

# 8: Parte. Anexos 15

## ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DETECTADOS POR EQUIPO PSICOLOGICO-PSIQUIATRICO

---

### ANTECEDENTES

En este informe se intenta realizar una breve síntesis de los principales problemas de Salud Mental que este equipo de trabajo ha debido enfrentar en el curso de los últimos cuatro años y medio.

Este equipo de Salud Mental está integrado básicamente por dos psicólogos y un psiquiatra pero, durante estos años se ha recibido la colaboración esporádica de otros profesionales.

Nuestro trabajo surgió y se desarrolló, primero, al interior de los programas de atención del Comité Pro Paz y luego de los de la Vicaría de la Solidaridad, por lo tanto la población atendida ha sido aquella más directa y duramente golpeada por la represión.

La incorporación de técnicos en Salud Mental se remonta a fines de 1973 y surge como respuesta al impacto que ha causado el intento de suicidio de un niño de 6 años al ver como su padre era ametrallado frente a la casa.

### POBLACION

La población atendida durante este período alcanza aproximadamente a los 6.000 casos. De estos casos, el 40% corresponde a personas que han estado detenidas, sometidas a apremios físicos y psicológicos, y sus respectivas familias, el 30% corresponde a cesantes y sus núcleos familiares, el 20% a familiares de detenidos desaparecidos y el resto a familiares de exiliados, familiares de muertos y grupos familiares marginados de la atención institucional (Servicio Nacional de Salud, Universidades, Servicios Semifiscales).

### SINTOMATOLOGIA GENERAL

La situación de quiebre que representa el 11 de Septiembre respecto a todos los marcos de referencia conocidos por la población y el inicio de una forma de vida absolutamente diferente y con el sello de la represión en todos los planos, desencadena y refuerza los más diversos tipos de alteraciones. Algunos de los motivos de consulta más frecuentes son:

- a) alteraciones del sueño: insomnio, pesadillas.
- b) alteraciones del apetito: falta o exceso.
- c) alteraciones gastrointestinales: diarreas, cólicos, vómitos.
- d) alteraciones de la tensión muscular: contracción dolorosa, flaccidez con pérdida de fuerza.
- e) cefaleas.
- f) sensaciones de dificultad respiratorias (ahogo).
- g) taquicardia (palpitaciones) y dolor en el pecho (sensación de opresión).
- h) alteración en la evacuación urinaria: enuresis, retención de orina.
- i) tartamudez.
- j) alteración de la conducta sexual: impotencia, frigidez, sexualidad compulsiva.
- k) depresión.

- l) angustia.
- m) miedo intenso, incontrollable.
- n) alteraciones en el desarrollo infantil y en los procesos de aprendizaje: niños que vuelven a etapas anteriores, otros que no pueden seguir avanzando y quedan en la etapa en que estaban al comenzar el problema y otros que, pueden avanzar pero no integralmente, sino sólo puntualmente.
- ñ) alteración de las capacidades de atención, concentración y memoria, que inciden en una alteración del rendimiento general.

### LOS DETENIDOS

Los detenidos atendidos son en su mayoría hombres de edad media (18-40 años), aunque también hay algunos casos de niños y adolescentes. En su gran mayoría han sido sometidos a apremios físicos y psicológicos. También la fecha de detención es variable: desde personas detenidas el mismo 11 de Septiembre, hasta personas que han sido detenidas estos últimos meses.

Como ellos mismos plantean la detención implica una serie de experiencias diferentes. Una primera etapa en que no se sabe si se sobrevivía, una segunda en que se vislumbra la posibilidad de salir con vida, otra en que se entra en contacto con otros detenidos y se puede establecer una rutina de vida y finalmente, otra cuando se sale del recinto de detención y se pasa a la calidad de ex-detenido.

