plena vigencia el desafío fundacional de un tejido social re-creado, de nuevas formas de subjetividad, tanto individual como social, basados en dicha doctrina.

El Equipo PRAIS debe plantearse su contribución a estos desafíos diseñando programas de acción en la línea preventiva y promocional, tareas que se tornan más fácilmente realizables si se enfocan con criterios de salud mental y psiquiatría comunitaria, en orden a estimular la co-participación con otros sectores de la sociedad, aplicando metodologías y técnicas autogestionarias, de educación popular, etc.

Para el diseño, implementación y evaluación de las actividades promocionales y preventivas contará con el aporte de los miembros del equipo que hacen la atención especializada. El estrecho trabajo de reparación integral en salud que estos últimos llevan a cabo en la asistencia diaria a sus consultantes le otorga un nivel de conocimiento de la realidad psicosocial de la población afectada, de sus necesidades individuales y colectivas, y de sus propias capacidades para actuar también como sujetos activos en los procesos de recuperación de su salud.

**g)** Establecer mecanismos que aseguren el **Seguimiento** de las personas, en la fase de **Egreso** del programa. En el momento del egreso se requiere evaluar el impacto final del proceso terapéutico a través del estudio de los recursos personales con los que el sujeto está enfrentando los desafíos de reinserción social. El fracaso en el logro de este objetivo crea condiciones para las reagravaciones, las cuales pueden adquirir diversas formas de expresión y arriesgar a la puesta en marcha de la “puerta giratoria”.

Es preciso realizar una oportuna reevaluación de la situación por el Equipo PRAIS en todos aquellos casos que no han requerido de intervención especializada y han sido derivados hacia la atención primaria, secundaria o los equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Corresponde al Equipo de Acogida llevar el registro del cierre de este proceso y también de la condición final en la que queda el consultante al momento de finalizado el seguimiento.

#### **2.4. Definición de las acciones de salud iniciales**

El Equipo que acoge, al final de su intervención ha logrado establecer un perfil básico de la experiencia represiva del consultante, ha configurado una aproximación general e integrada de su estado de salud y de las condiciones psicosociales en las que se encuentra (aproximación inicial y tentativa, insistentes, orientada básicamente a fortalecer el diseño de un primer plan de intervención reparatorio), incluyendo una identificación de aquellas señales que orientan desde cualquiera de estos ámbitos hacia una situación de crisis en curso. Ahora corresponde definir las acciones de salud iniciales.

##### **2.4.1. Primera interrogante: ¿problema físico o mental?**

Después de concluido este primer ensayo de aproximación global al estado biopsicosocial de la persona, corresponde al equipo establecer una primera diferenciación respecto a sus necesidades, tanto subjetivas como objetivas: ¿Se trata de problemas afincados esencialmente en el ámbito de la salud mental del sujeto? ¿o más bien de síntomas físicos?

Esta primera disyuntiva muchas veces ofrece una gran complejidad. Se recomienda considerar los siguientes elementos:

- *Ya se ha señalado que no siempre la persona que sufre establece las mismas jerarquías de necesidades que su profesional tratante.*

- *Tampoco coinciden necesariamente ambos en la prioridad a la hora de definir la gravedad de sus dolencias, siendo relativamente frecuente que la persona deje en segundo plano problemas de salud con severo riesgo potencial, con diversas razones o justificaciones: actitudes evitativas cuando se trata de enfrentar conflictos psíquicos no resueltos (priorización del cuerpo en desmedro de la psiquis); necesidad de minimizar los síntomas influido por cuestiones culturales; desconocimiento del carácter patógeno de ciertas manifestaciones sintomáticas; actitudes negadoras del daño por temor a enfrentar nuevos sufrimientos o por la creencia de que el enfermar es una forma de renuncia a los deberes reivindicativos, una claudicación inaceptable, etc.*
- *El Equipo debe aquilatar adecuadamente estos desfases entre la visión diagnóstica del trauma y la autoevaluación del consultante; debe recordarse que, independientemente de la priorización coyuntural entre problema de salud mental y de salud física, debe cautelarse la creación del vínculo terapéutico, herramienta que permitirá el inicio de un proceso en cuyo transcurso será posible profundizar en las características del daño y realizar las reformulaciones que la situación de salud amerite. El "furor curandii" de un terapeuta sobreidentificado con su paciente seguramente producirá un bloqueo del "timing" requerido para vencer las resistencias, con el consiguiente abandono de la terapia.*
- *Por otra parte, las personas afectadas por experiencias traumáticas de larga evolución con frecuencia sufren intensas dolencias tanto psíquicas como físicas simultáneamente; muchas de estas dolencias tienen un comportamiento recurrente o francamente cíclico, con reagravaciones cada cierto tiempo, generando una situación de queja global indiferenciada. Estos estados mórbidos son los que justamente refuerzan la idea de la esencia multiforme del daño y de la indisolubilidad de sus componentes orgánico-biológicos, psíquicos y sociales.*
- *Sin embargo, incluso en estas condiciones, es posible detectar en la petición de ayuda del consultante una íntima y fina inflexión que inclina su vivenciar, su sentir y su percepción del padecimiento en uno u otro campo. La prolijidad del profesional respecto de este aspecto se funda en el hecho que una buena detección del proceso psicoemocional y cognitivo con que el sujeto está elaborando intrapsíquicamente sus necesidades va a favorecer la construcción del vínculo terapéutico y va a permeabilizar mejor la recepción de la ayuda. Finalmente, le va a permitir al profesional enriquecer e*

*incluso modificar -con el aporte de los elementos objetivos (clínicos y psicosociales) de la situación- la visión que el consultante tiene de su estado de salud.*

Así, cuando definimos como equipo una prioridad entre problema físico y psíquico, lo hacemos con las siguientes certezas:

- *El trauma siempre tiene repercusiones biopsicosociales.*
- *Estas repercusiones en los tres niveles se tendrán en cuenta a lo largo del proceso terapéutico, con independencia de si éste se inicia por el cuerpo o por la mente.*
- *Esta separación tiene como finalidad sólo el normar y regular la intervención terapéutica, procedimiento que incluye justamente la observancia de criterios y metodologías de trabajo que impidan el riesgo de todo tipo de reduccionismos, sean éstos biológicos, psicológicos o sociales.*
- *El objetivo final de la intervención terapéutica es lo rescatable: el mejoramiento integral de la salud y las condiciones de vida; tanto el cuerpo enfermo como el trastorno psíquico y la conflictiva psicosocial son todos caminos válidos para llegar al objetivo.*

#### **2.4.2. Segunda interrogante: ¿existe relación entre el problema físico y el trauma?**

Si la prioridad establecida se refiere a problemas de salud física, corresponde al Equipo de Acogida pronunciarse en un primer momento acerca de si esta dolencia somática es una consecuencia directa de la o las experiencias traumáticas que afectaron al sujeto.

El equipo puede hacerse una convicción o una razonable sospecha de que las lesiones o trastornos físicos bien pueden corresponder a complicaciones o secuelas de violaciones a los derechos humanos de la persona. En esta decisión intervendrán con similar trascendencia tanto la autopercepción del daño verbalizada por el propio sujeto como el hallazgo, por parte de los examinadores, de elementos clínicos provenientes de la medicina física, la psicopatología, el análisis psicológico y el estudio de la historia represiva.

En la respuesta a esta interrogante el Equipo de Acogida tendrá en cuenta las siguientes consideraciones metodológicas:

- *El daño en el nivel individual tiene siempre un carácter biopsicosocial. La priorización entre daño físico y psicológico sólo tiene como objeto acoger de la mejor forma posible las necesidades subjetivas del consultante, sus focos inmediatos de sufrimiento y dolor, y facilitar el diseño de un plan de apoyo terapéutico.*
- *En ningún caso, por tanto, esta jerarquización formal de las manifestaciones humanas del trauma promueve la resolución artificial de los límites de la experiencia traumática.*
- *El proceso terapéutico es esencialmente dinámico y está sometido a repetidos momentos evaluativos; estas evaluaciones garantizan la posibilidad de reformular las jerarquizaciones establecidas en la partida. Así, lo que parecía inicialmente corresponder a un problema primariamente físico puede, con el estudio complementario, ser reformulado como una secuela crónica del trauma.*
- *La convicción absoluta del consultante de que su padecimiento físico es consecuencia del trauma no siempre es señal inequívoca de que es efectivamente así. Tal posición puede, a veces, corresponder a manifestaciones traumáticas de origen psicoemocional, por ejemplo, cuando se pretende, consciente o inconscientemente, dar pruebas “irrefutables” de los tormentos infligidos en su contra (cuestión que se corresponde con la idea tan difundida -incluso estipulada por la ley- de que el daño debe ser “demostrado”).*
- *Si el equipo estima que los signos y síntomas físicos, las enfermedades somáticas pesquisadas no se relacionan causalmente con la experiencia traumática, esto no quiere decir que quede aquí cerrada la exploración de posibles planos interconectores psicológicamente más profundos. Esto último es materia del estudio posterior y debe proseguir su curso analítico por los profesionales que están estudiando y tratando el aspecto físico. Cualquier duda que surja en el proceso puede requerir de una consultoría por el Equipo PRAIS.*
- *Es preciso recordar que en la cultura chilena existen aún serios prejuicios respecto de los problemas mentales y los profesionales encargados de la “cuestión psíquica”, los “loqueros”. Gran cantidad de trastornos emocionales se esconden en el lenguaje sintomático de un cuerpo enfermo. Este lenguaje debe ser interpretado en su simbolismo;*

*el síntoma físico puede ser una oferta, una puerta abierta a las profundidades del psiquismo.*

Hemos definido dos condiciones posibles: la existencia de problemas de salud física (cualesquiera que éstos sean) que en la entrevista de acogida se ha estimado que tienen una relación positiva con el trauma y problemas de salud física sin relación evidente o clara con el trauma.

#### **2.4.2.1. Problemas de salud física relacionados con el trauma**

**Definición:**

*Se trata de un conjunto de síntomas y/o signos físicos de cualquier índole, que sugieren alguna perturbación patológica o anomalía del funcionamiento físico, en cuyo origen y/o curso evolutivo se ha podido establecer que existe una vinculación clara con la experiencia traumática vivida por la persona en el período dictatorial.*

En estos casos nos encontramos con una situación traumática en la que coexisten la necesidad de atender tanto a la salud física como psíquica de la persona afectada. La asistencia psicosocial a personas traumatizadas, después de muchos años de producidos los hechos represivos, nos muestra que quienes manifiestan síntomas físicos en el largo plazo (cefaleas de evolución crónica, dolores recurrentes del sistema locomotor, hematurias episódicas, etc.) tienen generalmente asociados algún tipo de proceso mórbido a nivel del psiquismo, situaciones de duelo aún abiertas, síntomas de estrés post traumático, etc.

Esta condición de co-morbilidad entre lo psíquico y lo físico, de acoplamiento de formas diversas de dolor y padecimiento, agravado por la longevidad de los síntomas, obliga a rotular la situación traumática como de alta complejidad.

**Ejemplos de problemas de salud física asociados al trauma:**

- *Migraña crónica, con episodios críticos de gran intensidad y alta frecuencia; primeros episodios a los dos meses de haber sido sometido a período de incomunicación prolongada con privación psicosensores; se reagudizan en estados de estrés y sobrecarga laboral; refractario a tratamiento neurológico.*



- *Dolor recurrente de la columna vertebral y de las fosas renales en un profesional de sesenta años; cada cierto tiempo sangramiento por vías urinarias que cede espontáneamente; antecedente de golpiza en un par de ocasiones con palos y puntapiés en la espalda; exámenes urológicos y de laboratorio negativos.*
- *Estados tensionales frecuentes del tipo trastorno de ansiedad generalizada en un adulto maduro; somatizaciones múltiples, colon irritable con magra respuesta a tratamientos clásicos; hipertensión arterial con cifras tensionales riesgosas y dolor de tipo anginoso, que irrumpe coincidentemente con un período de relegación en una región extrema; sin antecedentes cardiocirculatorios familiares significativos.*
- *Fenómenos parestésicos y dolores intensos en las cuatro extremidades, que emergen principalmente con el esfuerzo físico; se asocia pérdida de la fuerza y se pesquiza disminución de la masa muscular; antecedente de tortura severa, aplicación de pau de arara; aumento del arousal y repeticiones angustiosas del evento traumático en los sueños.*

#### **La Referencia:**

La referencia de personas con estas situaciones traumáticas establece dos pasos obligados:

##### **a) Derivación a atención especializada por Equipo PRAIS**

En este nivel se procede a:

- *Profundizar el diagnóstico psicológico y psicosocial, y establecer el plan terapéutico, en los ámbitos del psiquismo, que la situación particular requiera.*
- *Evaluar los síntomas y signos somáticos que se pesquizan con el fin de caracterizar el estado de salud física y proceder, en lo inmediato, a su derivación para atención médica por el equipo de atención primaria.*
- *Una vez producida su derivación para atención de sus enfermedades físicas, el Equipo PRAIS mantendrá una relación de trabajo con la atención primaria, tanto para conocer las implicancias de estos problemas médicos en la salud global del sujeto como para transmitir a esos profesionales las características de sus problemas de salud mental.*

##### **b) Derivación a consulta médica de atención primaria**

En este nivel se procede a:

- *Evaluar la existencia de patologías médicas e implementar su tratamiento.*
- *Realizar las interconsultas que se requieran al nivel de **Atención Secundaria** con el fin de recabar opinión y tratamiento especializado o para la realización de exámenes complementarios.*
- *Conservar un vínculo constante con los especialistas convocados al estudio y/o tratamiento del caso, quienes deben conocer las particularidades del trauma que ha afectado a la persona.*
- *Igualmente, mantener un vínculo con el Equipo PRAIS con el fin de complementar las informaciones técnicas; en esta dirección puede solicitar a éste la realización de **Consultoría**.*

