



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**“EL DAÑO DERIVADO POR REPRESIÓN POLÍTICA Y
SU REPARACIÓN:
ANÁLISIS DE DISCURSO EN EQUIPOS DE SALUD DE
LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE”**

Memoria para Optar al Título de Psicólogo

Autores

**Bruno Arturo Lerena Romero
Jimmy Dario Trejos Guerra**

**Profesor Patrocinante
Isabel Piper Shafir**

Santiago, 2008

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos enormemente la participación de los miembros de los equipos CINTRAS, PRAIS metropolitano zona Norte y PRAIS metropolitano zona Sur. Gracias a su disposición pudimos concretar la investigación.

Nos gustaría recordar también el apoyo constante de nuestros familiares, amigos y seres queridos, ya que sin ellos la tarea hubiese sido muchos más ardua. A todos ellos, muchas gracias por estar con nosotros.

Para terminar, agradecemos especialmente la guía de nuestra profesora patrocinante Isabel Piper, su conocimiento y supervisión fueron importantes para el desarrollo de la investigación

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	
RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN.....	
PARTE I. INTRODUCCIÓN.....	
PARTE II. ANTECEDENTES TEORICOS.....	
La concepción del daño en CINTRAS.....	
La concepción del daño en ILAS.....	
La conceptualización del daño en PRAIS.....	
SÍNTESIS: El discurso en los escritos.....	
PARTE III. METODO.....	
Objetivo General.....	
Objetivos específicos.....	
Procedimiento.....	
PARTE IV. LOS RELATOS DE LOS EQUIPOS.....	
CATEGORIA 1. El Discurso sobre el “daño”.....	
Argumentos del Daño.....	
Argumentos del No daño.....	
CATEGORIA 2. El Discurso de Las Diferencias.....	
Las diferencias del usuario.....	
Las diferencias del profesional.....	
Las diferencias de la institución.....	
CATEGORIA 3. El Discurso sobre la Reparación y lo Reparatorio.....	
Abordaje integral.....	
Rol del usuario en el proceso.....	
Vínculo comprometido.....	
SÍNTESIS: Los discursos en los relatos de los equipos.....	
PARTE V. REFLEXIONES EN BASE AL DISCURSO.....	
La objetivación del daño.....	
La Reparación.....	
El discurso de derechos humanos a través del tiempo.....	
PARTE VI. CONCLUSIONES.....	
Referencias Bibliográficas.....	
ANEXO DE INVESTIGACIÓN.....	

<u>Entrevista individual CINTRAS.....</u>
<u>Entrevista individual PRAIS NORTE.....</u>
<u>Entrevista individual PRAIS SUR.....</u>
<u>Entrevista grupal EQUIPO CINTRAS.....</u>
<u>Entrevista grupal EQUIPO PRAIS NORTE.....</u>
<u>Entrevista grupal EQUIPO PRAIS SUR.....</u>

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

Resumen

El problema de las consecuencias de las prácticas represivas realizadas en la dictadura debe ser tratado como un fenómeno actual de relevancia. Se realizara una síntesis de publicaciones y análisis de discurso de los equipos de salud entorno a su noción del daño y la práctica que se asocia a este. Participan dos equipos del programa PRAIS de la región metropolitana, CINTRAS e ILAS, dentro de los cuales se identifica un discurso con dos posturas, cuyas concepciones teóricas e implicancias prácticas son opuestas. Se reflexiona a cerca de los posibles efectos de cada argumento.

Palabras clave: represión política, trauma, reparación.

Abstract

The problem of repressive practices effect's exert in the dictatorial time must be considered an actual and important phenomen. A synthesis of the publications and a discursive analysis of the health team about his damage notion and practice related. Two health equips of PRAIS program from Santiago of Chile, CINTRAS e ILAS take part in the investigation. A discourse with two opposite theoretical and practice positions is identified. The possible effect's of both positions is examined

Key words: repressive policy, trauma, reparation.

PARTE I. INTRODUCCIÓN

En Chile, durante los 17 años de dictadura militar, los derechos humanos fueron vulnerados mediante diversas prácticas ejercidas por el estado. Arrestos, exilios, encarcelamiento en campos de concentración, tortura, desaparición forzada de prisioneros, ejecuciones y otras transgresiones fueron el armamento para el control social y la represión de los grupos disidentes del régimen.