La persona que ha llegado a una situación de detención en la cual se vislumbran algunas posibilidades de seguir con vida, inicia un período de "tranquilización" que, normalmente se ve reforzado por la posibilidad de establecer relaciones solidarias con sus compañeros de reclusión. En los casos de una detención prolongada se observa una tendencia a centrarse en el mundo que se organiza al interior de la reclusión, creándose en muchos casos fuertes lazos de compañerismo, amistad y un sentimiento de pertenencia al grupo. Este período de cierta tranquilidad y esta posibilidad de relación con otros se rompe abruptamente cuando la persona sale en libertad y se encuentra con una situación de vida que implica inseguridad en diferentes planos: la posibilidad de ser nuevamente detenidos, de que se le haga desaparecer, carencia de trabajo y escasísimas posibilidades de obtenerlo, un núcleo familiar alterado, el haber sido desplazado de sus roles habituales (proveedor, jefe de hogar) cuando la detención ha sido prolongada, el conflicto que surge frente a su dificultad para aceptar estos nuevos roles asumidos por su mujer y la lucha de ésta por mantenerlos o compartirlos, pero no volver atrás. El ex-detenido sale a una realidad en que sufre el aislamiento más fuertemente que el resto de la población. En algunos casos es marginado por sus antiguas relaciones, en otros él se margina para no "contaminar" a otros y no tener problemas. Evidencia dificultades para relacionarse con la gente que no ha vivido la experiencia de tortura y reclusión que él ha vivido; presenta reacciones de permanente sobresalto, temor, inquietud, intranquilidad y angustia frente a una gran gama de estímulos que aunque se dan dentro de una situación real de peligro y amenaza, no siempre tienen el sentido persecutorio que ellos le han asignado; llegan a constituir verdaderas reacciones de tipo paranoide que son propias de la primera época de libertad y después van disminuyendo. Presentan también numerosas somatizaciones.

Los hijos de los detenidos han tenido que enfrentar la situación de ver a su padre calificado como "delincuente" por los medios de comunicación de masas; en algunos casos sin que haya a nivel familiar la entrega de elementos que les permitan comprender la situación, en otros con una información insuficiente. En los casos de detención prolongada han debido concurrir a campos de concentración o sitios de reclusión para poder ver a su padre y posteriormente han tenido que vivir todo el proceso de readaptación familiar que se produce con la liberación. La situación descrita los ubica como "casos especiales" dentro de su medio: escuela, barrio, amigos. Deben enfrentar preguntas, comentarios, actitudes de rechazo, compasión, incompreensión, etc. Desarrollan conductas de alejamiento, rechazo e incluso agresividad frente al medio que sienten hostil; es el grupo de niños en que se observa más marcadamente la resistencia a asistir al colegio. Algunos reaccionan agresivamente con el padre a quien sienten como responsable de lo que pasa. La mayoría presenta reacciones de angustia frente al regreso del padre a casa por temor a una nueva detención, nuevos allanamientos, detención del resto de la familia, etc.

#### CASOS DE PERSONAS DETENIDAS

##### 1.- DETENCIÓN AÑO 1978

El paciente es detenido después de un accidente de tránsito y es trasladado a la Posta a causa de heridas en el maxilar superior izquierdo. Después de una breve permanencia en ese centro asistencial, simula estar bien (ocultando una fractura costal) con el objeto de abandonar el recinto, ya que se sabe que el accidente ha puesto de manifiesto que repartía propaganda política. Sale y se traslada a casa de un familiar en donde es detenido después que su esposa y su madre son sometidas a apremios físicos y revelan el lugar donde se encontraba.

Es detenido por Investigaciones en donde no sufre apremios de significación. A ese servicio llegan agentes del C.N.I. y lo trasladan con los ojos vendados a un centro secreto de interrogatorio; ahí permanece durante cinco días.

Al ingresar al centro de interrogatorio es engrillado a una cama. Después de unas horas es trasladado a una sala, siempre con los ojos vendados; se le acerca un individuo quien le pregunta por su estado; por los ruidos que escucha a su alrededor le parece que está ante un auditorio con mucha gente. El individuo con voz monocorde le da instrucciones de que se tranquilice y lo interroga sobre su niñez y adolescencia, para luego centrarse en su actividad principal (pintor). Posteriormente le da instrucciones de que simule pintar una marina; al paciente le parece que el individuo trata de someterlo a hipnosis y pretende comprobar si realmente es un pintor. Logra realizar los movimientos adecuados. Esto dura aproximadamente una hora al cabo de la cual alguien le acerca a su mano izquierda un objeto incandescente con el cual le quema para verificar su estado hipnótico (al momento de la entrevista presenta una quemadura de tercer grado). Después de esto, su interrogador dice "este hombre está listo" y luego lo retiran de la sala.