#### **2.4.2.2 . Problemas de salud física no relacionados con el trauma:**

##### **Definición:**

*Se trata de un conjunto de síntomas y/o signos físicos de cualquier índole, que sugieren alguna perturbación patológica o anomalía del funcionamiento orgánico, en cuyo origen y/o curso evolutivo tanto la persona afectada como el equipo evaluador establecen que no existe una vinculación clara con la experiencia traumática vivida en el período dictatorial.*

##### **Ejemplos de problemas de salud física no asociados al trauma:**

En todos ellos pueden o no coexistir problemas relacionados con la salud mental :

- *Mujer de cuarenta años que consulta con antecedentes de dispepsias flatulentas, episodios dolorosos agudos reiterados de la región abdominal alta, intolerancia a las grasas; trae una ecotomografía que evidencia la presencia de cálculos vesiculares; desea ser operada.*
- *Adulto varón de edad madura, trabaja en la construcción, acusa dolores articulares de rodillas y caderas desde hace algunos meses, se agudizan con la sobrecarga de trabajo; percibe cierta deformación articular dolorosa; empieza a presentar problemas de ausentismo laboral a causa de estos síntomas; solicita se le estudie su problema articular.*

- *Pérdida progresiva de la agudeza visual en adulto mayor; se agrega dolor ocular que le preocupa; antecedentes familiares de glaucoma crónico; lentes ópticos han caducado hace años.*
- *Episodios de dolor precordial no anginoso después de los cuarenta años en un varón en plena actividad productiva, quien presenta el antecedente de prolapso de la válvula mitral diagnosticado en su juventud; se acompaña en ocasiones de arritmias transitorias y crisis de angustia durante el episodio doloroso.*
- *Hernia inguinal en un adulto joven que trabaja en labores pesadas; le dificulta para trabajar, debe ser intervenido quirúrgicamente.*

**La referencia:**

La referencia de estas personas establece el siguiente paso:

**a) *Derivación a consulta médica de atención primaria***

En este nivel se procede a:

- *Realizar el estudio diagnóstico clínico y el tratamiento específico.*
- *Realizar las interconsultas que se requieran al Nivel de Atención Secundaria con el fin de recabar opinión y tratamiento especializado o para la realización de exámenes complementarios.*
- *Conservar un vínculo constante con los especialistas convocados al estudio y/o tratamiento del caso, quienes deben conocer las particularidades del trauma que ha afectado a la persona.*
- *Igualmente, mantener un vínculo con el Equipo PRAIS con el fin de complementar las informaciones técnicas; en esta dirección puede solicitar a éste la realización de **Consultoría**.*

**2.4.3. Tercera interrogante: ¿cuál es la complejidad del problema de salud mental?**

Si la prioridad establecida se refiere a problemas de salud mental, corresponde al Equipo de Acogida pronunciarse sobre el grado de complejidad de esta problemática.

Es necesario poner en relación esta complejidad con la conceptualización ya hecha del trauma en personas afectadas por violaciones a los derechos humanos:

- *La experiencia traumática y sus consecuencias en la salud origina un conjunto multiaxial de manifestaciones que han perturbado en forma permanente o transitoria, parcial o total, la unidad biopsicosocial de estas personas.*
- *Estas manifestaciones hacen mención a una diversidad singularizada de síntomas físicos, trastornos psiquiátricos, conflictos psicoemocionales, problemas relacionales, disfuncionalidades familiares y sociales, situaciones de duelo, pérdida de los proyectos de vida, cambios caracterológicos, quiebres biográficos, etc. Esto es lo que llamamos daño biopsicosocial.*
- *La complejidad a la que se alude no se relaciona unilateralmente con la gravedad de uno o algunos de estos fenómenos, como podría ser, por ejemplo, un trastorno psiquiátrico mayor, una situación de violencia intrafamiliar, una drogadicción, una situación de cesantía prolongada. No se agota en un diagnóstico psiquiátrico o en la determinación del grado de estrés psicosocial. Alude, por el contrario, a una perspectiva totalizadora del impacto de la experiencia sobre la persona, a la sumatoria de disrupciones, dolencias, sufrimientos, deterioros sociales, etc., en los que se debate el sujeto en su situación vital actual.*
- *El grado de complejidad, entonces, intenta dar cuenta aproximada de la magnitud del daño biopsicosocial global en cada persona, vista en su unicidad y singularidad.*

A la luz de lo antes señalado resulta inevitable incurrir en un cierto grado de arbitrariedad al definir los niveles de complejidad. Consciente de ello, el Equipo PRAIS que hace la Acogida opera con respaldo en la necesidad de reconocer ciertas diferencias básicas, identificando estos tres niveles de complejidad, con el fin único de orientar con racionalidad operativa y técnica el accionar de los dispositivos de salud disponibles en el sector público, de acuerdo a su nivel de especialización y competencia, y en consonancia con una perspectiva de trabajo comunitario en redes de salud y salud mental.

***La incorporación a este tipo de procesos terapéuticos de los equipos de salud situados en la atención primaria, secundaria y terciaria, en forma diferenciada de acuerdo a estos niveles de complejidad, refleja una ampliación del compromiso del Estado con estas personas, toda vez que extiende a la totalidad de la red de salud la tarea de ofrecerles programas específicos de tratamiento y reparación psicosocial, con oportunidad y eficiencia.***

La definición del nivel de complejidad por el Equipo PRAIS en la Acogida debe ser entendida como una primera aproximación a la conflictiva biopsicosocial de cada persona afectada, de forma tal que bien podría resultar que en el transcurso del proceso terapéutico el equipo tratante perciba que este nivel de complejidad debe ser replanteado a la luz de los hallazgos clínicos y/o psicosociales y, por lo tanto, debe también reformularse el plan de intervención terapéutica en curso y sus ejecutores.

Se definen tres grados de complejidad y, asociados a ellos, tres niveles de intervención en salud mental:

#### **2.4.3.1. Baja complejidad**

*Se refiere a una condición biopsicosocial que denota un daño global o específico de la salud que afecta parcialmente la salud mental del consultante. Se trata de manifestaciones focales que comprometen levemente ámbitos específicos del psiquismo y/o ciertos aspectos de su contexto psicosocial.*

Se trata de una condición biopsicosocial que en su apreciación integral por el Equipo PRAIS se estima que ha alterado en forma poco significativa la salud mental de la persona afectada, su funcionamiento social, el cumplimiento de sus roles, la satisfacción de sus necesidades materiales y/o espirituales, el curso de su proyecto vital, etc. Tiene, en términos generales, un buen pronóstico.

Esta apreciación más o menos coincide con la propia autoevaluación del sujeto. Cuando esto último no sucede y se produce una diferencia muy significativa entre lo que aprecia el equipo y la visión del consultante -en cualquiera de los dos sentidos (ya sea que el sujeto minimice o maximice la magnitud del trauma que lo afecta, en cualquier ámbito de su funcionamiento psíquico o social)- por lo general es señal de una perturbación más seria o compleja del psiquismo, pues pone en evidencia mecanismos desadaptativos o estructuras defensivas que modifican el pronóstico del problema.

Estas manifestaciones a veces son desencadenadas por alguna forma de reactivación de la experiencia traumática desde la situación contextual sociopolítica o desde evocaciones inevitables de aquella (un aniversario, fechas simbólicas, procesos

judiciales, etc.). Sin embargo, con cierta frecuencia pueden también surgir espontáneamente, sin que el sujeto advierta una relación directa con el trauma.

#### **Ejemplos de situaciones de baja complejidad:**

Algunos ejemplos de baja complejidad, aplicable a cualquier condición represiva:

- *La presencia de un trastorno ansioso o depresivo de corta duración y baja o moderada intensidad; si ha tenido alguna evolución recurrente a lo largo de los años, siempre conserva una intensidad sintomática leve, con el antecedente de buena respuesta al tratamiento y una resolución completa del episodio clínico.*
- *La reapertura de una situación antigua de duelo sin manifestaciones sintomáticas paralizantes ni afectación del funcionamiento social del sujeto; se solicita activamente la ayuda profesional y existe una disposición explícita a la elaboración terapéutica.*
- *Una disfunción de pareja desencadenada por un acontecimiento claramente visible y sin una historia previa de conflictos graves; la pareja desea evitar una situación de ruptura, conserva una actitud de protección hacia el resto del sistema familiar o intenta evitar costos sociales mayores; se busca ayuda terapéutica.*
- *La pérdida del trabajo en un sujeto con recursos adaptativos; existe un reconocimiento claro de la relación que se establece entre este hecho y experiencias traumáticas ocurridas en otros momentos biográficos; actitud de encaramiento de las dificultades; existencia de redes sociales de apoyo.*
- *Conflictos de tipo existencial que no perturban severamente los roles productivos o sociales; su asociación a síntomas clínicos no reviste mayor gravedad; cuando se asocian a experiencias traumáticas asoma una intención elaborativa.*
- *Patologías psiquiátricas crónicas pero estabilizadas, con sintomatología persistente pero leve; se acompañan de cierto grado de adaptabilidad y funcionamiento social; no han impedido mantener un proyecto de vida.*
- *Asociación de situaciones como las mencionadas, a condición de que en la apreciación global e integral del trauma se cumpla el criterio de afectación sólo parcial o leve de la salud mental y/o de la condición psicosocial de la persona.*

En las situaciones de baja complejidad no se pesquisa la presencia de trastornos psiquiátricos severos, riesgo suicida, disfuncionalidad grave a nivel familiar, situación de

contracción severa de las condiciones y calidad de vida, ausencia de redes básicas de apoyo social y familiar o cualquier otra condición médica, psicológica o psicosocial que haga necesario el concurso de profesionales especializados en salud mental (psiquiatra, trabajador social comunitario, psicólogo clínico especializado, etc.).

### **La referencia: atención de salud mental en centro de salud primaria**

El consultante afectado por un problema de baja complejidad será referido a atención de salud mental en un centro de atención primaria. La referencia desde el equipo de acogida contemplará los siguientes aspectos:

- *Hará mención a las características generales y específicas del trauma en curso, incluyendo la identificación de la experiencia represiva y su posible relación con el estado de salud actual.*
- *Aportará al equipo de atención primaria su propia evaluación de la experiencia traumática, incluyendo su opinión diagnóstica tanto clínica como psicosocial.*
- *Recomendará al equipo de atención primaria la realización de las acciones de salud que estime favorecen su recuperación, desde la mención de algunos procedimientos técnicos específicos para el médico tratante hasta la sugerencia de intervención por otros profesionales del consultorio, por ejemplo, una psicoterapia básica por la psicóloga, una intervención social en domicilio por la asistente social del consultorio, etc.*
- *Sugerirá el trabajar cada situación personal traumática con una perspectiva de redes sociales de apoyo, tanto primarias como secundarias; pondrá énfasis en el rol de las organizaciones comunitarias, de derechos humanos y otras que puedan generar espacios de integración social para el sujeto.*
- *Ofrecerá la **Consultoría** para situaciones específicas que produzcan algún grado de dificultad al equipo de atención primaria, para el apoyo frente a alguna dificultad técnica particular en el curso de la intervención terapéutica o como espacio de intercambio y capacitación. Esta consultoría la realizará el Equipo PRAIS a cargo de la atención especializada.*
- *Establecerá un mecanismo de seguimiento del beneficiario PRAIS mientras dure su proceso terapéutico y, principalmente, al momento de su alta del consultorio. La persona conserva su condición de beneficiario del programa y, como tal, nos interesa evaluar tanto el grado de satisfacción de las necesidades de salud que motivaron la derivación como el*

*grado de reintegración social alcanzado. Este seguimiento será realizado por el Equipo PRAIS desde el nivel de acogida o de atención especializada en aquellos casos en que le ha tocado intervenir en alguna fase del proceso.*

El Equipo PRAIS se dispondrá para programar la **Consultoría** hacia el equipo que se hace cargo de la derivación con el fin de aportar técnicamente en el curso del proceso si se estima necesario.

Por su parte, corresponderá al Equipo de Salud de Atención Primaria:

- *Hacer la evaluación del problema de salud mental que refiere el consultante.*
- *A partir de esta evaluación, definir las acciones de salud mental que uno o más profesionales del consultorio realizarán en la intervención terapéutica.*
- *Establecer un trabajo coordinado en equipo para estas intervenciones.*
- *Mantener una conexión en red con el equipo derivador, solicitando el apoyo técnico cuando se requiera.*

#### **2.4.3.2. Moderada complejidad**

*Se refiere a una condición biopsicosocial que denota un daño significativo aunque no severo en el estado global de salud del consultante. En el ámbito del psiquismo se trata de manifestaciones focales de cierta intensidad o de trastornos asociados de diverso tipo, que perturban el funcionamiento psíquico sin llegar a crear un estado de desequilibrio permanente. En el ámbito psicosocial produce repercusiones que desestabilizan parcialmente o por períodos las estrategias de adaptación e inserción social y deterioran moderadamente las condiciones y calidad de vida de la persona afectada.*

Se trata de una condición de salud en la que se percibe un moderado deterioro de la salud mental, con expresiones sintomáticas y manifestaciones clínicas significativas, que pueden abarcar la totalidad del funcionamiento psíquico del sujeto traumatizado. Se hace fácil identificar trastornos psiquiátricos específicos, disfunciones de pareja o familia que arriesgan la estabilidad del sistema, cierto debilitamiento de los proyectos histórico-vitales,



etc. El pronóstico no es tan claro pues están comprometidas algunas áreas que son esenciales para el proceso reparatorio.

Desde el punto de vista psicosocial se percibe con claridad un leve a moderado deterioro de la situación contextual del sujeto: dificultades en la satisfacción de sus necesidades materiales de subsistencia; deterioro en la satisfacción de necesidades emocionales y espirituales; riesgo de pérdida de sus roles como miembro del sistema familiar o de sus grupos secundarios de pertenencia; posibilidad de verse inmerso en una situación de marginalidad social; estigmatización derivada de su condición de ex prisionero o condenado por la justicia; etc.

La experiencia traumática derivada de la represión política se hace más evidente y se pone en una relación causal más clara con el padecimiento actual; en ocasiones la persona define una causalidad directa e inequívoca entre el acontecimiento traumático y su sufrimiento; en otras, esta vinculación aparece mediatizada por otros acontecimientos biográficos o puesta en planos menos conscientes del psiquismo.