El Ministerio de Salud de nuestro país estima cerca de 800.000 víctimas directas de estas prácticas, y asegura que muchas de ellas sufren hasta hoy graves perjuicios en su salud física y psicológica (MINSAL, 2000b). A partir de esta estimación, tal y como lo demuestra el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 2000a), se define la necesidad de generar un programa estatal que intervenga las necesidades de esta población. Así surge en 1990 el Programa de Reparación Integral de Salud y Derechos Humanos (PRAIS), que considera las propuestas establecidas en las comisiones preparatorias del programa de gobierno de la concertación durante el año 1989, en donde se recoge la sistematización del trabajo ya realizado por las organizaciones no gubernamentales (en adelante ONG's) (Lira, Loveman, 2005). El objetivo del PRAIS es brindar atención integral de salud a las personas que acrediten haber sufrido algún tipo de represión política en el periodo 1973-1990, mediante acciones como la gratuidad de por vida en el sistema de salud estatal, equipos especializados para su atención, y privilegio de prioridad dentro del sistema público respecto al resto de la población (Lira, Loveman, 2005).

Este programa nacional insta la problemática de la violación de derechos humanos en la salud pública, y explicita la responsabilidad del estado en la reparación de los afectados. Hasta este momento lo que se ha llamado "reparación del daño" estaba en manos de organizaciones no gubernamentales, muchas de las cuales nacieron durante el periodo dictatorial como respuesta a la represión política. Juntas, las ONG's conformaron un movimiento de defensa de los derechos humanos, que brinda protección a los perseguidos y atención para víctimas de experiencias represivas, acumulando en su labor valiosa información respecto de su praxis, los métodos represivos del estado, y las consecuencias de estos en sus usuarios (Domínguez, 2005). Desde sus inicios, los profesionales de la salud mental de estas instituciones se preguntaron por el "daño", concluyendo que los conocimientos y técnicas tradicionales de sus disciplinas no abarcaban la complejidad del fenómeno (Madariaga, 2003). Este desafío se enfrentó realizando importantes esfuerzos por desarrollar nuevos conceptos y prácticas, en un proceso que se ha caracterizado por

la frase “hacer camino al andar” (CODEPU, 1985a; Lira, Loveman; 2005).

En un comienzo el trabajo de los equipos de salud mental vinculados a la problemática en derechos humanos, se encontraba inmerso dentro del contexto represor, y por lo tanto no estaba exento de riesgo, sino muy por el contrario, ellos eran también sujetos de represión (CODEPU, 1985b). Con el transcurso del tiempo y una vez llegada la transición, el contexto político y social cambia, generando una necesidad de adaptación de estas instituciones, que deben responder a nuevos desafíos “reparatorios” (denuncias, retorno de exiliados, impunidad, búsqueda de verdad, el discurso del olvido y la reconciliación) (Méndez, 2003; Díaz, 2005). Vidal (1991) caracteriza este proceso de adaptación al asegurar que se pasa de la patología por la violación de los derechos humanos, a la frustración por la ausencia de justicia, y desde ahí a la patología social.

En la actualidad el trabajo de estas instituciones se mantiene, ya que para ellos el daño se proyecta hasta el día de hoy, en una dinámica recurrente a través de los años, fluctuando y cambiando en íntima relación con acontecimientos del contexto social y político (Kordon, 1993; Lira, 1994; Castillo, Del Río, Castañeda, Lafevre, 1996; Robaina, 2001; Vera, Marty, Muñoz y Madariaga, 2002; Centro de Salud Mental y Derechos Humanos [CINTRAS], 2002; Madariaga, 2002a, 2002b; Mondaca, Guzmán, 2003). Esta relación daño-contexto ha generado en ellos la necesidad de mantener la reflexión para modificar sus postulados y generar nuevos conceptos explicativos.

