B/24/cl/m/1775

p.i.d.e.e.

# UNA EXPERIENCIA DE SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Presentación al VIII Congreso
Sociedad de Psiquiatría y Neurología
de la Infancia y Adolescencia

4 - 5 - 6 Octubre 1990

Autor: Equipo de Salud Mental
Relator: Myriam George

FUNDACION PARA LA PROTECCION DE LA INFANCIA DAÑADA POR LOS ESTADOS DE EMERGENCIA
HOLANDA Nº 3607 - TELEFONO 42735
SANTIAGO DE CHILE

p.i.d.e.e.

# UNA EXPERIENCIA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

# EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

## 1.- Introducción:

Los menores que son atendidos en el Programa de Salud Mental de la Institución PIDEE tienen una característica que los diferencia de otros niños y es el ser beneficiarios de un organismo de Derechos Humanos, cuyos objetivos están definidos en ese marco.

Organismos de este tipo surgen en un momento histórico específico en nuestro país; en un Chile escindido, en que un vasto sector de su población ha sido segregado y violentamente reprimido. Nacen entonces espacios de preservación, defensa y apoyo como respuestas a una situación de crisis psico-social que afecta a las personas y a la sociedad chilena.

En este contexto se crea, en 1979, la Fundación PIDEE: Fundación para la Protección de la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia, con la finalidad de proteger a los niños y adolescentes directa o indirectamente afectados por la represión política.

Los objetivos generales de la institución se orientan en un enfoque integral de atención a la infancia a través de diversos programas y áreas de acción. Transparencias

Los menores atendidos en PIDEE pertenecen a familias

FUNDACION PARA LA PROTECCION DE LA INFANCIA DAÑADA POR LOS ESTADOS DE EMERGENCIA
HOLANDA Nº 3607 - TELEFONO 42735
SANTIAGO DE CHILE

p.i.d.e.e.

que, después de septiembre de 1973, han vivido una violación brutal a los derechos básicos del hombre.

La utilización de la tortura, encarcelamiento, asesinato, desaparición de personas, el exilio, la relegación, como una forma de dominación del gobierno anterior, han sido actos aberrantes y crueles. Hoy, es poca la gente que pone en duda que se hayan cometido y que los justifique.

2.- Efectos de la represión:

Quisiéramos detenernos un momento en este punto. En el significado que tiene para la familia que le acontezca un hecho de esta naturaleza.

En un primer momento suele suceder una transformación dramática en la familia. Es frecuente la pérdida del sostén económico y en no pocas ocasiones la pérdida o destrucción de bienes materiales producto de allanamientos violentos; por razones de seguridad o por miedo hay cambios de domicilio; los adultos se dedican a la búsqueda del detenido, a realizar gestiones, solicitar ayuda jurídica, económica, los menores quedan abandonados o al cuidado de personas que a veces les son extrañas; en ocasiones deben abandonar sus estudios o interrumpirlos y en general su vida social también se ve alterada. En el caso del exilio numerosas son las familias que se han visto desmembradas.

p.i.d.e.e.

Al interior de las familias es frecuente, además, que se produzca un brusco cambio de roles. Esta profunda desorganización está marcada por la intensa angustia que domina al grupo familiar. El temor que algo le ocurra al resto de sus miembros es fundado, la experiencia no descarta esta posibilidad.

El contexto es así amenazante, y hay incapacidad de vivir otros estados de ánimo que no estén en directa relación con lo acontecido. No existe entonces espacio para la elaboración de los sentimientos, como: dudas, miedo dolor. No hay espacio en estas circunstancias, para el crecimiento y desarrollo.

Pasado un período la familia vuelve a organizarse, pero generalmente con cambios que dificultan un buen funcionamiento ya que generalmente ha habido pérdidas, separaciones, deterioro económico y marginación social. Sueles presentarse en estos momentos en el niño alteraciones de diversa índole : afectivas, conductuales, de adaptación social, baja del rendimiento escolar en los niños.

El fracaso en la petición de justicia, los amedrentamientos periódicos, así como la impunidad de los autores, refuerzan en estas familias la sensación de indefensión absoluta.

En relación a los niños, sabemos que para una normal maduración de sus capacidades cognitivas, afectivas y de adaptación social, éste necesita de un contexto familiar estable que le entregue seguridad y afecto. Esto difícil-

p.i.d.e.e.

mente puede lograrse cuando los patrones de convivencia familiar se ven bruscamente alterados y las familias son sobreexigidas en todos los planos.