En suma, una condición de mediana complejidad pone en evidencia la intensidad y calidad de ciertos dolores, padecimientos y formas diversas de sufrimiento, en un plano de relación más directo con las experiencias violatorias de los derechos humanos, lo que hace requerir de profesionales especializados en psiquiatría y salud mental, y de la utilización de técnicas de intervención terapéutica más integrales y diversificadas.

Estamos frente a una persona y su grupo familiar que, si bien es cierto no presentan un daño grave en su psiquismo, sí se encuentra en riesgo de presentarlo a futuro. El que la experiencia traumática de la dictadura militar se identifique con más claridad como hecho de conciencia del propio sujeto, agrega el desafío de incorporar en el plan terapéutico los recursos teórico-metodológicos y técnicos que corresponden para asegurar el manejo adecuado de este tipo de traumas.

La condición de mediana complejidad identifica un territorio del trauma individual que se posiciona en un punto intermedio y de equidistancia entre la baja y la alta complejidad, colinda con ambos extremos. Es esperable, entonces, que en ocasiones estemos exigidos a diferenciarla de una condición de baja complejidad y que en otras el desafío sea establecer los límites respecto de una situación traumática de alta complejidad. Es posible en esas circunstancias que se requiera de más de una evaluación, de la opinión de otros miembros del equipo o de la discusión del caso en reunión clínica para lograr establecer

un nivel de complejidad tentativo. La postergación de la decisión hasta producir convicción en el equipo es una buena fórmula para reducir el riesgo de error en dicha apreciación. El nivel de complejidad, sin embargo, no deja de ser un hecho de carácter intersubjetivo y, por tanto, susceptible de ser modificado en la siguiente fase del proceso de intervención terapéutica; no olvidar que estamos actuando con definiciones de alcance sólo operacional.

### **Ejemplos de situaciones de moderada complejidad**

A modo de ejemplos, algunas situaciones de moderada complejidad, en las cuales la situación represiva ha sido muy diversa:

- *Un trastorno depresivo mayor como episodio único, con sintomatología moderada, en asociación con hechos dolorosos producidos en el contexto político que se relacionan con sus propios duelos (injusticias, impunidad, fechas conmemorativas, etc.); debe ausentarse del trabajo a consecuencia de los síntomas; ausencia de otros factores de riesgo; existencia de redes de apoyo; solicita ayuda profesional.*
- *Disfunción severa de pareja motivada por dificultades en el ámbito psicosocial; se vincula el conflicto a la experiencia traumática; las amenazas de ruptura vincular se alternan con actitudes de búsqueda de ayuda terapéutica y expresiones de reconocimiento de la importancia de la familia; consenso en la pareja acerca de la necesidad de asesoría profesional.*
- *Pérdida de recursos económicos asociada a autopercepción de menoscabo social por el estigma de ser ex prisionero político; se acompaña de alteración del ánimo de inicio reciente; plena conciencia de las relaciones causales entre historia personal y contexto sociopolítico; solicita orientación puntual para superar la situación que vive; bien integrado en su familia nuclear.*
- *Conflicto intrapsíquico en relación con su proyecto de vida, con foco en la pérdida de sentido del mismo; fuerte influencia del desarraigo político-ideológico; se compromete cada cierto tiempo su estado de ánimo; baja leve de su rendimiento laboral, cambios en su funcionamiento dentro de la familia; solicita apoyo psicológico; visualiza los riesgos de pérdida que el proceso involucra, existen redes de apoyo.*
- *Trastorno psiquiátrico severo de muchos años de evolución, estabilizado en lo sintomático o con oscilaciones productivas que responden bien a los ajustes*

*farmacológicos; escasa vinculación con la experiencia traumática; situación socioeconómica deteriorada; familia poco apoyadora.*

En este nivel de complejidad, desde el punto de vista clínico, no se pesquisa la existencia de trastornos psiquiátricos severos inestables, en co-morbilidad, de recurrencia episódica, patologías duales u otros trastornos complejos de difícil manejo. Tampoco trastornos depresivos graves, recurrentes, asociados a ideación o conductas autolíticas, sobre todo si el compromiso anímico está asociado a las experiencias traumáticas.

Desde el punto de vista psicosocial, el funcionamiento social del consultante no ha comprometido sus roles sociales en forma determinante; la autoestima e imagen de sí, si bien ponen en evidencia ciertos niveles de afectación, no logra obstaculizar el posicionamiento de la persona en sus diversos grupos de pertenencia; el deterioro socioeconómico no alcanza a consolidar una condición de pérdida grave o irreparable; el proyecto de vida, si bien se encuentra amenazado, conserva una línea de continuidad y un horizonte programático por el cual se lucha; la marginalidad social, el estigma, la discriminación social y política, si bien afectan el psiquismo y son identificados como focos de sufrimiento personal, no logran obstruir las capacidades personales de confrontación, denuncia y/o respuesta social.

#### **La referencia: atención por el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria**

El consultante afectado por un problema de moderada complejidad será referido a consulta por el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria. La referencia desde el equipo de acogida contemplará los siguientes aspectos:

- *Hará mención a las características generales y específicas del trauma en curso, incluyendo la identificación de la experiencia represiva y su posible relación con el estado de salud actual.*
- *Aportará a ese equipo su propia evaluación de la experiencia traumática, incluyendo su opinión diagnóstica tanto clínica como psicosocial.*
- *Sugerirá el trabajar cada situación personal traumática con una perspectiva de redes sociales de apoyo, tanto primarias como secundarias; pondrá énfasis en el rol de las organizaciones comunitarias, de derechos humanos y otras que puedan generar espacios de integración social para el sujeto.*

- Ofrecerá la **Consultoría** para situaciones específicas que produzcan algún grado de dificultad al equipo, para el apoyo frente a cierta dificultad técnica particular en el curso de la intervención terapéutica o como espacio de intercambio y capacitación. Esta consultoría la realizará el Equipo PRAIS desde el nivel de la atención especializada.
- Establecerá un mecanismo de seguimiento del beneficiario PRAIS mientras dure su proceso terapéutico y, principalmente, al momento de su alta desde el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. La persona conserva su condición de beneficiario del programa y, como tal, nos interesa evaluar tanto el grado de satisfacción de las necesidades de salud que motivaron la derivación como el grado de reintegración social alcanzado. Este seguimiento será realizado por el Equipo en el nivel de la Acogida o de la Atención Especializada en aquellos casos en que le ha tocado intervenir en alguna fase del proceso.

El Equipo PRAIS se dispondrá para realizar las **Consultorías** que se requieran de acuerdo a la complejidad el caso.

#### **Premisas básicas para la intervención del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.**

El Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria desarrollará su trabajo de reparación psicosocial basado en las siguientes premisas:

- Ofrecerá a la persona afectada y/o su grupo familiar un enfoque integral de intervención, que responda al carácter multiaxial del trauma.
- Tanto los aspectos relacionados con la integración de los componentes descriptivos de la situación traumática que afecta a la persona como los relativos al plan de intervención terapéutica serán elaborados por un equipo interdisciplinario de profesionales.
- Contemplará en el plan terapéutico las especificidades de los problemas de salud mental derivados de la represión política, tanto en lo teórico-metodológico como en las acciones terapéuticas a implementar.
- Ello implica el establecimiento del concepto de vínculo comprometido y el aseguramiento de las condiciones de privacidad y protección que exige la situación.
- Se priorizará un trabajo con criterios de redes de apoyo, dando especial importancia a aquellas instancias comunitarias, sociales y políticas que se relacionan más

*directamente con el proyecto histórico-vital y las necesidades identitarias y de pertenencia del consultante: agrupaciones de familiares y de víctimas, organizaciones sindicales, gremiales, políticas, de iglesias, etc.*

- *Se tendrá presente la necesidad de solicitar **Consultoría** al Equipo PRAIS en caso de requerimientos puntuales surgidos desde el proceso terapéutico o de capacitación en ámbitos técnicos específicos y generales.*
- *Establecerá criterios de trabajo en equipo para una Evaluación periódica e integrada, tanto del proceso terapéutico como del egreso, incorporando en ella a todos los profesionales que han intervenido en el mismo.*
- *Impulsará con el Equipo PRAIS una vinculación para el seguimiento de la persona una vez haya concluido el proceso terapéutico y se proceda al egreso.*

#### **Acciones de salud del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitario**

En concordancia con lo establecido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el equipo comunitario ofrecerá las siguientes acciones de salud a las personas afectadas por violaciones a los derechos humanos:

- a) **Consulta psiquiátrica:** realizada por médico psiquiatra, con el consultante y su familia.*
- b) **Psicodiagnóstico:** realizado por el psicólogo, mediante la aplicación de instrumentos de diagnóstico y entrevista.*
- c) **Consulta psicológica clínica,** realizada por el psicólogo clínico al paciente y su familia.*
- d) **Consulta de salud mental especializada:** realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional del equipo con el consultante o su familia.*
- e) **Intervención psicosocial grupal especializada:** realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional o técnico del equipo con un grupo de consultantes, varios miembros de una familia o familiares de varias personas.*
- f) **Psicoterapia individual o grupal:** realizada por psiquiatra o psicólogo clínico a uno o varios consultantes o varios miembros de la familia de uno de ellos.*

Adicionalmente, en concordancia con ciertas situaciones clínicas o psicosociales especiales, el equipo podrá determinar la derivación de la persona afectada a instancias

de hospitalización: hospital de día, hospitalización de corta o de mediana estadía. También puede plantearse la incorporación a hogares o residencias protegidas.

#### **2.4.3.3. Alta complejidad**

*Se refiere a una condición biopsicosocial que denota un daño severo en el estado global de salud del consultante. En el ámbito del psiquismo se trata ya sea de manifestaciones focales de intensidad mayor en ámbitos específicos o de trastornos clínicos graves de diverso tipo, que perturban seriamente el funcionamiento psíquico. En el ámbito psicosocial se encuentran afectados en forma significativa uno o varios aspectos de la vida personal, con un compromiso evidente de su condición y calidad de vida.*

Se trata de una condición biopsicosocial en la que se percibe una importante merma de la salud mental de la persona. Los eventuales trastornos psiquiátricos que puedan emerger adquieren trascendencia sintomática y comprometen el funcionamiento normal, pudiendo requerir de tratamientos farmacológicos complejos, asociados o por largo tiempo, generalmente combinados con otras formas de apoyo terapéutico, tanto psicológico como psicosocial.

Se acompañan de otras alteraciones del sujeto relacionadas con el proyecto de vida, las relaciones familiares, la inserción o la permanencia en los grupos naturales de pertenencia, etc. Se percibe mejor la globalidad del daño y, por ende, el carácter de crisis que tiene el proceso en curso y la imposibilidad del sujeto de echar mano sin apoyo externo a sus propios recursos adaptativos a esta situación.

Su condición de vida en lo socioeconómico y cultural puede estar seriamente comprometida, muchas veces por un largo tiempo, lo que arriesga a la cronificación de este empobrecimiento. Los roles sociales pueden estar afectados, pudiendo generarse debilitamientos importantes en el rendimiento laboral, distanciamiento o franco abandono de los espacios sociales a los que se pertenece, tendencia al aislamiento, la indiferencia y la apatía social.

Adquiere una mayor fuerza el impacto traumatizante de actitudes y conductas sociales provenientes de la exterioridad del sujeto y que apuntan a su estigmatización o

discriminación; éste percibe con claridad el papel que tiene su historia personal (los roles políticos que jugó como luchador antidictatorial, por ejemplo) y la carga de delitos que la justicia le ha atribuido (es el caso de miles de ex prisioneros políticos) en las dificultades que encuentra para posicionarse en el mercado laboral o profesional. La autoconciencia de esta vinculación causal pone al sujeto en una posición de mayor vulnerabilidad y en un estado de particular acumulación de sentimientos negativos como frustración, desesperanza, rabia, impotencia, etc.

La experiencia represiva se exterioriza con claridad en la gran mayoría de las personas; éstas le otorgan a aquella una gran trascendencia en la generación de su estado psicoemocional actual. Puede pesquisar un historial de secuencias traumáticas insuficientemente elaboradas, procesos de retraumatización a propósito de nuevas frustraciones vividas por el sujeto en relación con sus expectativas de reparación (el problema de la verdad, la justicia y los mecanismos de impunidad que aún imperan en la sociedad, por ejemplo), estados cronificados de sufrimiento y dolor asociado a los duelos inconclusos o congelados en el tiempo, etc. El trauma de las violaciones a los derechos humanos emerge más nítidamente en el entramado de las relaciones causales del conflicto psíquico.

El pronóstico la mayoría de las veces es incierto o preocupante dada la intensidad y simultaneidad de los diversos componentes traumáticos y de daño; en algunos casos es definitivamente malo debido a la existencia de trastornos irrecuperables y/o a una condición psicosocial difícilmente reparable.