Luego de este episodio es sometido a sucesivos interrogatorios en los cuales priman las amenazas de tipo psicológico y agresiones de tipo físico.

El paciente refiere que, durante los interrogatorios, piensa que lo más posible es que lo maten y lo hagan desaparecer; recuerda lo sucedido con los detenidos desaparecidos.

Durante las entrevistas se aprecia una actitud de interés por describir la situación vivida, por aclarar todos los hechos; no se observa gran sintomatología. Reconoce estar preocupado y con algún grado de expectación ante la posibilidad de ser detenido nuevamente, tiene insomnio, el que corresponde a un estado de alerta habitual en los ex-detenidos y que cede con el tiempo.

## 2.- DETENCIÓN AÑO 1977

Estudiante universitario. Es detenido a principios del mes de octubre de 1977 en condiciones que no le es posible precisar. Desaparece de su hogar por espacio de 22 días y es encontrado posteriormente en una localidad campesina. Cuando se le encuentra presenta un compromiso de conciencia al parecer provocado por la ingestión de alcohol, drogas no precisadas y posiblemente la acción de otro agente que le ha provocado amnesia total respecto del tiempo de detención.

En la primera entrevista se ve perplejo, pasea la vista por la pieza como si estuviera en un lugar que le produce gran extrañeza. Su relato es monocorde y fragmentario, manifestando su incapacidad de recordar lo sucedido; sólo tiene recuerdos parciales y muy someros: "Estuve en dos lugares: en uno me trataron mal, recuerdo vagamente que me aplicaron electricidad, luego me trasladaron a otro recinto en donde me habrían inyectado drogas" (muestran ambos brazos y se ven lesiones propias de inyecciones en dovenosas).

En la segunda entrevista no tiene recuerdo de la primera, pero tiene algunos recuerdos más nítidos de su detención. Habría sido detenido después de tomar un bus. Recuerda la presencia de personas vestidas como enfermeros. Está seguro de haber entregado nombres ya que poco después de su detención, dos de sus amigos son detenidos y se encuentran desaparecidos. Recuerda que lo pasearon en un auto que identifica como un Fiat 125; en el iba con otros jóvenes que lo obligaban a tomar pisco y fumar marihuana; luego es abandonado en un lugar donde lo encuentra un campesino quién piensa que se trata de un drogadicto. Este campesino encuentra en su ropa un papel con un número de teléfono que corresponde a la casa del joven. El campesino lo describe como un "joven que estaba volando sin noción de lo que pasaba alrededor de él".

Impresiona como una alteración de conciencia probablemente provocada por drogas y electroshock.

## LOS CESANTES

Los cesantes atendidos son en su mayoría hombres, obreros que viven su primera experiencia de cesantía con posterioridad al 11 de Septiembre de 1973 (situación que tiende a transformarse en crónica), y que han sido hasta ese momento los proveedores únicos o principales del núcleo familiar.

Dentro de nuestro medio se le asigna al varón el rol de proveedor familiar principal o único. El cesante se ve marginado de la posibilidad de cumplir con este rol, se siente repro-

chado por esto, en algunos casos realmente lo es, y cualquiera sea la situación, esto implica alteraciones importantes de las relaciones familiares que se expresan en diversas conductas neuróticas tanto del cesante como de su grupo familiar. En él se observan sentimientos de profunda desvalorización, sentimientos de culpa, angustia, temor al rechazo, depresión, impotencia frente a la situación, falta de interés sexual. En algunos casos aparecen problemas de impotencia sexual e inicio del hábito alcohólico. En ella se desarrollan sentimientos ambivalentes respecto al marido que van desde intentar protegerlo, ocultando las necesidades del hogar para evitarle disgustos, hasta reprocharle la situación que están viviendo. A diferencia del hombre, para el cual la cesantía implica la detención de su actividad central, para la mujer significa agregar a su actividad central (casa, hijos) otras actividades ligadas con la búsqueda de algún ingreso. En los hombres se observa una mayor incidencia de reacciones de tipo depresivo y/o angustioso que pueden llegar a adquirir un carácter muy intenso, en las mujeres en cambio, hay un predominio de reacciones de angustia, inestabilidad y descontrol emocional que ocasionalmente pueden traducirse en crisis de tipo histérico. En ambos se desarrollan conductas hipocondríacas y diferentes tipos de somatizaciones.