Procesos de duelos, separaciones, requieren de una notable capacidad de readaptación. En condiciones favorables son complejos y dolorosos. En condiciones como las antes señaladas se tornan aún más difíciles.

El sesgo en nuestra población beneficiaria está dado por que ella ha sido agredida, violentada por la represión política policial. La diferencia no radica básicamente en la sintomatología presentada por los niños, o en los motivos que los traen a consultar. Incluso, puede ser que el motivo de consulta no tenga una vinculación directa con el acontecimiento represivo. La importancia está dada por el contexto familiar y social en el que esta sintomatología se da.

Este contexto no es ajeno, tampoco, al terapeuta, quien al escuchar relatos como los que conocemos, o haber vivido situaciones similares es invadido por los mismos sentimientos. Por ende,hacer la distinción entre lo aberrante y condenable de la represión, de lo injusto de las condiciones de vida y la posibilidad de sanidad mental es difícil para todos los involucrados en el proceso terapeútico.

En estas condiciones la posibilidad de elaboración y superación terapeútica adquieren una dinámica particular; no es lo mismo la muerte producida por un asesinato

p.i.d.e.e.

político que la muerte producida por enfermedad o incluso por accidente. Y esto es en el caso que la persona asesinada sea reconocida como tal, situación que, como sabemos, no se ha dado en todas las ocasiones. En estas muertes hay " algo " que no se acepta. La resolución adecuada de dolorosos procesos psicológicos de duelo se torna aún más difícil. El proceso no concluye, el círculo no termina de cerrarse.

3.- Enfoque Terapeútico

Tal vez sea éste uno de los desafíos más importantes que ha tenido que enfrentar el equipo de Salud Mental.

Nuestro trabajo se ha visto cruzado fuertemente por el acontecer a nivel político y social.Tiene que ver con la justicia, con la verdad, con el reconocimiento de lo sucedido y con el asumir, también, socialmente el problema.

Esto lo visualizamos más claramente hoy que en el pasado, en momentos en que se vislumbran cambios políticos y sociales las familias ven sus aflicciones con posibilidades de superarlas. Se abre paso la esperanza hacia el futuro, se pierde el miedo. No era así hace diez años, cuando la indefensión era mayor.

Podemos decir que hay una suerte de redimensión del efecto de la represión en aquellos que la han padecido.

En relación al efecto que la represión puede tener en

p.i.d.e.e.

las personas, se nos ha planteado la necesidad de hacer algunas distinciones.

Pensamos que una "víctima de la represión" puede dejar de serlo. Es imposible que a un niño le devuelvan su padre asesinado, es imposible que viva con su madre los años que no vivió por estar ésta encarcelada, es imposible que olvide los allanamientos brutales que vivió su familia, es imposible que viva en su patria los años que no vivió. Pero sí es factible que tenga la posibilidad, a pesar del sufrimiento, ~~de vivir normalmente~~, de crecer y desarrollarse como un ser humano y es en este sentido que pensamos que puede dejar de ser víctima.

Esto no significa abandonar y negar lo aberrante de la violencia represiva o los problemas desencadenados por ella, menos aún crear amnésicos y descuidar la denuncia que es generadora de la conciencia y memoria colectiva.

El no concebir, en términos generales, los efectos de la represión como irreparables, sitúa cualitativamente distinta la perspectiva terapeútica ya que la posibilidad del cambio pasa a ocupar el lugar principal desplazando el horror invalidante.

Hechas estas precisiones nos explicamos que aunque el problema del hecho represivo o violencia organizada se ubica en un nivel social que trasciende nuestra labor terapeútica, éste es dimensionado en forma particular y subjetiva por cada persona, familia o grupo social.

Es aquí donde hacemos el intento de la definición del

p.i.d.e.e.

problema en el ámbito terapeútico.

Distinguir para quién y cuál es el problema nos parece crucial.

En nuestro quehacer se hace necesario, entonces, que en primera instancia el problema sea definido por la familia y asumido como " suyo ".

El terapeuta recibe del niño y de la familia sus quejas, malestares físicos o psíquicos que son expresión de un quiebre. Esta definición es por parte del consultante. Al mismo tiempo el terapeuta se vale de lo que observa y se da ~~de esta~~ una interacción entre ambos para definir el problema, ~~" real~~ ". Es muchas veces en esta co-construcción donde comienza a verse las necesidades y a aparecer los recursos que la familia tiene para resolverlas.

El rol del terapeuta es " mostrar " nuevas opciones, facilitar un reencuadre del problema donde surjan soluciones que el consultante no " ve " por estar inmerso en su drama.