Teniendo en consideración los procesos de cambio en el contexto sociohistórico desde el cual surgen las concepciones y prácticas de estas instituciones, nos parece importante la pregunta por el discurso actual de las ONGs y el PRAIS. Ambas instancias concentran las intervenciones en salud para una importante población de chilenos, por lo tanto consideramos fundamental realizar un análisis crítico de sus postulados y prácticas actuales. Desde esta inquietud se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el discurso actual de los equipos de salud en relación a la noción de daño por la represión política ejercida en la dictadura chilena?

Esta pregunta nos parece relevante porque: 1. La “reparación del daño” ocasionado por la represión política es una política de estado, en la cual los profesionales de la salud mental han jugado y juegan un rol fundamental. 2. Refuerza esta temática como un problema contingente para la psicología y la sociedad en general. 3. Es necesario saber que se hace en Chile respecto de las violaciones de los derechos humanos y fomentar el análisis crítico de las intervenciones en “reparación”.

El aporte teórico de esta investigación radica principalmente en la actualización y registro del discurso de los equipos que intervienen en la problemática, y al hacerlo proyecta una invitación a debatir en torno a las actuales intervenciones en salud para

la población en cuestión.

Dos organizaciones no gubernamentales chilenas serán analizadas, el “Instituto Latinoamericano de Salud Mental y derechos Humanos” (ILAS), el “Centro de Salud Mental y Derechos Humanos” (CINTRAS). Además se analizarán los equipos Norte y Sur del “Programa de reparación integral de salud y derechos humanos” (PRAIS) de la región metropolitana.

Las dos primeras son instituciones especializadas de larga data, que han desarrollado una importante labor de atención psicológica a afectados de la dictadura, construyendo y acumulando una gran cantidad de documentos accesibles, en los que explicitan su postura. Además son instituciones que continúan su práctica clínica. ILAS, participó del diseño inicial del PRAIS (Piper, 2005a); mientras que CINTRAS aportó en la elaboración del protocolo de atención del PRAIS (MINSAL, 2005c). El PRAIS, por su parte, es el programa nacional que el estado ha generado como respuesta ante las consecuencias de la represión ejercida en la dictadura, y simboliza la responsabilidad que el país adquiere frente al fenómeno.

PARTE II. ANTECEDENTES TEORICOS

En esta investigación el foco de interés es el discurso actual de las instituciones chilenas, en tanto a su noción de daño y las prácticas vinculadas, por ello revisaremos antecedentes teóricos que pertenezcan al contexto nacional. Preferimos establecer este filtro en la información ya que, si bien muchas instituciones chilenas construyeron su teoría en base a conceptos previos de “trauma”, estos antecedentes se han revisado ya en numerosas publicaciones anteriores, y por lo demás se han incorporado a modelos más amplios que resultaron de un desarrollo histórico influenciado por contexto nacional y la praxis institucional. De todas maneras, para quién este interesado en los conceptos iniciales de trauma recomendamos la breve y precisa revisión de Piper (1997b).

A continuación expresamos los principales postulados rescatados desde la bibliografía revisada para cada institución y por el programa PRAIS. Incluimos los escritos teóricos pues son el antecedente más directo de los discursos hablados que analizaremos, lo que no significa que nuestro interés resida en establecer una comparación directa entre ambos. Están separados por institución primero, y posteriormente se realiza una síntesis de los tres considerando sus elementos esenciales.

La concepción del daño en CINTRAS

CINTRAS es una institución no gubernamental que inicia sus trabajos en 1986 en Santiago, con el objetivo de otorgar atención médico-psicológica a víctimas de graves violaciones a los derechos humanos. Además, busca investigar los efectos psíquicos y psicosociales de la violencia política, difundir su pensamiento y contribuir a la promoción de los derechos humanos y la prevención de su violación (CINTRAS, 1996).

Desde los inicios CINTRAS ha visualizado las experiencias traumáticas como generadoras de una crisis que en el individuo se caracteriza por la ruptura del proyecto vital. Vidal (1990) señala que en el primer periodo post-traumático muchos pacientes se sienten separados de su pasado y no tienen claridad sobre el futuro. Al parecer, el presente pierde la función de conectar ambos momentos de la vida.