Para los niños esta situación de cesantía ha significado en muchos casos, tener que asistir a algún comedor infantil para asegurar una alimentación mínima, abandonar total o parcialmente los estudios por falta de medios, tener que empezar a trabajar en cualquier cosa para ayudar al presupuesto familiar, tener que asumir tareas domésticas cuando la madre ha debido salir a trabajar o quedar a cargo de los hermanos mayores, familiares o vecinos. Al igual que los otros niños que sufren una situación crítica cronicada (detención prolongada, "desaparecimiento"), los hijos de los cesantes presentan una reacción inicial parcial y posteriormente (a medida que la situación se prolonga) es toda su personalidad la que se va alterando. Destacan también las reacciones depresivas, de aislamiento, inhibición, tristeza, la presencia de miedos, rechazo al colegio, problemas de rendimiento escolar, enuresis, alteraciones del sueño y conductas de rechazo y alejamiento respecto de los padres.

CASO DE PERSONA CESANTE

(Ingreso año 1977)

SEXO: masculino

EDAD: 27 años

NIVEL DE ESCOLARIDAD: 1<sup>er</sup> año Enseñanza universitaria con mención en Ciencias Sociales.  
3<sup>er</sup> semestre Sociología (1973)

ESTADO CIVIL: casado, 1 hijo.

CONYUGE: 36 años. Profesora Enseñanza básica, más diversos cursos de perfeccionamiento. Cesante.

OCUPACION: Cesante desde 1973.

GRUPO FAMILIAR: Su cónyuge, su hijo y él.

ANTECEDENTES: A la época del golpe ambos trabajaban como profesores. Además él estudia Sociología. Ella pierde su trabajo; él, trabajo y estudio. Escapan de ser aprehendidos por no encon

trarse en su hogar cuando llegan hasta allá las fuerzas de seguridad. A partir de ese momento necesitan desplazarse continuamente de un lugar a otro para escapar a la persecución. Tienen que separarse porque deben vivir como allegados temporales a diferentes grupos familiares y eso resulta más fácil individualmente. También deben cambiar de ciudad. Viven nuevamente juntos hace dos años más o menos.

MOTIVO DE CONSULTA: Llega a la consulta la esposa, referida por la Vicaría de la Solidaridad. Expresa que el principal motivo de consulta es su cónyuge y que ella asiste con el objeto de hacer llegar a éste su tratamiento, que de otra manera se resiste a hacerlo.

En esa primera consulta se establece que ella misma ofrece una sintomatología angustiosa-depresiva intensa y que necesita psicoterapia combinada psicológico-psiquiátrica.

No obstante, por considerar más grave la situación del esposo y más ilustrativa del monto de daño que puede causar una situación prolongada de cesantía, es que hemos seleccionado su caso.

LO QUE INFORMA LA CONYUGE: La relación matrimonial está totalmente perturbada. Viven una situación de tensión interpersonal insostenible que se refleja en todos los aspectos y en cada momento de la relación.

"Me desespera que mi esposo no nos haya sacado del pasado..." "Yo lo culpo de todo... después de arrepiento..." "Creo que yo misma lo hundo más... lo desprecio, lo miro en menos, lo trato de incapaz, de impotente (tenemos problemas sexuales que antes no teníamos...)"

"No me aguanto frente a los problemas y lo ofendo..." "Parece que se hubiera vuelto tonto en estos últimos años..." "Hace todo mal... hay consenso entre los amigos de que él está en elerno, que su conducta no puede ser normal..." "Antes fue totalmente diferente..."

"No se preocupa de su presencia física ni higiene personal, a veces me da asco acostarme con él..." "Ha experimentado un decaimiento general como persona..." "No sé si podrá volver a ser como era antes: se expresa mal, tiene dificultades para modular el lenguaje, dice palabras sin sentido, come como animal... con la mano, con ansiedad, con la boca abierta, sin tomar el gusto a los alimentos, se mete los dedos a las narices, dice garabatos en forma soez..." "Su conducta sexual es igualmente primitiva..."