Frente a esto nos encontramos con la dificultad de la creencia generalizada de ver a los trabajadores de salud mental como magos omnipotentes, resolvedores de conflictos y problemas.

La práctica nos indica otra cosa; nuestra técnica podrá darnos alguna autoridad y recursos, pero si la familia consultante no tiene un real compromiso con su problema, la posibilidad de cambio es prácticamente nula.

p.i.d.e.e.

El cambio deseado no es obra nuestra, a lo más poseemos algunas herramientas interpretativas, explicativas y relacionales que lo facilitan.

En este sentido también es necesario aclarar que la explicación que hacemos de los fenómenos ligados al impacto represivo, nos ayuda más que nada a la comprensión en el aquí y ahora, pero no necesariamente a su modificación. Nos interesa sí entender cómo estas explicaciones a veces pueden ser fatalistas y paralizantes, es decir, a tales hechos tales consecuencias y " no hay remedio ".

Otras veces las explicaciones pueden ser vividas por el adulto como culpabilizantes y no como una mera explicación. Por ejemplo, la madre siente que " abandona " al hijo porque visita al padre en la cárcel, o porque se ausenta de la casa para hacer gestiones por su pareja. Nuestra tarea muchas veces comienza por desculpabilizar : mostrar cómo una conducta tiene otras consecuencias, cómo una opción no permite otras, sin invalidarlas a priori.

Descubrir los recursos con que se cuenta y que sea el propio peticionario el que genere posibilidades que antes no veía, distinguir necesidades para las que existen posibilidades de satisfacción, lo consideramos básico. El terapeuta no " da " soluciones. Es un facilitador en la búsqueda de ellas. Es la acción del consultante la que conduce al cambio y el espacio de esperanza está en los recursos que se tenga para provocarlos.

En nuestra práctica clínica hemos utilizado diversas

p.i.d.e.e.

técnicas terapeúticas: la terapia individual en su forma de juego para los niños menores, así como la entrevista terapeútica para los adolescentes. En el diagnóstico en ocasiones recurrimos a la psicometría, a la entrevista a padres o familiares.

Otra forma de abordar la terapia ha sido la dinámica grupal especialmente con adolescentes. Se trata de generar un espacio solidario, donde mutuamente se acojan los problemas presentados y que en este compartir experiencias se generen soluciones y resoluciones de conflictos en el plano individual.

No obstante, independientemente a la técnica utilizada subyacen a ella criterios teóricos generales que nos permiten sostener que en los niños, parte de la labor terapeútica, apunta a llevar a la comprensión de los adultos responsables de ellos que el problema que los afecta sobrepasa el nivel individual y que compromete a su entorno más íntimo, la familia. Este " compromiso con el problema " evita que el niño sea " depositado " en el terapeuta y se le vea a éste como una persona con plenos poderes. No debemos olvidar que, a pesar que nuestro objetivo terapeútico son los menores, generalmente son los padres los que consultan. Adultos que, han pasado situaciones dolorosas y difíciles de enfrentar, y que han llegado a sentirse incapacitados en su rol de padres.

Cualquiera que sea la forma que adopte la terapia siempre se trabaja con el entorno del menor. En este sen-

p.i.d.e.e.

tido nuestro trabajo se ve facilitado por el tipo de atención integral que da la Institución, con sus diferentes programas de asistencia.

El enfoque teórico, a partir de nuestra práctica, estudios, reflexiones y discusiones ha sido una búsqueda permanente en el equipo. Ha devenido a lo largo del tiempo,en un enfoque sistémico-relacional, adoptando cualquiera de las modalidades antes señaladas.

Sobre el pronóstico de los niños pensamos que si bien el tratamiento psicoterapeútico juega un papel importante en el desarrollo y equilibrio emocional de los menores, no menos importante es el cambio que debe producirse a nivel social. Para ello, consideramos vital abrir paso a la justicia, a la verdad y a la reinvindicación de la sociedad en relación a los derechos humanos tan sistemáticamente violados en nuestro país.

Es por esta razón que otras de las preocupaciones del equipo de Salud Mental ha sido la denuncia de estos hechos y la difusión de nuestro trabajo.

El conocimiento, la sensibilización social del problema, la solidaridad con las personas afectadas, el apoyo en su acción, han sido variables terapéuticas utilizadas como mecanismos para desbloquear el silencio y la impunidad que ha imperado durante tantos años.

Es por esto que propiciamos que la incorporación am -

p.i.d.e.e.

plia de los profesionales de la Salud mental, en la promoción y defensa de los Derechos del Niño, permite asumir en lo social, el rol terapeútico que hasta ahora han asumido privadamente las instituciones de Derechos Humanos.