*En suma, una condición de alta complejidad da cuenta de un daño significativo de la salud individual, familiar y social de la persona afectada; involucra un carácter global y multiaxial del trauma; establece una conexión nítida entre trauma y contexto sociohistórico; expone al sujeto al riesgo de repetición cíclica de las crisis, a formas de cronicidad tanto de las enfermedades que padece como del sufrimiento, o simplemente a la irrecuperabilidad de la salud.*

## **Ejemplos de situaciones de alta complejidad**

A modo de ejemplo, algunas situaciones que podríamos considerar de alta complejidad:

- *Persistencia de un trastorno psiquiátrico mayor o su recurrencia en el tiempo en una persona que asocia sus síntomas al trauma de la dictadura militar; refractariedad en su evolución clínica; algunas perturbaciones en su trabajo que han mermado su productividad o debilitado su imagen laboral; grupo familiar afectado por los cambios conductuales del consultante.*
- *Importante disfunción familiar en un grupo con tercero ausente (por ejemplo un detenido desaparecido o un exiliado) y amenaza de quiebre del sistema familiar; deterioro de las condiciones de subsistencia del grupo; desigual motivación de los miembros por la ayuda terapéutica.*
- *Conducta persistente de retraimiento social en una persona con mínimas redes primarias de apoyo y escasa pertenencia a instancias sociales; pérdida del sentido de la existencia y estados de ánimo predominantemente escépticos, nihilistas, de desconfianza, desesperanza o de fracaso personal como sentimientos recurrentes en el tiempo y escasamente verbalizados; percepción de la muerte como alivio, ideación autolítica recurrente, algún intento suicida.*
- *Grupo familiar empobrecido, con ausencias importantes de figuras significativas; discriminado en su entorno habitacional a raíz de la historia represiva que los afectó; sucesivas frustraciones en las expectativas de lograr justicia frente a lo vivido; la familia se percibe agotada en la búsqueda de soluciones a sus problemas.*
- *Recuerdos, imágenes, representaciones y sueños recurrentes, durante años, relacionados con la experiencia represiva en un adulto mayor; estando bien posicionado en sus roles sociales, laborales y familiares estas manifestaciones lo limitan o perturban en su quehacer cotidiano y logran modificar negativamente su estado de ánimo; se ha afectado parcialmente su relación conyugal.*

### **La referencia: atención especializada por Equipo PRAIS**

La persona afectada por un problema de salud mental de alta complejidad será referida directamente para asistencia profesional especializada por el Equipo PRAIS. La referencia desde la Acogida contemplará los siguientes aspectos:



- *Hará mención a las características generales y específicas del trauma en curso, incluyendo la identificación de la experiencia represiva y su posible relación con el estado de salud actual.*
- *Aportará a ese equipo su propia evaluación de la experiencia traumática, incluyendo su opinión diagnóstica, tanto clínica como psicosocial.*

### **3. La Atención especializada PRAIS**

#### **Definición**

*Es un conjunto de actividades realizadas por un equipo de trabajo en el campo de la psiquiatría y la salud mental dirigidas a la intervención terapéutica integral sobre las necesidades de salud mental, tanto clínicas como psicosociales, de personas afectadas por violaciones a los derechos humanos en el período dictatorial; en esta tarea se apoya armónicamente en los conocimientos que le aportan en el manejo del trauma psicosocial tanto la perspectiva clínica como la comunitaria.*

#### **Características del equipo de atención**

La intervención terapéutica será realizada por un equipo profesional que cumple con las siguientes características, de conformidad con lo señalado en el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* como en las *Normas Para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973 - 1990*.

- *Es un equipo interdisciplinario.*
- *Estimula un trabajo integrador y participativo entre sus miembros.*
- *Incorpora diversas formas del saber, tanto científico como popular.*
- *En el plano teórico-metodológico enriquece su trabajo con el aporte dialógico entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales.*
- *Está capacitado en el conocimiento del trauma psicosocial asociado a las violaciones a los derechos humanos y en diversas técnicas de intervención terapéutica.*

- *Se posiciona en una perspectiva de redes sociales, tanto dentro del equipo de salud como en su vinculación comunitaria.*
- *Se preocupa por desarrollar un permanente trabajo de intersectorialidad.*
- *Otorga espacios de participación a las agrupaciones de base, a las organizaciones de consultantes, a las instancias comunitarias ligadas a los temas que le son propios.*
- *Aun cuando se le define un rol esencialmente terapéutico, conserva una perspectiva integral sobre las problemáticas de salud mental, psiquiatría y derechos humanos.*
- *Esto implica mantener una visión no sólo desde lo terapéutico y rehabilitatorio, sino también desde la prevención y promoción en su campo.*

### **3.1. La evaluación integral**

Se refiere al momento de inicio de la intervención terapéutica, en que el equipo de atención evalúa colectivamente los diferentes componentes de la situación traumática de la persona afectada. Haciendo uso de una práctica comunitaria, el equipo aporta a este análisis las diferentes perspectivas profesionales con el fin de integrar una sola visión del trauma, de sus características más sobresalientes y de las propuestas iniciales de trabajo terapéutico. Así, la evaluación integral tiene dos aspectos: el diagnóstico interdisciplinario y la caracterización global de la situación traumática.

Se entiende por situación traumática (siguiendo al concepto de “persona en situación” de Castilla del Pino) al conjunto de eventos disruptivos que han afectado la unidad biopsicosocial del sujeto, que se expresan en la actualidad como componentes diversos y heterogéneos de un daño a su salud física, mental y social, y que solo alcanzan sentido pleno, tanto en su génesis como en sus características fenoménicas, al ser puestos en relación con las realidades socio-históricas en las que se inscriben como experiencia personal. Fuera de este escenario contextual y relacional pierden su significado esencial. Desde esta perspectiva antropológica del “hombre puesto en relación”, en el caso de las personas afectadas por violaciones a los derechos humanos en condiciones de terrorismo de Estado, como las vividas en Chile en el período histórico 1973 – 1990, es donde mejor se evidencia y desmistifica la estrecha relación existente entre el proceso salud enfermedad y la política. La reflexión sobre “lo político” en el trauma psicosocial nos remite, por una parte, a la comprensión profunda de su significado en tanto experiencia subjetiva y hecho histórico y, por otra, al estudio de los cambios

sociopolíticos necesarios para una reparación plena del daño, sin cuya materialización se arriesga a prolongar un contexto retraumatizante (lo que sucede, por ejemplo, con la impunidad para los crímenes de la dictadura).

La evaluación de la situación traumática así concebida obedece a una perspectiva biopsicosocial que da cuenta del rasgo fundamental de este tipo de experiencias: el carácter multiaxial e integral del daño. De acuerdo con ella es preciso, en primer término, realizar un examen riguroso de todos los aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales que aparecen afectados por el trauma en el sujeto. Estas expresiones particulares del trauma, dada la singularidad irrepetible de esta persona, configurarán una forma única de afectación de su salud y de su vida, a lo sumo semejante a la de otras pero nunca idéntica. Es esta condición de lo traumático en la represión política lo que ha hecho imposible adjudicarle una entidad sindromática generalizante. Es la unicidad de la experiencia traumática personal lo que es necesario identificar y definir desde la dimensión interdisciplinaria que aporta el equipo examinador.

En segundo lugar, la capacidad del equipo evaluador para recoger e integrar en un todo indisoluble la totalidad de las manifestaciones específicas del daño se debe proyectar en una disposición a diseñar estrategias de intervención terapéutica que apunten, en lo posible simultáneamente, hacia cada una de dichas manifestaciones, de forma tal que la integralidad a la que hemos aludido sea también parte constitutiva del plan de reparación en salud que activaremos para ese sujeto.

### 3.1.1. Diagnóstico interdisciplinario

#### **a) Historia de la experiencia represiva personal y familiar:**

*Descripción de los episodios violatorios de los derechos humanos ocurridos tanto al consultante como a su grupo familiar; circunstancias en las que se produjeron; agentes violadores; métodos utilizados; impacto producido en el ámbito personal y familiar; tipo de apoyo recibido (jurídico, en salud, moral, material), etc.*

#### **b) Biografía esencial.**

*Descripción del curso evolutivo de su proyecto histórico-vital, incluyendo los hitos o momentos biográficos trascendentales; pesquisa de situaciones traumáticas, crisis u otros eventos no asociados al trauma en estudio, pero significativos en la historia personal; eventos familiares significativos; vida laboral, profesional y social; proyecto político; etc.*

**c) Evaluación psicológica:**

*Estudio de la historia de trastornos psicoemocionales previos al trauma, tanto personales como familiares; desarrollo psicológico, personalidad, nivel intelectual, deterioro cognitivo; pruebas de psicodiagnóstico; descripción de los aspectos psicológicos involucrados en la experiencia traumática y sus mecanismos intrapsíquicos, estilos defensivos, procesos adaptativos, etc.; apreciación psicológica del sistema familiar y su relación con el trauma; impacto del terrorismo de Estado y los hechos represivos sobre el proyecto histórico vital.*

**d) Evaluación médica:**

*Estudio de los antecedentes mórbidos significativos, tanto personales como familiares; análisis completo de las condiciones de salud física al momento de ingreso al programa, con independencia de la relación que tengan con la experiencia traumática; exámenes complementarios de laboratorio; identificación de complicaciones o secuelas físicas del trauma; determinación de discapacidad por enfermedad física; etc.*

**e) Evaluación psiquiátrica:**

*Estudio de antecedentes psiquiátricos personales y familiares previos al trauma; análisis completo acerca de la presencia actual de trastornos mentales de cualquier tipo; estudio complementario de tipo funcional y estructural del SNC; pesquisa de comorbilidad, patología dual; sus relaciones causales con los eventos traumáticos; curso evolutivo, pronóstico; utilización de las categorías diagnósticas clínicas del CIE – 10.*

**f) Evaluación psicosocial:**

*Estudio de los componentes provenientes del contexto psicosocial del consultante y su grupo familiar, que inciden directa o indirectamente en sus condiciones y calidad de vida, y que intervienen en el origen, curso evolutivo y pronóstico del trauma: las condiciones materiales, sociales, culturales, morales, ecológicas, etc. de vida; evaluación del impacto de la situación represiva sobre el proyecto político personal y colectivo, y consecuencias sobre sus redes sociales; examen de los aspectos socioantropológicos; nivel de estrés psicosocial en el que se encuentra; factores de riesgo y protectores; pérdida y rearticulación de redes sociales primarias y secundarias, grado de pertenencia e identidad entre grupos de pares; etc.*

### 3.1.2. Caracterización global de la situación traumática

Corresponde al momento de síntesis del proceso evaluativo:

*Es la descripción global e integrada de todos los componentes que constituyen la situación traumática de la persona afectada; se configura una perspectiva unitaria del daño en la que confluye, por una parte, el carácter de los acontecimientos traumáticos y, por otro, los diversos y heterogéneos grados de intensidad y trascendencia de las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales del trauma: sus repercusiones en la salud física y psíquica, sus implicancias en las condiciones y calidad de vida, su impacto en el proyecto histórico-vital, el grado de desinserción sociofamiliar y laboral, los riesgos psicosociales en que se encuentra, y el nivel de integración social en que se haya junto a su grupo familiar.*

La evaluación integral evita la producción de todo tipo de reduccionismos. No se trata de una mera rotulación con base en categorías psiquiátricas excluyentes, ni de una circunscripción a las patologías del cuerpo o a los temas psicosociales que afectan a la persona, aún cuando el análisis incluye todos estos aspectos. Los reduccionismos de tipo médico, psicológico o sociológico empobrecen el conocimiento del trauma y arriesgan al fracaso de las estrategias de intervención reparatoria que surjan con dicho enfoque.

Por esta razón se recomienda un enfoque descriptivo de la situación traumática; este método de análisis permite asociar los distintos componentes del padecimiento de la persona humana dañada. Desde esta práctica se puede conjugar en plena armonía el significado de una categoría nosográfica desde la psiquiatría con la descripción del deterioro de la calidad de vida del sujeto, los hallazgos de laboratorio, la identificación de estados psicoemocionales específicos, la evaluación del estado actual del proyecto de vida, etc.

Sólo un análisis interrelacionado y en equipo de éstas y muchas otras variables en juego en la experiencia traumática nos puede aproximar a una visión totalizadora e integral del significado y trascendencia vivencial que aquella tiene en la vida contemporánea de la persona. Esta es la mejor puerta de entrada del equipo de salud a las necesidades auténticas que genera el sufrimiento y el dolor; por lo tanto, camino de ingreso a la recepción de la ayuda terapéutica.

### 3.1.3. Plan terapéutico

Comprende un conjunto de acciones de salud y psicosociales destinadas a intervenir directamente en la modificación de las condiciones de salud biospicasocial de la persona afectada, con vistas a mejorar globalmente su estado de salud y su calidad de vida.

Las acciones de salud tendrán un variado peso específico en concordancia con las particularidades del daño. En algunos casos tendrá prioridad un enfoque psicoterapéutico individual, en otros la asistencia de un problema de salud física, en un tercero será el apoyo social ante una condición socioeconómica crítica. Lo más frecuente será el requerimiento de una serie de acciones terapéuticas simultáneas y multiaxiales.

Como un apoyo al equipo en la tarea de aplicar un enfoque de intervención integral caso a caso, hemos identificado cinco ejes claves a considerar con el fin de garantizar una estrategia global de acción sobre la situación traumática que afecta al sujeto. Recomendamos su exploración flexible y sistemática en cada caso particular.

#### **Eje 1: Recuperación sintomática**

*Conjunto de medidas terapéuticas, sean éstas de tipo biológico y/o psicológico, destinadas a aliviar los síntomas y signos provenientes de enfermedades físicas o psíquicas, que dan cuenta de padecimientos actuales o que han motivado la consulta.*

#### **Eje 2: Elaboración de la experiencia traumática**

*Conjunto de técnicas de intervención terapéutica y psicoterapéutica, individual, familiar o de grupo, destinadas a trabajar con objetivos reparatorios aspectos específicos de la experiencia traumática, con el fin de favorecer el procesamiento de los duelos y otros núcleos disruptivos del psiquismo que están asociados a los hechos traumáticos.*

#### **Eje 3: Reconstrucción del proyecto histórico-vital**

*Conjunto de técnicas psicoterapéuticas individuales, dirigidas a trabajar los aspectos dañados del proyecto de vida; re-crear aquellos planos del mismo que no permiten el desarrollo pleno del sujeto; elaborar nuevas metas y objetivos de vida en equilibrio con los cambios personales, considerando las transformaciones producidas en el nivel contextual y el curso evolutivo del trauma; reconstruir la memoria individual y social; reelaborar el mundo de lo político como espacio habitable del ser social.*

**Eje 4: Rehabilitación psicosocial**

*Conjunto de técnicas de intervención rehabilitadora de las complicaciones y secuelas producidas por el trauma; están dirigidas hacia las habilidades, funciones, roles, conocimientos, destrezas y cualquier otro tipo de actividad humana vinculada al funcionamiento social del sujeto, buscando un rendimiento óptimo, de acuerdo a sus capacidades, condiciones y potencialidades.*

**Eje 5: Integración social**

*Conjunto de intervenciones de tipo psicosocial orientadas a favorecer la integración permanente y cabal del sujeto a la sociedad, lo que implica la satisfacción de sus necesidades materiales, emocionales y espirituales, y la recuperación plena de ciudadanía en un contexto de ausencia de discriminación, marginación o estigmatización social.*

**3.2. Las modalidades de intervención**

De la evaluación integral surgen una o varias necesidades de apoyo terapéutico, las que deben ser abordadas simultáneamente por los diversos equipos de trabajo o por profesionales individuales, según corresponda. Esta aparente “compartimentación” de las líneas de acción terapéutica debe ser entendida como aspectos integrados del mismo trabajo global de reparación psicosocial que realiza todo el equipo.