"Tiene temor de salir a la calle, me va a costar traerlo a la consulta..."

ENTREVISTA PERSONAL: Su apariencia es de descuido y desaseo, no hace pensar en absoluto en una persona que ha trabajado como profesor y que alcanzó niveles universitarios.

Se aprecia una evidente regresión que se expresa en perturbación del lenguaje (gangosidad), acentuada lentitud y dificultad de modulación que hacen muy difícil entenderle.

Impresiona como un débil mental y de hecho habría podido ser considerado como tal si no se conocieran sus antecedentes de estudio y trabajo.

Es una larga y dificultosa entrevista por su problema de lenguaje; logra expresar: "cuando se fue prolongando de manera interminable el no conseguir trabajo, fui cayendo en un mutismo, en inseguridad en mí mismo... no quería salir ni ver a nadie..." "yo retrocedí como persona, se me hizo todo un mundo..." "fui humillado, apocado..." "me sentí limosnero cuando solicité ayuda..." "ha habido períodos muy graves para mí... en que sólo me interesa comer un plato de comida... me puse grosero, animal, bajé mi nivel cultural... retrocedí como persona... hábitos de comer subculturales... garabatero..." (se quiebra emocionalmente y rompe en llanto).

"Pienso que se me desarrolló una timidez anormal... no estaba preparado para vivir en estas condiciones..." (llora).

"En los últimos seis meses he tenido jaquecas constantes, y síntomas de colon irritable por lo que me dijo el médico..."

"Es espantoso no sentirme útil... incluso con torpeza motora; no coordino bien mis movimientos..." "si hacía algo, siempre venía la crítica... me decían que era un deficiente mental..." "me sentía torpe y me descargaba diciendo garabatos... y sumergiéndome más en la degradación..."

"Sigo sin poderme controlar con mi esposa... y le grito garabatos e insultos de los cuales después me arrepiento".

#### LOS FAMILIARES DE DETENIDOS DESAPARECIDOS

El grupo de familiares atendidos está constituido básicamente por madres, cónyuges e hijos de detenidos desaparecidos. La mayoría de los detenidos desaparecidos son hombres que fueron detenidos en sus casas, en el trabajo o en la calle. Durante la primera época los familiares esperan que el no saber nada de ellos constituya una situación transitoria pero a medida que pasa el tiempo, van teniendo que aceptar que están en una situación especial que constituye el "desaparecimiento" posterior a una detención. En muchos casos hay resistencia a aceptar esto y un aferrarse a la esperanza de que su caso sea distinto y que su familiar sí aparezca. Pero la situación se consolida y se inicia el ciclo de esperanza-deseesperanza que mencionamos en el informe especial sobre los niños.

La detención del familiar no sólo significa la angustia de no saber qué ha ocurrido con él y la necesidad de la búsqueda permanente sino también implica que, muchas veces, el grupo familiar debe abandonar su lugar de residencia, debe fragmentarse, deben empezar a trabajar la cónyuge y los hijos mayores, etc. Hay un quiebre de la organización familiar y una situación en la que difícilmente se logra estructurar otra. Las nuevas circunstancias imponen, a todos los miembros de la familia, roles para los cuales no estaban preparados: la cónyuge debe ser padre-madre, los hijos mayores deben ser padres cuando la madre debe asumir las tareas de la búsqueda del detenido y de la mantención de la familia, la madre del detenido desaparecido muchas veces debe renunciar a su calidad de esposa y madre de otros hijos para entregarse a la búsqueda, etc. La búsqueda que inicial

mente se realiza de manera aislada, con el correr de los años se transforma en una búsqueda de conjunto dando origen a la Agrupación de Familiares de Detenidos-Desaparecidos.