Santiago, octubre de 1990.-

FUNDACION PARA LA PROTECCION DE LA INFANCIA DAÑADA POR LOS ESTADOS DE EMERGENCIA
HOLANDA Nº 3607 - TELEFONO 42735
SANTIAGO DE CHILE

## NUMERO DE PACIENTES POR SITUACION REPRESIVA

| AÑO / FAMILIAR DE | 1985 | | 1986 | | 1987 | | 1988 | | 1989 | | 1er.Semestre 1990 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Detenido Desaparecido | 12 | 7 | 20 | 7.1 | 17 | 6 | 20 | 7.8 | 15 | 6 | 8 | 6.6 |
| Ejecutado Político | 16 | 9.4 | 20 | 7.1 | 22 | 7.7 | 22 | 8.6 | 14 | 5.6 | 10 | 8.3 |
| Preso Político | 23 | 13.5 | 50 | 17.7 | 71 | 25 | 53 | 20.8 | 48 | 19.1 | 24 | 19.8 |
| Ex-Detenido | 37 | 21.6 | 52 | 18.4 | 49 | 17.3 | 60 | 23.6 | 37 | 14.7 | 3 | 2.5 |
| Retornado | 52 | 30.4 | 86 | 30.5 | 68 | 24 | 65 | 26.0 | 98 | 39 | 54 | 44.6 |
| Reunificación Familiar | - | - | - | - | 3 | 1 | 4 | 1.5 | 2 | 0.8 | 2 | 1.7 |
| Relegado | 6 | 3.5 | 16 | 5.7 | 12 | 4.2 | 3 | 1.1 | - | - | 1 | 0.8 |
| Caso Especial | 25 | 14.6 | 38 | 13.5 | 42 | 14.8 | 27 | 10.6 | 37 | 14.7 | 19 | 15.7 |
| Totales anuales o semestrales | 171 | | 282 | | 284 | | 254 | | 251 | | 121 | |

## DISTRIBUCION DE PACIENTES ATENDIDOS POR EDAD Y SEXO

| Sexo / Edad | AÑOS 1985 | | | 1986 | | | 1987 | | | 1988 | | | 1989 | | | 1er. Semestre 1990 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total |
| 0 - 4 | 6 | 8 | 14 | 10 | 9 | 19 | 9 | 7 | 16 | 12 | 2 | 14 | 11 | 6 | 17 | 2 | 3 | 5 |
| 5 - 8 | 26 | 19 | 45 | 37 | 37 | 74 | 29 | 34 | 63 | 29 | 36 | 65 | 35 | 32 | 67 | 18 | 8 | 26 |
| 9 -12 | 39 | 20 | 59 | 40 | 27 | 67 | 45 | 32 | 77 | 35 | 26 | 61 | 30 | 25 | 55 | 17 | 19 | 36 |
| 13-16 | 13 | 18 | 31 | 47 | 31 | 78 | 49 | 40 | 89 | 29 | 30 | 59 | 32 | 24 | 56 | 13 | 10 | 23 |
| 17 o + | 9 | 14 | 23 | 15 | 26 | 41 | 13 | 20 | 33 | 13 | 18 | 31 | 7 | 12 | 19 | 3 | 11 | 14 |
| Familias | - | - | - | - | - | 3 | - | - | 6 | - | - | 24 | - | - | 37 | - | - | 17 |
| Totales : | 93 | 79 | 172 | 149 | 130 | 282 | 145 | 133 | 284 | 118 | 112 | 254 | 115 | 99 | 251 | 53 | 51 | 121 |

Nota: Los datos de atención entre los años 1980 y 1984, no están aun incorporados en el sistema de registro computacional de la Fundación.

6-

## NUMERO DE PACIENTES NUEVOS INGRESADOS

## AL PROGRAMA

| Año | N° Total | N° Pacientes nuevos | % |
|---|---|---|---|
| 1985 | 171 | s/d | s/d |
| 1986 | 282 | 216 | 76.6 |
| 1987 | 284 | 194 | 68.3 |
| 1988 | 254 | 151 | 59.4 |
| 1989 | 251 | 135 | 53.8 |
| 1990 (*) | 121 | 55 | 45.5 |

(*) 1er. Semestre.