La definición de las modalidades de intervención obedece no a jerarquizaciones sino a la identificación específica de necesidades de asistencia terapéutica, ya sean subjetivas u objetivas. Siguiendo el principio sistémico de que el todo es más que la suma de las partes, será preocupación del equipo el establecer espacios de relación e intercambio entre los profesionales que intervienen en el proceso desde los diversos programas, con el fin de incorporar en él todos los aspectos del daño involucrados y favorecer así un mejor impacto en la salud del consultante.

El Plan Terapéutico ofrece cuatro modalidades específicas de intervención, todas ellas interrelacionadas a través del intercambio profesional constante en el equipo. No siempre tendrán su inicio en forma simultánea, puede empezarse la terapia con una de ellas, la que mejor dé cuenta de las necesidades más urgentes del consultante y

posteriormente irse sumando otras, en concordancia con los nodos conflictuales, críticos, disfuncionales o patológicos que vayan emergiendo en el proceso.

Estas modalidades de intervención son las siguientes:

### **3.2.1. Intervención psiquiátrica**

Se implementa cuando el Equipo PRAIS ha identificado o sospecha fundadamente la presencia de algún tipo de trastorno psiquiátrico. Su aporte fundamental está dirigido hacia los ejes 1, 2 y 3 del plan terapéutico, entendiéndose que constituyen un todo indivisible con los otros dos ejes.

Las categorías nosográficas del ICD-10 de la OMS, vigentes por normativa ministerial para todo el sector público de salud, permiten ordenar el lenguaje psiquiátrico al momento de proceder al diagnóstico. Su uso debe estar enmarcado, como ya se ha señalado, en una perspectiva abarcativa de la totalidad del daño, iluminando en lo específico respecto de los trastornos mentales eventualmente presentes en la persona afectada.

El profesional responsable de esta intervención es el médico psiquiatra, quien dispone de las siguientes acciones de salud para su intervención:

- **Consulta psiquiátrica:** realizada con el consultante y/o su familia.
- **Tratamiento farmacológico:** realizada con el consultante para la indicación y control de psicofármacos.
- **Psicoterapia:** actividad compartida con el psicólogo que implica diversas modalidades de intervención psicoterapéutica, algunas de las cuales requieren co-terapia.

### **Derivación psiquiátrica**

En la consulta psiquiátrica el médico puede establecer la existencia de ciertas patologías que están sujetas a programas psiquiátricos especiales, normados y monitoreados por equipos profesionales ajenos al PRAIS: programas de antipsicóticos atípicos, patologías duales, trastornos bipolares, etc. En estos casos se deberá derivar al consultante para su integración a dicho programa.

El Equipo de Atención debe mantener un vínculo de trabajo con ese programa, por un lado, con el fin de aportarle todos los elementos descriptivos de la situación traumática que lo afecta y darle cuenta de otras acciones terapéuticas que pueden estar en curso



simultáneamente. Por otra parte, para que nuestro equipo pueda ir conociendo periódicamente la evolución de los aspectos psiquiátricos en tratamiento.

### 3.2.2. Intervención psicológica

Se implementa cuando el Equipo PRAIS ha identificado la existencia de problemas emocionales, de cualquier índole, que están afectando la salud mental del consultante. Su aporte fundamental al proceso reparatorio está en los ejes 2 y 3 del plan terapéutico. Estos problemas emocionales pueden ser el motivo único de consulta del sujeto o formar parte de una constelación de situaciones que requieren de apoyo terapéutico.

La acción terapéutica del psicólogo se encuadra en las siguientes modalidades:

- **Consulta psicológica clínica:** realizada por el psicólogo en forma individual para el consultante y su familia. Durante el proceso de evaluación e intervención sobre los conflictos emocionales de la persona puede requerir completar el estudio diagnóstico psicológico con pruebas psicométricas, las que serán realizadas por otro psicólogo.
- **Psicoterapia:** en sus diversas modalidades, individual, familiar y de grupo, en algunas de las cuales interviene en co-terapia.

### 3.2.3. Intervención psicosocial

Se implementa cuando el Equipo PRAIS ha identificado la presencia de un deterioro psicosocial de la persona afectada y de su grupo familiar. Se refiere a las múltiples variables que condicionan desde el contexto social la satisfacción de las necesidades materiales, emocionales y espirituales, y que en su conjunto determinan la calidad de vida del sujeto traumatizado:

- *situación familiar global*
- *grado de inserción sociolaboral*
- *condiciones contractuales y grado de estabilidad en su trabajo*
- *escolaridad y nivel de frustración o satisfacción con metas académicas*
- *contexto cultural, principios valóricos y morales hegemónicos en su contexto de vida, acceso a la cultura*
- *situación judicial en relación con experiencias de represión política (ej.: certificado de antecedentes)*
- *grado de unificación del sistema familiar (exilio, desarraigo, pérdidas, abandonos, etc.)*

- *situación socioeconómica, grado de endeudamiento, trabajo adolescente en miembros de la familia*
- *experiencias de discriminación y estigmatización por sus antecedentes políticos y represivos*
- *grado de satisfacción de las expectativas de reparación moral, jurídica, económica y política de parte del Estado y su impacto*
- *acceso a vivienda, a educación para los hijos, a beneficios sociales; etc.*

La intervención psicosocial hace su aporte principalmente en los ejes 3, 4 y 5 del Plan Terapéutico y su profesional índice es el asistente social, quien podrá desarrollar su trabajo incorporando a otros profesionales como psicólogo, enfermera, terapeuta ocupacional, monitores en salud mental, agentes comunitarios, especialmente en las actividades de grupo.

Esta modalidad de intervención dispone de cinco actividades de salud:

- ***Intervención social individual.*** a cargo de cualquiera de los agentes de salud mencionados, destinada a abordar algunos de los problemas psicosociales que afectan preferentemente en forma personal al sujeto, y la puesta en marcha de estrategias concretas de intervención. El asistente social juega un rol importante en la definición de acciones específicas a implementar en orden a dar satisfacción a las demandas sociales de la persona, con independencia de sus ejecutores.
- ***Intervención psicosocial familiar.*** con las mismas características de la anterior pero destinada a la identificación de las dificultades del grupo familiar y a la búsqueda de estrategias compartidas de solución, desde una perspectiva de la problemática psicosocial integral.
- ***Intervención psicosocial grupal.*** realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional o técnico del equipo con un grupo de consultantes o varios grupos familiares. Si el foco está puesto en la rehabilitación social o laboral puede ser realizada en talleres, clubes u otros dispositivos comunitarios.
- ***Trabajo con la comunidad:*** liderado por el asistente social, el equipo busca en el espacio de las redes comunitarias los recursos potencialmente existentes, tanto humanos como materiales, para apoyar la satisfacción de las necesidades del consultante y su familia. Este contacto comunitario desarrollado en terreno permitirá también una apertura

en la base social para que el equipo despliegue acciones de prevención y promoción en materias de salud mental y derechos humanos.

- **Psicoeducación:** tarea de todo el equipo, inserta en estrategias de prevención y promoción de la salud mental y de los derechos humanos. Priorizar metodologías participativas, que incentiven una sólida interacción social, invitando a los actores a ser constructores de los materiales educativos, a problematizar sus situaciones de vida y condiciones de existencia, al rescate de sus cualidades resilientes y a incorporarse como sujetos activos a las tareas de reparación.

#### **3.2.4. Consulta médica**

Se implementará cuando el Equipo PRAIS ha identificado la presencia de síntomas o signos que hagan sospechar la existencia de alguna enfermedad física, independientemente de si ésta se relaciona o no con el evento traumático.

Atiende con fines de precisión diagnóstica, estudio complementario y tratamiento específico todas las dolencias físicas que presente el consultante, cualquiera sea la naturaleza etiológica de la enfermedad.

Esta modalidad de tratamiento está a cargo del profesional médico del nivel de atención primaria; contribuye al eje 1 del Plan Terapéutico y presenta las siguientes modalidades de intervención:

- **Consulta por médico de la atención primaria:** llevada a cabo en el consultorio periférico por el médico general.
- **Interconsulta de especialidad:** realizada por médico especialista del nivel secundario de atención a petición expresa del médico general, con fines diagnósticos o de tratamiento especializado.

El Equipo de Atención tendrá la preocupación por conservar un vínculo constante con los médicos generales y especialistas convocados al estudio y/o tratamiento del caso, quienes deben conocer las particularidades del trauma que ha afectado a la persona.

#### **3.3. Las evaluaciones periódicas del proceso terapéutico**

En el transcurso de las diferentes intervenciones -todas ellas integrantes de un solo e indivisible plan terapéutico, como ya hemos señalado- se requiere periódicamente evaluar su desarrollo y el impacto que está teniendo en la salud y calidad de vida del consultante.

Al respecto es necesario considerar los siguientes aspectos:

- *Las evaluaciones deben ser periódicas y sistemáticas, con una frecuencia preestablecida, de acuerdo a los recursos humanos del equipo. Una evaluación mensual durante el período de crisis y bimestral cuando la situación traumática se haya estabilizado, es una recomendación adecuada.*
- *Serán realizadas en equipo, integrando las visiones de todos los profesionales involucrados en el proceso terapéutico.*
- *Deben contemplar no sólo las apreciaciones objetivas de logros y fracasos sino también la autoevaluación del sujeto y la del grupo familiar, cuestión no siempre coincidente con la del equipo.*
- *Se tendrán en cuenta los cinco ejes establecidos en el Plan de Tratamiento.*
- *Se concordarán los ajustes diagnósticos que sean necesarios y los consiguientes arreglos al plan terapéutico.*
- *Se considerarán las inasistencias a terapia, las que quedarán debidamente registradas a lo largo del proceso. Deberá existir un mecanismo de acción normado y ágil frente a cada inasistencia; el equipo puede responder a ella con la llamada telefónica y la visita domiciliaria.*
- *Del mismo modo, se normará el abandono de la terapia. Considerar aquí ciertas peculiaridades de este tipo de traumas, que muchas veces impulsan al sujeto a conductas autoevaluativas en función de ciertos imperativos morales o ideológicos, de sentimientos culposos, que terminan más que en abandonos, en altas auto otorgadas.*
- *Todo abandono debe implicar visita a domicilio con el fin de precisar los términos del mismo, sus causas y desencadenantes. Recordar la alta tasa de consultantes que retornan al programa cíclicamente. Si el caso es de riesgo o persiste una evolución crítica del trauma, estas visitas serán reforzadas y reiteradas intentando el reinicio de su tratamiento.*

### **3.4. El término del plan terapéutico**

Es un momento clave del proceso reparatorio en los casos de traumatización. La decisión de término del proceso terapéutico se relaciona con el cumplimiento de cada una de las tareas definidas en relación con los cinco ejes del Plan Terapéutico y marca el

cierre de todas y cada una de las formas de intervención que se pusieron en marcha durante el tratamiento.

Se plantean las siguientes precauciones al momento de definir el término del Plan Terapéutico:

- *Se trata de un proceso sincrónico, consensuado por el equipo. No se puede definir altas fragmentarias de los diversos frentes de intervención, desconectadas de los profesionales que aún siguen operando en terapia.*
- *El fin de la terapia es la consecuencia de una evaluación final en equipo, el cual se declara satisfecho con los logros terapéuticos. Al mismo tiempo, la persona intervenida reconoce también un grado significativo de satisfacción de sus metas.*
- *No siempre estos logros se corresponden con la aspiración inicial contemplada en el Plan de Tratamiento. El cumplimiento parcial de estos objetivos, si ha impactado globalmente en forma positiva sobre el estado de salud y la calidad de vida del sujeto, y éste así lo reconoce, es una forma de reparación aceptable.*
- *El equipo debe ser capaz de visualizar las características esenciales del entorno social de acogida al sujeto con posterioridad al término del vínculo terapéutico. Se estudiará la necesidad de dejar establecidas las redes de continuidad para el apoyo comunitario a la inserción social.*
- *Se debe garantizar también la continuidad de la atención para ciertos problemas de salud que requieren de cuidados a largo plazo (si es el caso; p.ej.: una diabetes mellitus, un problema hipertensivo, un síndrome psicoorgánico, etc.) Para ello, al cierre del proceso las conexiones en red con otras instancias de salud deben estar ya establecidas (continuidad de los cuidados), con claros mecanismos de referencia.*

### **3.5. El seguimiento**

Es una actividad que tiene por objeto monitorear en la persona ya tratada, durante un período predeterminado inmediatamente posterior al término del Plan Terapéutico, los siguientes aspectos :

- *La consistencia en el tiempo de la recuperación sintomática del sujeto, su eventual reincidencia, los eventos precipitantes de la misma, su magnitud, la actitud del afectado ante estos cambios, etc.*

- *El posible surgimiento de nuevas habilidades, destrezas y capacidades adaptativas a las exigencias de la vida diaria.*
- *Las dificultades producidas en la recomposición de los roles sociales más relevantes, en el plano familiar, laboral, social y otros.*
- *El nivel de modificación logrado en el ámbito de las problemáticas psicosociales identificadas como perturbadoras de su salud mental al inicio del proceso.*
- *El grado de integración social, entendida como normalización de la vida en comunidad, con capacidad de satisfacción de sus necesidades materiales, emocionales y espirituales, y con un buen nivel de autonomía e independencia en el desarrollo de su proyecto vital, etc.*

***Una meta exitosa ideal será aquella que logre dar satisfacción de manera estable en el tiempo a las tareas programadas en cada uno de los ejes del Plan Terapéutico. En tal condición, el proceso terapéutico habrá garantizado en alguna medida la recuperación clínica, la elaboración terapéutica de la experiencia traumática, la reinserción familiar y sociolaboral, y un grado significativo de integración social.***

Hacen el seguimiento diversos miembros del Equipo PRAIS que hizo la atención especializada, especialmente el asistente social. Corresponde a este equipo asumir dicha función ya que se trata del colectivo profesional que conoce a fondo las características individuales y familiares de la situación traumática y la forma cómo ha sido llevado el proceso terapéutico. Por lo tanto, está en mejores condiciones de evaluar el grado de riesgo que implican las dificultades emergentes en la vida de la persona en esta nueva etapa.