En los adultos atendidos los efectos psicológicos más frecuentes observados se traducen en un fuerte bloqueo afectivo como una forma de protegerse de una situación dolorosa que se reactiva cada día. Este bloqueo defensivo interfiere sus relaciones afectivas en general ya que se bloquea la capacidad de sentir dolor para sobrevivir, pero esto inevitablemente se irradia a toda la vida afectiva. Con frecuencia el familiar que más directamente participa en la búsqueda asume una actitud que de hecho implica una postergación de sí mismo y muchas veces de su núcleo familiar más inmediato. Se produce una suerte de estrechamiento del campo vital. Se destina a la búsqueda todas las fuerzas de que se puede hacer acopio. Se produce una dificultad importante para relacionarse con personas que se encuentran en situaciones de vida diferentes. Se observan importantes sentimientos de culpa frente a la realización de actividades no relacionadas con la búsqueda; sienten por un lado, que es restarle un tiempo que podría significar la vida de su familiar y, por otro, que no es justo que ellos disfruten de alegrías y situaciones agradables tan alejadas de las que se supone pueden ser, la realidad de vida de su familiar.

En relación a los niños, aunque se anexa un informe especial, quisiéramos destacar algunos hechos:

- a) el 60% de los niños atendidos tiene menos de seis años a la fecha de la detención de su familiar.
- b) el 78% tiene desaparecido al padre.
- c) en el 56% de los casos esta situación se prolonga a más de dos años y en un 31% a más de tres años.
- d) aunque en la actualidad el 64% de los niños conoce la situación real, aproximadamente el 84% pasó por un período en que no se le dijo nada o se le dieron explicaciones falsas; cabe destacar que entre los niños atendidos, quince fueron testigos de la detención y dos fueron detenidos con el familiar durante algunas horas.
- e) el 79,8% de los niños presentan alteraciones significativas del comportamiento después de la detención de su familiar: destacan las reacciones de aislamiento en que el niño va cortando sus nexos con el mundo y se va encerrando en sí mismo (77,8%) y las reacciones de miedo entre las cuales cabe mencionar el miedo a crecer y sufrir igual suerte que su familiar, a que el resto de las personas queridas les pueda pasar algo, a la soledad, a la muerte, a la obscuridad, a los golpes en la puerta, al sonido del timbre y del teléfono, etc. (78,3%).



### CASO DE FAMILIAR DE DETENIDO DESAPARECIDO

Niño de aproximadamente 6 años. A los 2 años es detenido junto a su padre; después de algunas horas es devuelto a su casa. A partir de ese momento presenta alteraciones del sueño, del apetito, llora con frecuencia, durante todo el primer tiempo se niega a hablar, meses después empieza lentamente a referir aspectos de la experiencia sufrida; desarrolla reacciones fóbicas en relación al tipo de vehículo en que los obligaron a subir y a las personas que tienen algún parecido con sus aprehensores. Desarrolla una fobia a las poleras rojas: al parecer el individuo que maltrató más duramente al padre en presencia del niño llevaba una polera roja.

A la edad de 4 años asume el rol de explicarle a su hermano menor lo ocurrido con el padre.

### SINTESIS

Todo hombre para desarrollarse como tal, requiere que sus relaciones con el medio se den dentro de un marco de cierta seguridad: necesita saber que no está inerme frente a otros hombres que pueden decidir si va a vivir, si debe abandonar su país, si va a tener trabajo, qué va a pasar con los suyos, qué puede leer, qué puede decir, etc. El quiebre de la vida democrática impide que la gran mayoría de la población tenga acceso a una seguridad mínima de vida y por lo tanto es toda una población la cercenada en sus posibilidades de ser persona.

Esto plantea que la cantidad de personas que han sido objeto de atención psicológica o psiquiátrica sólo representan una pequeña muestra de la población afectada. Esto es posible de detectar no sólo por el especialista sino por el hombre de la calle que antepone la desconfianza y el temor a la perspectiva de establecer una nueva relación, que se aísla para protegerse, no profundiza relaciones, que no se expresa, que ha perdido su capacidad de objetar o criticar. Estos son evidentes síntomas de alteración de la salud mental que superan la situación individual para afectar a todo un pueblo.

La experiencia histórico-social, tanto como la clínica, muestran que montos de daño tan significativos, que han herido tan profundamente a los individuos y a la sociedad en su conjunto, no se resuelven fácilmente, ni a corto plazo. Así como las experiencias infantiles negativas pueden dejar huellas imborrables, la experiencia social de vivir bajo la represión puede dañar a generaciones.

Julio de 1978.