## NUMERO DE ALTAS CLINICAS

| Año | Altas Clínicas | % |
|---|---|---|
| 1985 | 47 | 27.5 |
| 1986 | 107 | 38 |
| 1987 | 86 | 30.3 |
| 1988 | 70 | 27.6 |
| 1989 | 63 | 25.1 |
| 1990 (*) | 16 | 13.2 |

(*) 1er. Semestre.

## NUMERO DE PACIENTES POR SITUACION REPRESIVA

| AÑO / FAMILIAR DE | 1985 | | 1986 | | 1987 | | 1988 | | 1989 | | 1er.Semestre 1990 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Detenido Desaparecido | 12 | 7 | 20 | 7.1 | 17 | 6 | 20 | 7.8 | 15 | 6 | 8 | 6.6 |
| Ejecutado Político | 16 | 9.4 | 20 | 7.1 | 22 | 7.7 | 22 | 8.6 | 14 | 5.6 | 10 | 8.3 |
| Preso Político | 23 | 13.5 | 50 | 17.7 | 71 | 25 | 53 | 20.8 | 48 | 19.1 | 24 | 19.8 |
| Ex-Detenido | 37 | 21.6 | 52 | 18.4 | 49 | 17.3 | 60 | 23.6 | 37 | 14.7 | 3 | 2.5 |
| Retornado | 52 | 30.4 | 86 | 30.5 | 68 | 24 | 65 | 26.0 | 98 | 39 | 54 | 44.6 |
| Reunificación Familiar | - | - | - | - | 3 | 1 | 4 | 1.5 | 2 | 0.8 | 2 | 1.7 |
| Relegado | 6 | 3.5 | 16 | 5.7 | 12 | 4.2 | 3 | 1.1 | - | - | 1 | 0.8 |
| Caso Especial | 25 | 14.6 | 38 | 13.5 | 42 | 14.8 | 27 | 10.6 | 37 | 14.7 | 19 | 15.7 |
| Totales anuales o semestrales | 171 | | 282 | | 284 | | 254 | | 251 | | 121 | |

## DISTRIBUCION DE PACIENTES ATENDIDOS POR EDAD Y SEXO

| Sexo / Edad | AÑOS 1985 | | | 1986 | | | 1987 | | | 1988 | | | 1989 | | | 1er. Semestre 1990 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total |
| 0 - 4 | 6 | 8 | 14 | 10 | 9 | 19 | 9 | 7 | 16 | 12 | 2 | 14 | 11 | 6 | 17 | 2 | 3 | 5 |
| 5 - 8 | 26 | 19 | 45 | 37 | 37 | 74 | 29 | 34 | 63 | 29 | 36 | 65 | 35 | 32 | 67 | 18 | 8 | 26 |
| 9 -12 | 39 | 20 | 59 | 40 | 27 | 67 | 45 | 32 | 77 | 35 | 26 | 61 | 30 | 25 | 55 | 17 | 19 | 36 |
| 13-16 | 13 | 18 | 31 | 47 | 31 | 78 | 49 | 40 | 89 | 29 | 30 | 59 | 32 | 24 | 56 | 13 | 10 | 23 |
| 17 o + | 9 | 14 | 23 | 15 | 26 | 41 | 13 | 20 | 33 | 13 | 18 | 31 | 7 | 12 | 19 | 3 | 11 | 14 |
| Familias | - | - | - | - | - | 3 | - | - | 6 | - | - | 24 | - | - | 37 | - | - | 17 |
| Totales : | 93 | 79 | 172 | 149 | 130 | 282 | 145 | 133 | 284 | 118 | 112 | 254 | 115 | 99 | 251 | 53 | 51 | 121 |

Nota: Los datos de atención entre los años 1980 y 1984, no están aun incorporados en el sistema de registro computacional de la Fundación.

## NUMERO DE PACIENTES NUEVOS INGRESADOS

## AL PROGRAMA

| Año | N° Total | N° Pacientes nuevos | % |
|---|---|---|---|
| 1985 | 171 | s/d | s/d |
| 1986 | 282 | 216 | 76.6 |
| 1987 | 284 | 194 | 68.3 |
| 1988 | 254 | 151 | 59.4 |
| 1989 | 251 | 135 | 53.8 |
| 1990 (*) | 121 | 55 | 45.5 |

(*) 1er. Semestre.

## NUMERO DE ALTAS CLINICAS

| Año | Altas Clínicas | % |
|---|---|---|
| 1985 | 47 | 27.5 |
| 1986 | 107 | 38 |
| 1987 | 86 | 30.3 |
| 1988 | 70 | 27.6 |
| 1989 | 63 | 25.1 |
| 1990 (*) | 16 | 13.2 |

(*) 1er. Semestre.