Sin embargo, esta concepción ha evolucionado y se ha complejizado buscando dar cuenta de mayores aspectos del daño. Así, actualmente hay claridad respecto que la dictadura militar significó profundos cambios a nivel de estructura país, procesos generales, comunitarios e individuales (Madariaga, 2002b).

A nivel individual se plantea el trauma como un daño global biopsicosocial, es decir, con consecuencias corporales, psicológicas y sociales (Vidal, 1991; CINTRAS, 2002; Madariaga, 2002a, 2002b). Ello se ve reflejado en su modelo de atención integral en salud mental, que incorpora la acción coordinada de un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y asistentes sociales, en pos del logro del alivio sintomático, la elaboración de la experiencia traumática, la recomposición del proyecto histórico-vital y la reinserción sociolaboral y familiar.

Para CINTRAS no existe un cuadro patognomónico que se asocie a la experiencia de represión política. Más bien se considera que el daño es multiforme, expresándose en diversas enfermedades somáticas, psiquiátricas, psicológicas, psicosomáticas, familiares, y/o dificultades psicosociales (Madariaga, 2002a). Esta heterogeneidad se debe en parte a la existencia de experiencias diferentes (tortura, detención, exilio), pero también a la modulación ejercida por la personalidad, la biografía, el grado de desarrollo de conciencia social, la complejidad de las redes sociales, la situación sociofamiliar y laboral, etc. Sería la combinación de todas estas variables las que determina el ámbito personal en que se concentrará el daño y la forma en que se manifestará (Madariaga, 2002a, b).

En términos generales se podría decir CINTRAS elaboró su construcción

conceptual del daño individual sobre el concepto de estrés postraumático. Su concepción se plasma en un análisis crítico de la aplicabilidad de ese trastorno al fenómeno de la represión política, y una constante complejización basada en la reflexión, la experiencia clínica, y el intercambio con otras organizaciones similares.

La principal crítica respecto del trastorno de estrés postraumático (TEPT) radica en su descontextualización sociopolítica y la omisión del carácter social del conflicto causal. En oposición, se considera el trauma del sujeto singular como un reflejo del carácter social del conflicto entremezclado con las particularidades del psiquismo, produciéndose una síntesis entre el nivel macro-sistémico y las características personales (Vidal, 1993; Robaina, 2001; Madariaga, 2002b).

Además, la aplicación del TEPT (y la metodología del DSM-IV en general) constituye un reduccionismo, ya que, aunque se apliquen los ejes II, III y IV del DSM-IV (personalidad, enfermedades somáticas y deterioro psicosocial), sólo se descubren síntomas aislados que no se relacionan con los conflictos de la represión (Vergara, 1995; Madariaga, 2002a, 2002b). De esta manera, como lo expresa Madariaga (2002b), la postura de CINTRAS no busca negar la prevalencia del TEPT en personas torturadas, sino recordar que ninguna clasificación psiquiátrica engloba la totalidad del trauma.

Otras limitaciones del TEPT que CINTRAS hace notar son la no consideración de la historia previa del individuo, el “estado premórbido”, las cualidades del evento traumático (pudiendo parecer irrelevante el hecho de que sea producto de un trabajo sistemático del estado), y los eventos posteriores a la experiencia traumática (Madariaga, 2002a, 2002b).

Haciendo estas diferencias con el TEPT, la perspectiva del CINTRAS se vincula con el concepto de “situación traumática”, en el sentido que el trauma de la dictadura no remite a un hecho único y estanco en el tiempo sino a un continuo de eventos traumáticos, que operan con diversa intensidad en distintos momentos biográficos de la persona (Madariaga, 2002a).

Para dar cuenta de esto último, se ocupa el concepto de “retraumatización”, entendiendo a este como el mecanismo que explica la cronicidad, la aparición o reactivación aguda de la sintomatología ocasionada por eventos actuales relacionados con las víctimas de represión política. Ello se ve favorecido debido a que el daño genera un empobrecimiento de la capacidad de adaptarse a nuevos eventos y exigencias emocionales, lo que debería motivar una contemplación del contexto sociopolítico y jurídico actual como elementos fundamentales en la producción y

mantención del daño psicológico individual y colectivo en la sociedad chilena. (Vera, Marty, Muñoz, Madariaga, 2001, 2002a, 2006).