En condiciones óptimas de trabajo del equipo, el seguimiento debiera durar a lo menos un año; en este período se debiera realizar una visita en terreno cada cuatro meses, completando un total de tres, en la última de las cuales se debiera cerrar el proceso. Ante la imposibilidad de realizar excursiones al domicilio, el contacto telefónico periódico es un recurso adicional para conservar un plano de relación con el consultante que evite la desconexión con el equipo.

### 3.5.1. Las recaídas

Ya hemos señalado que durante este período se pueden producir retrocesos importantes en el estado de salud del consultante. Estos son algunos de ellos:

- a) **Recaídas sintomáticas:** se refiere a la reagudización de los síntomas que originaron el cuadro clínico que motivó el ingreso al programa; en ocasiones se acompañan de nuevas entidades sintomáticas.
- b) **Desencadenamiento de una nueva crisis:** eventos biográficos desestabilizadores, conflictos emocionales inmanejables, disfunciones de diverso tipo, que nuevamente desbordan la capacidad de contención del sujeto y de su familia.
- c) **Retraumatización:** reactivación del trauma en estrecha relación con eventos contextuales o con conflictos intrapsíquicos que se estimaba resueltos; siempre en relación con las condicionante sociopolíticas, morales y jurídicas relativa a los derechos humanos no satisfechos (injusticia, no verdad, impunidad), que reabren sentimientos de frustración, rabia, impotencia, fracaso, etc.
- d) **Cronificación del daño:** alude a un considerable número de personas que han terminado por evolucionar hacia la cronificación e incurabilidad de su sintomatología clínica y hacia una merma estacionaria e inmodificable de su calidad de vida. Muchas de ellas logran pequeños avances después de largos procesos terapéuticos pero rápidamente y en forma espontánea retornan al estado previo de deterioro severo de su estado global de salud.

### 3.6. La reevaluación

Una oportuna reevaluación de la situación por el Equipo PRAIS puede pesquisar con prontitud las situaciones de riesgo, lo que puede favorecer una intervención temprana que evite un retroceso mayor. En ocasiones puede requerirse una reincorporación a terapia con objetivos focalizados; en otras, puede bastar con intervenciones de apoyo y consejo frente a circunstancias externas de tipo obstructivo o con el acompañamiento en la búsqueda de soluciones concretas frente a sus problemas.

Esta actividad se realiza en la puerta de entrada del proceso, atendiendo a la necesidad de establecer un nuevo diagnóstico interdisciplinario y un nuevo plan terapéutico.

## 4. La psicoterapia

### 4.1 Consideraciones generales

La psicoterapia aplicada a los estados de traumatización vinculados a las violaciones a los derechos humanos es un ámbito del conocimiento científico novísimo en la relativamente nueva disciplina de las psicoterapias. El holocausto nazi marca tal vez el inicio de una preocupación por las especificidades de este tipo de traumas, toda vez que las metodologías y técnicas tradicionales no lograban satisfacer las complejas necesidades del psiquismo individual, familiar y colectivo dañado directamente por dicho evento, el cual tenía la particularidad de ser originado en el contexto sociopolítico.

Desde América Latina, a partir de la sucesión de golpes militares y de las horrendas expresiones del terrorismo de Estado, los equipos de profesionales que solidariamente iniciaron su apoyo a las víctimas en los años setenta, debieron re-pensar y reelaborar las técnicas de apoyo psicológico a los miles de ciudadanos que empezaron a padecer los efectos de la doctrina de seguridad nacional, ideología común a todo nuestro continente.

Con el trauma psicosocial de las dictaduras militares aparecieron desafíos inéditos en la práctica histórica de la psicología y la psiquiatría en nuestros países. Nos referimos a cuestiones tan cruciales para el trabajo psicoterapéutico como:

- *la confianza profesional y el vínculo terapéutico en condiciones de terrorismo desenfrenado y amenaza vital colectiva;*
- *la seguridad y la solidaridad en un contexto social paranoídeo;*
- *la necesidad de métodos de intervención apropiados para la abreacción de una carga traumática inusual e insólitamente destructiva del psiquismo;*
- *la cuestión política como componente sociogenético medular del daño;*
- *la absoluta necesidad de ligar la psicoterapia con otras formas de acogida para las víctimas, a la vez protectoras y facilitadoras de la recuperación de la salud;*
- *la exigencia de armar redes de denuncia, apoyo y defensa de estas personas;*
- *la necesidad de cobijar nuestro trabajo en el marco ético, axiológico e ideológico de los derechos humanos y sus diversos principios rectores establecidos desde 1948 por la comunidad internacional.*



Esta dimensión del trauma puso en tensión el conocimiento existente en las disciplinas biomédicas, psicológicas y psicosociales, tanto en lo que se refiere a las formas de caracterización del trauma (nosologías y nosografías) como en lo que respecta a las técnicas psicoterapéuticas.

Las organizaciones no gubernamentales que tempranamente empezaron a trabajar con las víctimas se plantearon un desafío de teorización y creación de formas de intervención que dieran mejor cuenta de las complejidades enunciadas. Desde fines de los años setenta se sucedieron los encuentros de profesionales en los que se intercambiaban las experiencias en curso. La teoría fue consecuencia de una praxis extraordinariamente multiforme, creativa, valiente y solidaria pues se desarrolló en un contexto en el cual la asistencia psicológica era objeto también de la represión política. La extensa literatura científica aportada desde esa época hasta la actualidad da cuenta de las innovaciones conceptuales, metodológicas y técnicas producidas en América Latina, especialmente en el Cono Sur (principalmente en Brasil, Argentina, Uruguay, Chile).

De este conocimiento nuevo en el ámbito del trauma psicosocial y las psicoterapias se desprenden algunas consideraciones de amplio consenso entre quienes laboran en este campo, útiles de considerar a fin de entender los alcances y limitaciones de un protocolo de este tipo:

- *El trauma psicosocial, tanto en su dimensión individual como colectiva, reconoce una causalidad sociopolítica que le incorpora una radical especificidad.*
- *Este hecho, la contextualidad sociopolítica, obliga a estudiar el trauma desde una perspectiva histórica, considerando las realidades políticas y sociales en las que ha tenido lugar.*
- *Por consiguiente, las experiencias locales o nacionales de intervención psicosocial son sólo un marco referencial para los demás.*
- *No existe un modelo arquetípico del trauma en el plano individual ni en el social y tampoco un modelo único o ideal de intervención.*
- *Las psicoterapias han debido recorrer caminos propios, unas veces introduciendo técnicas nuevas, otras modificando las ya conocidas.*
- *Los enfoques psicoterapéuticos emergentes son una amalgama entre el posicionamiento moral e ideológico de los equipos frente al contexto traumatizador, su*

*formación profesional previa (escuelas psicológicas) y la realidad psicosocial y política en la que han operado.*

- *En la gran mayoría de los equipos la psicoterapia forma parte de un modelo o enfoque integral de intervención, que pretende recoger una visión multiaxial del trauma, con sustento en la perspectiva biospicasocial y en el diálogo entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales.*

*De acuerdo a esta caracterización, este capítulo del protocolo intenta constituir un esfuerzo ordenador de la intervención psicoterapéutica, que considera metodológicamente las complejidades enunciadas, tiene en cuenta la legitimidad de cada una de las formas específicas de psicoterapia disponibles, se basa en lo que la experiencia nacional e internacional aporta, admite el carácter dinámico y procesal del conocimiento en este campo y, por lo tanto, se ofrece como material para su discusión permanente y enriquecimiento.*

De esta forma, las especificaciones que realiza en cuanto a formas de psicoterapia quedan abiertas para la aplicación de varias técnicas y enfoques epistemológicos y metodológicos. La selección de tal o cual escuela psicoterapéutica dependerá exclusivamente de las preferencias del terapeuta o de su equipo. Este protocolo no pretende desarrollar las psicoterapias en una forma particularizada; existe una amplísima gama de técnicas psicoterapéuticas fundadas en un espectro también amplio de escuelas psicológicas que han trabajado en el ámbito del trauma psicosocial asociado a las violaciones a los derechos humanos. Las más importantes se apoyan en enfoques psicoanalíticos, sistémicos, fenomenológico–antropológicos, cognitivo–conductuales, humanistas, gestálticos, etc. y en mixturas interesantes entre algunas de ellas. Se recomienda la lectura de la bibliografía complementaria en la que se da cuenta de experiencias psicoterapéuticas exitosas nacionales, latinoamericanas y europeas.

#### **Definición de la técnica de intervención: Las prioridades**

- Priorizar implica hacer un esfuerzo por jerarquizar las necesidades del sujeto que nos consulta, de tal forma que junto a lo seleccionado como prioridad coexisten otras necesidades que no deben ser subvaloradas.

- Esta jerarquización responde al objetivo de operacionalizar una metodología de intervención reparativa que se ajuste a las necesidades más importantes o significativas para el sujeto en ese momento.
- El concepto de “prioridad” hace referencia a la determinación de una forma específica de psicoterapia que el equipo estima que mejor obedece a las necesidades de la salud mental de la persona afectada.
- La definición de una técnica específica implica la selección de un único instrumento de las psicoterapias que guiará la intervención del o los psicoterapeutas, evitando la dualidad en este ámbito.
- Prioridad implica una definición marco en relación con las necesidades psicemocionales del consultante: permite establecer una decisión en torno a si se interviene, en esta fase del proceso, sobre el sujeto, sobre el sistema familiar o sobre un grupo de personas. No alude, por tanto, a técnicas específicas de psicoterapia, corrientes o escuelas.

#### **4. 2. Las formas de psicoterapia**

Es importante remarcar la versatilidad de esta decisión, en el sentido que muchas veces se requiere hacer ajustes de acuerdo a las necesidades emergentes en el consultante.

El trauma secundario a violaciones a los derechos humanos se caracteriza en una gran cantidad de personas, entre otras cosas, por la recursividad de sus síntomas, la tendencia a la cronicidad o a las reagravaciones periódicas, por la fragilidad e inestabilidad de los procesos de compensación clínica, la producción de secuelas psiquiátricas o psicoemocionales. Gran parte de estos fenómenos obedecen a los procesos retraumatizadores provenientes de un contexto impune y negador de las necesidades de reparación simbólica que tienen alta resonancia emocional, como es el problema de la verdad y la justicia. Esto hace que muchas veces se requiera de acompañamiento terapéutico por largo tiempo o se produzcan abandonos de la terapia debido a la pobreza de resultados. Es probable entonces que en un determinado grupo de consultantes una técnica inicial de trabajo de paso a un segundo momento terapéutico en el que sea necesario introducir un cambio de enfoque o nuevos objetivos de reparación psicológica, con técnicas distintas.

Esta misma situación se puede producir en sujetos con estructuras muy defensivas o paranoídeas (como suele suceder con personas que han consultado por primera vez muchos años después de la experiencia traumática), en los que las necesidades más agobiantes quedan atrapadas en planos muy profundos del psiquismo. En estos casos, muy probablemente, la propuesta hecha por el sujeto nos remite a aspectos superficiales (síntomas físicos o psicosomáticos, síntomas neuróticos, conflictos relacionales, etc.) en un intento inconsciente por despistar al que ayuda. Aquí un psicoterapeuta alerta aprovechará el encuadre psicoterapéutico pre establecido para crear una condición subjetiva favorable para un segundo momento asociado a un cambio de la técnica.

#### **4.2.1. La psicoterapia individual**

Independientemente de los fundamentos de escuela y de la técnica psicoterapéutica elegida, se tendrán en cuenta las coordenadas ya definidas en el plan terapéutico. Se trata de un aspecto metodológico inherente a un enfoque integrativo de los desafíos reparatorios, que rige para todas las formas de psicoterapia:

- *La recuperación sintomática*
- *La elaboración de la experiencia traumática*
- *La reconstrucción del proyecto histórico-vital*
- *La rehabilitación psicosocial*
- *La integración social*

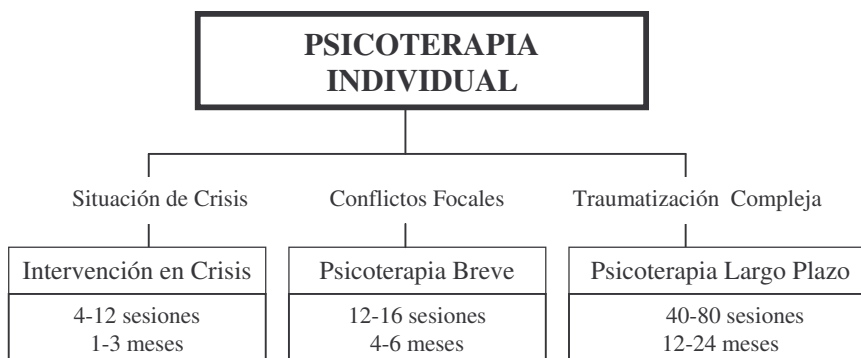
Los énfasis de la psicoterapia estarán en relación directa con la singularidad de las necesidades de cada consultante, de forma tal que los ejes en los que basamos la intervención psicoterapéutica tendrán un diferenciado nivel de desarrollo y trascendencia en cada persona afectada. No obstante ello, se espera de la psicoterapia individual un importante impacto en las tres primeras coordenadas.