Otro importante elemento teórico propuesto se refiere al alcance del daño en niveles distintos del individual. En este sentido, se ha propuesto que las consecuencias del terrorismo de estado se extienden en diversos grados al grupo familiar del afectado. Ello es por causa del efecto que produce presenciar la detención y sus métodos brutales (que generalmente afectaban a todos los miembros de la familia), los largos períodos sin comunicación con el detenido y la incertidumbre sobre su destino. Lo anterior se enmarca en una nueva concepción del daño familiar, donde los efectos de la represión pueden observarse en las nuevas generaciones. Esta perspectiva transgeneracional del trauma aún se encuentra en desarrollo dentro de la institución e implica un desafío para los equipos terapéuticos y sus procesos de reparación (CINTRAS, 2002). Actualmente, por ejemplo, se considera el rol que las relaciones de poder y las dinámicas institucionales juegan en la retraumatización de la sociedad como conjunto (Scapucio, 2006).

Otro aspecto del trauma relacionado con las consecuencias en la familia es la potencialidad que el evento posee para generar cambios en el comportamiento de las personas, incidiendo en las dinámicas sociales en que estas participan (Madariaga, 2002a). Mondaca y Guzmán (2003) ejemplifican la idea anterior al sugerir que los afectados directos desarrollan expresiones de frustración, rabia y desesperanza unidas a una disminución de la capacidad de reconocer procesos similares en otras personas, favoreciéndose una forma privada de sufrimiento que potencia el aislamiento y dificulta la elaboración del trauma a nivel familiar y social.

Actualmente se considera que el trauma adquiere su máximo significado en tanto psicosocial, pues el padecer individual representa el daño de la sociedad. De esta manera, dentro de la especificidad del drama personal es posible identificar componentes más generales del trauma que se repiten de un sujeto a otro (Madariaga, 2002b).

Para terminar, es necesario detallar los desarrollos teóricos relacionados con el rol que el contexto sociopolítico actual tiene en el devenir de las consecuencias de la represión.

Para CINTRAS la impunidad fue, es y será el principal factor retraumatizador del medio. Esto se deduce del aumento de las solicitudes de asistencia médico-psicológica, la exacerbación sintomática de pacientes y otros fenómenos que ocurren contingentemente con acontecimientos judiciales relacionados con violaciones de los

derechos humanos (Madariaga, 2001, 2002a, 2006). Al no haber justicia, el proceso de elaboración de la situación traumática se realiza en condiciones sociales que refuerzan el trauma y su cronificación individual y social (Edelman, Kordon, Lagos, 1995; Guajardo, 1995, 2001; Robaina, 2001; Vera, Marty, Muñoz, Madariaga, 2002; Brinkmann, 2005).

La concepción del daño en ILAS

El Instituto latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, ILAS, es un organismo no gubernamental creado en 1988. Presta atención de salud mental a personas directamente afectadas por las violaciones a los derechos humanos ocurridas durante la dictadura militar, dándole prioridad de atención a los casos severos. Además del trabajo psicoterapéutico ILAS desarrolla líneas de investigación psicosociales, que buscan profundizar la comprensión del fenómeno de la violación de los derechos humanos (ILAS, 2006).

En ese sentido, su postura se desarrollo a través de una continua búsqueda teórica y práctica, motivada en un principio por la necesidad de comprender la naturaleza de la experiencia traumática y generar modelos de intervención coherentes con la etiología social de estas, y más tarde por la necesidad de visibilizar socialmente las consecuencias de la represión política (Kovalskys, 2007). A partir de esta búsqueda, ILAS concibe los efectos de la represión política como una destrucción física y psíquica de las personas, que determina una disminución de sus recursos integrativos, dificultándose la adecuada interacción con la realidad y consigo mismo (Becker, Calderón, 1989, Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989).

El daño estaría dado por dos factores simultáneos: lo sorpresivo de las amenazas vitales (previsibles, pero a la vez, difíciles de evitar o enfrentar) y la desestructuración vivenciada por los sujetos y sus familias. Dicha desestructuración genera respuestas caóticas y/o inefectivas, que pueden retroalimentar y mantener las características traumáticas de la experiencia (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989).