En todo caso, cualquiera sea la diversidad y heterogeneidad del daño en el sujeto y, por consiguiente, el grado de complejidad que alcanza cada uno de los ejes, en la visión global tanto de la experiencia traumática como de los desafíos de recuperación de su salud mental se debe conservar una perspectiva integral del trauma y un enfoque multiaxial respecto de los objetivos psicoterapéuticos.

Las modalidades de psicoterapia sugeridas se acompañan de una propuesta de duración tanto respecto del número de sesiones como del tiempo de terapia; estas sugerencias deben entenderse en el marco de flexibilidad que le es propio a todas las

formas de psicoterapia en cualquier escenario terapéutico; es decir, se adecuan a las necesidades emergentes durante el proceso de la terapia y a las complejidades que éste adquiere en los diversos sujetos.

**Modalidades de psicoterapia individual:**



**4.2.1.1. Técnicas de intervención en crisis**

En términos generales, una crisis se relaciona con eventos externos altamente traumáticos, reacciones anticipatorias a inevitables cambios vitales, procesos psicopatológicos disruptivos del psiquismo, urgencias psiquiátricas, etc.

En el caso de personas afectadas por el trauma de violaciones graves a sus derechos humanos, no necesariamente la crisis da cuenta en forma directa y explícita de dicha situación. En estos casos la crisis representa una forma mediatizada de expresión de la experiencia traumática y se constituye en un momento de gran trascendencia para el sujeto debido a que produce una condición favorable para el establecimiento del vínculo terapéutico y para la intervención psicoterapéutica.

En toda situación de crisis el sujeto se muestra más activo en la petición de ayuda, establece un vínculo menos defensivo con el terapeuta y está más dispuesto a proporcionar material intrapsíquico atinente a su sufrimiento con el fin de obtener alivio. Al mismo tiempo, la vivencia de una crisis, con alto costo psicoemocional, a veces también corporal y social, lo predispone a procesos de autoconciencia que motivan al cambio.

En los marcos de las coordenadas ya señaladas en la estrategia general de la intervención terapéutica dirigida hacia las personas afectadas por el trauma psicosocial,

se reconoce una serie de metas específicas propias de las técnicas de intervención en crisis, de gran utilidad para el éxito del objetivo global de reparación, todas ellas en directa relación con la calidad de la crisis, los componentes del psiquismo que se han puesto en riesgo, los factores causales de la misma, los síntomas emergentes. En cualquier circunstancia, los objetivos se dirigen al restablecimiento del equilibrio del psiquismo.

#### **4.2.1.2. Técnicas de psicoterapia breve**

El carácter focal del conflicto o la situación foco obliga a identificar con claridad los objetivos psicoterapéuticos, planificar la intervención, seleccionar la información que aporta el psiquismo del sujeto, definir las etapas de la terapia y evaluar sus resultados. Se trata de terapias a plazo fijo, con metas prefijadas y fases de desarrollo de la técnica habitualmente pre establecidas.

Al igual que en una intervención en crisis en el caso de personas traumatizadas por la dictadura, el conflicto denunciado por el consultante no necesariamente devela la experiencia traumática; es necesario recordar que en una gran cantidad de personas afectadas el núcleo patológico asociado a este tipo de daño psíquico se mimetiza en una variada y multiforme gama de “metáforas” somáticas y/o psíquicas que operan como mediatizadoras o simbolizaciones del trauma. Este es otro principio metodológico que debe estar presente en la asistencia a sujetos traumatizados, cualquiera sea la técnica utilizada.

La psicoterapia breve aborda un conflicto o situación foco en torno del cual se establecen vínculos causales significativos con el padecimiento del sujeto. La elección del foco debe, por tanto, satisfacer adecuadamente la petición de ayuda de la persona traumatizada y, al mismo tiempo, ser un camino eficiente de entrada en el conflicto intrapsíquico.

#### **4.2.1.3. Técnicas de psicoterapia de largo plazo**

Indicadas frente a un sujeto que presenta un *estado de traumatización compleja* o que después de la utilización de técnicas de plazo más restringido no evidencie una recuperación de su condición traumática.

El estado de traumatización compleja alude a una condición del psiquismo caracterizada por una severa disrupción, con importante impacto global sobre el funcionamiento del sujeto; condición que la mayor parte de las veces –aunque no

siempre- se vincula a experiencias represivas muy dolorosas, reiteradas o que han involucrado pérdidas significativas y/o situaciones de duelo no resuelto (tortura, desaparición forzada de un ser querido, encarcelamiento prolongado, etc.).

El fracaso de técnicas de intervención de menor duración puede estar relacionado con diversos factores como:

- la complejidad de la experiencia traumática;
- diversas limitaciones provenientes del psiquismo del sujeto;
- aspectos contextuales (la impunidad, por ejemplo);
- la longevidad del trauma;
- la falta de oportunidad en la atención.

A diferencia de las situaciones anteriores, en la condición descrita de traumatización compleja es de regla la exposición de la situación traumática como elemento central de la perturbación del psiquismo y como materia principal de trabajo psicoterapéutico.

Los objetivos específicos se definirán casuísticamente, en concordancia con las singularidades del trauma individual. En algunos casos serán prioritarias las técnicas de terapia del carácter; en otras aquellas dirigidas a la elaboración profunda de la experiencia traumática y a la reconstrucción del proyecto de vida; en un tercer grupo se requerirá de psicoterapia orientada hacia el manejo de fenómenos psicopatológicos; etc.

#### **4.2.2. La psicoterapia familiar y de pareja**

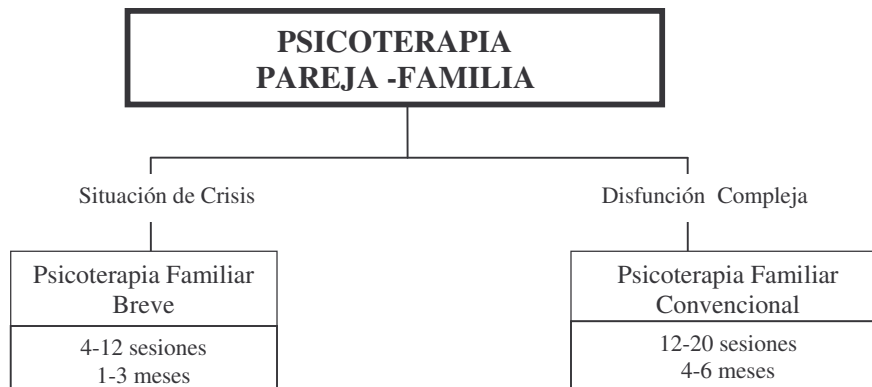
La disfuncionalidad del sistema familiar puede estar dada por diferentes condiciones, algunas de las más frecuentes son las siguientes:

- *la desestructuración del sistema familiar (por causas como la pérdida del jefe de hogar);*
- *la perturbación de la cohesión interna (ya sea en el sentido de un exceso o de su debilitamiento);*
- *dificultades adaptativas a los cambios del ciclo vital familiar;*
- *trastornos en los procesos de individuación e identificación;*
- *incapacidad de elaborar colectivamente los duelos.*

El conflicto del sistema puede comprometer a la totalidad del grupo familiar o estar radicado principalmente en la díada conyugal. Ello dará origen a dos formas de

psicoterapia: *de pareja* y *de familia*. Ambas formas admiten dos técnicas principales de intervención:

**Modalidades de psicoterapia familiar:**



#### 4.2.2.1 Psicoterapia familiar breve

Hemos recomendado su indicación cuando la crisis del sistema o la conflictiva emergente han desestabilizado el sistema y se requiere una intervención ajustada a las especificidades de dicha disfuncionalidad. Habitualmente el consultante índice y/o los demás familiares proponen una conflictiva relacional bien delimitada en torno de la cual emerge una necesidad de ayuda terapéutica. A partir de ella el equipo propone el contrato terapéutico.

Es muy probable que en la definición inicial de la crisis o del conflicto los miembros de una familia afectada por la experiencia traumática no establezcan vinculación entre su disfuncionalidad actual y los traumas acumulados dentro del sistema. Este hecho tendrá una diferenciada manera de entenderse por los psicoterapeutas dependiendo del marco teórico en el que se inserta la intervención (especialmente marcado si es analítico o sistémico); sin embargo, cualquiera sea éste, corresponde abordar los materiales denunciados por el grupo o la pareja como objeto(s) principal(es) de su preocupación teniendo presente desde el punto de vista metodológico la trascendencia del marco contextual sociohistórico en el devenir de la salud mental de las familias que han vivido situaciones de daño consecutivo a las violaciones a sus derechos humanos.



Los objetivos específicos dependerán de la escuela en la que se apoya el equipo; mencionamos los enfoques más difundidos: analítico, sistémico, cognitivo-conductual. Sus enfoques son muy particulares en razón de sus diferencias teórico-metodológicas, sin embargo es posible identificar metas terapéuticas comunes como las indicadas en el protocolo.

#### **4.2.2.2. Psicoterapia familiar convencional**

Se recomienda en situaciones de profunda afectación del sistema. Cuando el clima relacional se altera de esta forma no es de extrañar que haya coincidencia entre los familiares en cuanto a la apreciación de la situación. En estas circunstancias se hace más complejo intentar definir los límites de la conflictiva, priman las visiones totalizadoras y globalizantes de la disfuncionalidad.

Paradójicamente, no siempre esta coincidente manera de visualizar la disfuncionalidad de parte de los miembros está aparejada con una similar actitud frente a la oferta de tratamiento psicológico. En circunstancias de deterioro marcado de las relaciones familiares algunos de los sujetos optan por retirarse del conflicto, en actitud de oposicionismo pasivo o como conducta homeostática destinada a perpetuar la disfuncionalidad.

Tal nivel de deterioro de los mecanismos interactivos de la familia es frecuente de ver entre aquellos grupos familiares que han vivido severas experiencias represivas durante la dictadura militar; especial atención debe ponerse respecto de quienes han sido víctimas de pérdidas irreparables o sometidos a experiencias traumáticas sistemáticas o prolongadas en el tiempo, como es el caso de la desaparición forzada, el exilio, la tortura.

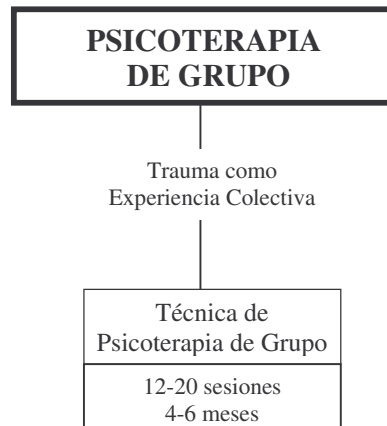
La transgeneracionalidad del daño -cuestión de gran trascendencia para el actual estado evolutivo del trauma psicosocial en la sociedad chilena- se hace presente en estos casos contribuyendo a la disfuncionalidad del sistema: entran en escena como sujetos actuantes de su propio sufrimiento, los familiares hijos y nietos de las víctimas primarias de violaciones a los derechos humanos, participando activamente en la co-construcción de espacialidades y estilos relacionales dentro del sistema familiar.

#### **4.2.3. La psicoterapia de grupo**

Es una técnica de gran utilidad en el ámbito de las personas afectadas por violaciones a los derechos humanos, experiencia traumática absolutamente singular en la

que los eventos contextuales provenientes del ámbito sociopolítico (terrorismo de Estado, impunidad, etc.) dan origen a formas específicas de daño psicoemocional y, por consiguiente, también a estrategias de reparación que exigen de una perspectiva multiaxial con fuerte peso en las condiciones macrosistémicas.

*Modalidades de psicoterapia de grupo:*



Su éxito se basa en el nivel de motivación tanto individual como colectivo de los participantes, en la afinidad de intereses y/o necesidades subjetivas, en la capacidad del equipo para acoger las demandas psicológicas esenciales del grupo.

En la psicoterapia de grupo tiene plena vigencia el enfoque estratégico de reparación psicosocial elaborado para personas afectadas por el trauma de la dictadura militar. En el proceso terapéutico se pone en acción el desafío de movilizar las cinco coordenadas de dicho enfoque, vistas ahora desde una perspectiva no sólo individual sino también del grupo: los aspectos sintomáticos; la experiencia traumática individual y su expresión como proceso socializado; el proyecto de vida; la rehabilitación psicosocial y la integración social.

Los objetivos específicos dependerán de las áreas específicas en las que se ha de trabajar terapéuticamente. Cualquiera sea el campo de intervención, se pretenderá investigar los procesos disruptivos del psiquismo individual y del grupo que están dando cuenta de las necesidades y demandas verbalizadas o contenidas implícitamente en los procesos disfuncionales o psicopatológicos de los consultantes.

Como toda experiencia psicoterapéutica, se propone producir cambios en el psiquismo colectivo que incidan en el plano individual con el fin de modificar las

condiciones perturbadoras del funcionamiento psíquico. El tratamiento grupal se centra en la comunicación verbal y analógica entre los componentes del grupo y el vehículo transformador principal es la interacción social en el *setting*.

## IV. Glosario

- ***Biopsicosocial:*** perspectiva que plantea una visión integral del sujeto, que incluye los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en su interrelación y determinación mutua. Propone no solo una *interpretación* de lo humano -tanto sano como enfermo, tanto sujeto individual como social-, sino también una determinada manera de *intervenir* sobre aquello, una praxis que se caracteriza por esa misma proyección tridimensional. En el ámbito de la salud mental nos desafía a interpretar y atender al fenómeno psíquico desde un permanente diálogo entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales.
- ***Continuidad de los Cuidados:*** requisito metodológico que asegura al sujeto que es derivado hacia un nuevo dispositivo de salud la protección del vínculo y la no interrupción de sus procesos mientras avanza en su plan terapéutico o de rehabilitación. Implica una derivación oportuna, informada y garantizada desde el equipo o profesional tratante, y una adecuada coordinación en red con la instancia receptora. Constituye uno de los más importantes derechos del paciente.
- ***Derivación Asistida:*** proceso por el cual el equipo que solicita el concurso de un nuevo dispositivo de la red para determinado consultante se ocupa de establecer los vínculos necesarios para materializar exitosamente su incorporación a él, trabajando al mismo tiempo la desconfianza, temores o desinformación que puedan estar afectándolo y atendiendo a eventuales dificultades operacionales de la red. Implica una preocupación por la disponibilidad real de hora de atención, la no interrupción de la farmacoterapia, realizar contactos facilitadores con miembros del nuevo equipo, poner a disposición de estos la información técnica sobre su salud, etc.
- ***Enfoque Comunitario en Salud Mental:*** perspectiva que se propone incorporar una mirada multiaxial y abarcativa sobre los problemas de salud mental y psiquiatría, adicionando al saber de las ciencias biomédicas y sociales el conocimiento

popular y sus prácticas; estimula la inclusión de nuevos actores como los familiares, pacientes, agrupaciones de base, monitores, etc. junto al equipo de salud; se propone un trabajo integrado y con una metodología de equipo comunitario, interdisciplinario y participativo; propicia el trabajo en redes y la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud; se preocupa por el tratamiento, la rehabilitación, la prevención y la promoción; impulsa el respeto a los derechos humanos de los pacientes y el ejercicio pleno de ciudadanía; trabaja contra el estigma de la enfermedad mental y la discriminación.

- **Facilitador:** es un miembro de un equipo de salud que está inserto en la red, posee un cabal conocimiento del Programa PRAIS, comparte su espíritu y objetivos, y posee un campo de relaciones importantes con equipos que salud cuyo concurso es importante para la satisfacción de las necesidades de los usuarios del programa. Difunde el programa; identifica aquellos actores susceptibles de apoyar el trabajo en red y de acoger adecuadamente a los usuarios allí referidos; favorece la coordinación de los equipos; acoge y acompaña al usuario en su derivación, etc.
- **Primer Contacto:** antecede a la Acogida por el Equipo PRAIS, nos remite al primer encuentro del usuario con el programa, generalmente a través de la secretaria. Lo que en ese encuentro sucede está lleno de significados y sentido para el sujeto, nada es neutro o indiferente a su psiquismo; es el inicio de la construcción de la relación terapéutica y de las confianzas. Debe, por tanto, estar sujeto a su máxima atención de parte del equipo: evaluación continua de lo que sucede en el *setting* institucional; capacitación de la secretaria y demás funcionarios administrativos; autocuidado del equipo, etc.
- **Recaída:** es la reactivación de uno o varios síntomas que denotan la presencia de una enfermedad, ya sea física o psíquica, que se encontraba controlada o superada. Estas manifestaciones sintomáticas son una de las más recurrentes y precoces señales de reapertura de los eventos traumáticos que están en la base; un estado de enfermedad es una oportunidad para reexplorar el curso evolutivo de

lo traumático. El alivio oportuno de los síntomas descomprime emocionalmente y protege del riesgo de cronificación de la patología.

- **Reincidencia:** se produce en personas que habiendo concluido su plan de tratamiento integral entran en una condición de deterioro del estado de recuperación, equilibrio y adaptabilidad logrado con su proceso terapéutico. Las manifestaciones son variables y muchas veces simultáneas: recaídas sintomáticas, reactivación de una disfunción familiar, estrés psicosocial, reapertura de procesos de duelo, retraumatizaciones, etc. Se requiere de una reevaluación por el Equipo PRAIS en el nivel de Acogida; mientras más precoz se pesquise, menos complejo será su manejo y mejor su pronóstico.
- **Reparación en Salud:** refiere a una perspectiva integral en la asistencia desde la red pública de salud a todas las manifestaciones del trauma que han generado una problemática de salud y/o psicosocial, ya sea en la corporalidad, el psiquismo o la condición social del sujeto. Su campo de acción es específico para el ámbito de la salud; contempla una perspectiva de tipo intersectorial con el fin de encauzar la solución de aquellas necesidades que exceden dicho ámbito y que deben ser intervenidas desde otras instancias del Estado y/o la comunidad.
- **Retraumatización:** proceso de activación de nuevos eventos traumáticos en un psiquismo previamente afectado por experiencias violatorias de sus derechos humanos, resultando en diversas formas de agravación de su condición biopsicosocial preexistente. Se trata, la mayoría de las veces, de acontecimientos de contexto que operan sobre un sujeto traumatizado o en fase de elaboración de sus traumas, en los que es frecuente identificar duelos en curso, una salud mental precaria, importante daño psicosocial, etc. Los mecanismos más eficaces de retraumatización son aquellos asociados a la impunidad y a las demandas reparatorias no satisfechas por el Estado.

- ***Situación Traumática:*** es la expresión del conjunto de eventos disruptivos del equilibrio biopsicosocial de la persona humana y que son comprensibles sólo en su relación indisoluble con las realidades contextuales en las que ese sujeto los ha experimentado. Da cuenta, por tanto, no sólo de los aspectos atingentes al sujeto afectado sino también de los procesos sociopolíticos e históricos.
- ***Trauma Psicosocial:*** concepto prolijamente desarrollado por Ignacio Martín-Baró que alude a una perspectiva multidimensional del trauma, que involucra a la persona humana, en su dialéctica sujeto individual - sujeto social - y a las realidades sociohistóricas -desde las relaciones de dominación económica, con sus formas más estructurales de violencia, hasta las relaciones de dominación sociopolíticas, con sus formas de violencia basadas en el terrorismo de Estado-. El trauma refiere al sujeto y, al mismo tiempo, a la sociedad en su conjunto; a los microsistemas y, al mismo tiempo, a los macrosistemas sociales; a la violencia económica y a la violencia política. El trauma es un problema psicológico individual, un problema psicosocial y un problema político simultáneamente. La persona humana emerge aquí como víctima, pero también como sujeto activo en el devenir social, como agente potencial del cambio y, por tanto, con capacidad auto reparatoria.

## V. Bibliografía

- AGGER, INGER, BUSS JENSEN, SÖREN. 1996. *Trauma y cura en situaciones de terrorismo de Estado. Derechos humanos y salud mental en Chile bajo la dictadura militar*. Santiago: CESOC.
- ALFARO, JAIME. 2000. Discusiones en Psicología Comunitaria. En: *Textos de Docencia Universitaria*. Santiago: Ed. Universidad Diego Portales..
- ALFARO, JAIME. 1993. La Psicología Comunitaria en Chile durante la década del setenta, aspectos conceptuales y operativos. En: Olave, R. M. y Zambrano, L (comp.) *Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile*. Santiago: Ed. Universidad Diego Portales.
- BASOGLU, METIN (Ed.) 1992. *Torture and its consequences. Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CINTRAS (ED.). 1992. *II Seminario de la Región del Maule. Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional*. Santiago: Ediciones CINTRAS.
- CINTRAS, EATIP, GTNM/RJ, SERSOC (Ed.) 2002. *Paisajes del Dolor, Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur*. Buenos Aires: Polemos.
- CODEPU. 1989. *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre Salud Mental: Chile 1973-1989*. Santiago: Ediciones CODEPU.
- CODEPU. 1990. *Seminario Internacional. Tortura: Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Prevención y Tratamiento*. Santiago: Ediciones CODEPU.
- CODEPU. 1996. *Persona, Estado, Poder. Estudios sobre Salud Mental*. Volumen II. Santiago: Ediciones CODEPU.
- DANIELI, YAEL (Ed.). 1998. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York and London: Plenum Press.
- DÍAZ, DANIEL, MADARIAGA, Carlos. 1993. Tercero ausente y familias con detenidos desaparecidos. Serie Monografías N° 10, Santiago, Ediciones CINTRAS.



- ECAP, ODHAG, IRCT (ED.). 2000. *La Tortura y otras Violaciones a los Derechos Humanos*. Guatemala: Editores Siglo Veintiuno.
- FASIC. 1987. *Trauma, Duelo y Reparación. Una experiencia de trabajo psicosocial en Chile*. Santiago: FASIC/Interamericana
- FLORENZANO, RAMÓN. 1984. *Técnicas de psicoterapias dinámicas*. Santiago: Editorial Universitaria
- GARCÍA, J., ESPINO, A., LARA, L. 1998. *La Psiquiatría en la España de fin de Siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid: Díaz de Santos
- GARRIDO, M., GARCÍA, J. 1994. *Psicoterapia: Modelos Contemporáneos y Aplicaciones*. Valencia: Edit. Promoción del Libro Universitario.
- GOFFMAN, ERVING. 1998. *Estigma: La identidad deteriorada*. editores. Buenos Aires: Amorrortu
- GTNM/RJ, IRCT (ED.). 2000. *II Seminario Latinoamericano. Violencia, Impunidad y Producción de Subjetividad*. Río de Janeiro: Ediciones GTNM/RJ
- GUIMON, JOSÉ. 2001. *Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria*. En: *Biblioteca de Salud Mental*. Madrid: Core Academic.
- JACOBSEN, LONE, VESTI, PETER. 1993. *Sobrevivientes de la tortura: un nuevo grupo de pacientes*. Copenhague: IRCT.
- JACOBSEN, LONE & SMIDT-NIELSEN, KNUD. 1997. *Torture Survivor – trauma and rehabilitation*. Copenhague: IRCT.
- KHAN, MASUD. 1974. *The Concept of Cumulative Trauma*. En: *The Privacy of the Self*. Khan, M. (Ed.) Nueva York: International Universities Press.
- KEILSON, HANS. 1992. *Sequential Traumatization in Children*. Jerusalén: The Magnes Press. The Hebrew University.
- KORDON, DIANA ET AL. 1987. *Efectos psicológicos de la represión política*. Buenos Aires: Sudamericana/Planeta.
- KORDON, DIANA ET AL. 1995. *La impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica*. Buenos Aires: Sudamericana.

- KORDON, DIANA, EDELMAN, LUCILA Y LAGOS, DARÍO. Implicación de los terapeutas. Paper s/f de EATIP.
- LANSSEN, JOHAN. 1993. Vicarious Traumatization in Therapists Treating Victims of Torture and Persecution. En: *Torture* 3(4): 138-140.
- LAVIK, NILS JOHAN; NYGARD, METTE; SVEAASS, NORA; FANNEMEL, EVA (ED.) 1994. *Pain and Survival. Human Rights Violations and Mental Health*. Oslo-Copenhagen-Stockholm: Scandinavian University Press.
- LEMBERGER, JOHN. 1995. *A Global Perspective on Working with Holocaust Survivors and the Second Generation*. Jerusalem: CDJ-Brookdale Institut- AMCHA.
- LIRA, ELIZABETH (ED.). 1997. *Reparación, Derechos Humanos y Salud Mental*. Santiago: CESOC.
- MADARIAGA, CARLOS. 1999. La prevención de la tortura como problema de salud pública. En: *Revista de Psiquiatría* 16(3): 159-163.
- MADARIAGA, CARLOS. 2002. *Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura*. Serie Monografías N° 11. Santiago: Ediciones CINTRAS.
- MARCONI, JUAN. 1998. *Del Asilo a la Comunidad: 50 años de Psiquiatría Chilena 1948-1998; un Testimonio Personal*. Monografía, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Chile
- MARTÍN-BARO, IGNACIO (ED.). 1990. *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia*. San Salvador: UCA Editores.
- MINISTERIO DE SALUD. DIVISIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA. 1993. Orientación y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud. Santiago: Ediciones del Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD, UNIDAD DE SALUD MENTAL. 1994. *Salud y Derechos Humanos. Una Experiencia desde el Sistema Público de Salud Chileno*. Publicaciones de Salud Mental, Serie Memorias e Informes N° 1. Santiago.
- MINISTERIO DE SALUD, UNIDAD DE SALUD MENTAL. 1999. *Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación*". En: Serie MINSAL Normas Técnicas y Administrativas, División de Salud de las Personas. Depto. Programas de las Personas. Santiago.

- MINISTERIO DE SALUD, UNIDAD DE SALUD MENTAL. 1999. *Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitudes y Consecuencias*". División de Salud de las Personas. Depto. Programas de las Personas. Santiago. Chile.
- MINISTERIO DE SALUD, UNIDAD DE SALUD MENTAL. 2000. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad*". Santiago: Ediciones Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD, UNIDAD DE SALUD MENTAL. 2001. *Conferencia Internacional: Consecuencias de la Tortura en la Salud de la Población Chilena*. Desafíos del presente. Santiago: Ediciones del Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD, UNIDAD DE SALUD MENTAL. 2002. *Norma Técnica. Para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990*. Santiago: Ediciones del Ministerio de Salud.
- MORALES, GERMÁN Y LIRA, ELIZABETH. 1996. *Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de violencia*. Santiago: Paper de ILAS.
- MORALES, GERMÁN. 1996. Subjetividad y riesgos de los equipos de salud. En: *Revista Chilena de Psicología* 17(2) y 18(1).
- NACIONES UNIDAS. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, PNUD. 1994. *Normas Uniformes: Sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. Ediciones de Naciones Unidas.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. 2001. *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Nueva York y Ginebra: Edición de Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*". París: Ediciones de la OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1992. *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. En: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N°19. Oficina Sanitaria, Oficina Regional de la OMS. Washington, D.C.

- PAGADUAN-LÓPEZ, JUNE. 1994. La historia del estudio del trauma psicosocial. En: *Reflexión* 21: 30-32.
- REELER, ANTHONY. 1995. ¿Es la tortura un trastorno de estrés post-traumático? En: *Reflexión* 23: 9-13.
- SÁNCHEZ, MARTÍNEZ, F. BARRIENTOS, G. 2001. *Psiquiatría Social y Comunitaria*. En: Biblioteca de Salud Mental. Santo Domingo Ed. Buho.
- SINELNIKOFF, NATALIE. 1999. *Las Psicoterapias. Inventario Crítico*. Barcelona: Editorial Herder.
- VIDAL, MARIO. 1990. Lo igual y lo distinto en los problemas psicopatológicos ligados a la represión política. En: *Seminario Internacional. Tortura: Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Prevención y Tratamiento*. Santiago: Ediciones CODEPU, 125-131.