Sin embargo, ILAS advierte que categorizar las consecuencias psicológicas como cuadros psicopatológicos es un error, pues se pierde la contextualización de estas como parte de un conflicto social y político, el cual se expresa en el psiquismo individual y la subjetividad social (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989). Teniendo esto en cuenta, se utiliza el concepto de "traumatización extrema", según el cual las víctimas sufren una o más experiencias de "destrucción máxima", que aniquilan el individuo, sus relaciones interpersonales, su conciencia de grupo, y su pertenencia

social. (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989; Castillo, Becker, Díaz, 1992).

Estas experiencias son consecuencia de prácticas autoritarias originadas en un contexto sociopolítico perseguidor de grupos disidentes, y tienen la capacidad de afectar la estructura básica del psiquismo de un sujeto, ya que, por su magnitud y cualidad, no pueden ser elaboradas e incorporadas en la estructura psíquica. Se produce entonces una desestructuración que en la mayoría de los casos tiñe los eventos posteriores y los intentos de reorganización de la experiencia traumática. Así, el trauma se mantiene en el tiempo de manera secuencial, englobando manifestaciones existenciales, psicosociales y clínicas, que en ocasiones se expresan visiblemente, pero que también pueden ocultarse ante los ojos de los demás (Lira, Becker, 1989; Becker, Calderón, 1989; Becker, Castillo, 1990; Becker, Castillo, Díaz, 1991; Castillo, Becker, Díaz, 1992).

Para entender la magnitud del daño individual, en un primer momento ILAS le confiere gran importancia a la noción de proyecto vital. Este permitiría a los individuos insertarse en la sociedad con una conciencia de sí mismo, de la realidad y de su práctica en ella. El compromiso político era un componente fundamental del proyecto vital, pues proveía sentido a la vida personal, generaba pertenencia activa y participativa en grupos organizados, donde se construían vínculos afectivos e identidades. Ahora bien, en los afectados por la dictadura, su proyecto de vida experimentado como legítimo y motivador, se convierte repentinamente en un elemento de estigmatización y amenaza vital, por lo que debieron jugar un rol social contradictorio consigo mismos y así evitar ser reprimidos políticamente por una identidad socialmente considerada la del "enemigo". De esta manera ocurriría un proceso de reinterpretación de la experiencia subjetiva, debido a que las estrategias comunicativas del régimen hacían de cada práctica previamente valorada, un evento con significado totalmente opuesto (Lira, Weinstein, Kovalskys, 1987).

En relación con dichas estrategias comunicacionales, Becker y Calderón (1989) plantean que, sumadas al estado de amenaza, promovieron en los individuos la movilización de angustias primarias, que disminuyeron en forma considerable su capacidad de discriminar adecuadamente la realidad. De ahí la importancia que confieren al reconocimiento social de los hechos, como una forma de confirmar que su experiencia no ha sido una fantasía (Becker, Castillo, 1990).

Por otro lado, en la descripción del daño individual, ILAS destaca en los afectados una desestructuración asimilable a la de un paciente limítrofe y/o psicótico, pero que contrasta con una capacidad fluctuante de elaboración respecto de su dolencia y la relación de esta con el contexto sociopolítico (Becker, Castillo, 1990).

El curso de la elaboración del trauma se relaciona con el concepto “privatización del daño” desarrollado por ILAS, el que se relacionaría dinámicamente con la aparición de enfermedades psicosomáticas. La privatización sería la tendencia a mantener en secreto la experiencia, y atribuir la causalidad de lo vivido a si mismo, sacando del contexto al padecer, surgiendo angustia y culpa que no son compartidas al resto.

Para ILAS, el problema de la aparición de lo psicosomático reside en que el aparato psíquico se encuentra sobrepasado por las características de la experiencia, produciéndose una pérdida de la capacidad de simbolizar el dolor, manifestándose a través de expresiones primitivas que tienen a la base una actitud autoprotectora (negar el dolor) y le permite aparecer en la forma de dolencias físicas crónicas que generalmente no remiten con el tratamiento habitual (Castillo, Gómez, Kovalskys, 1989) Así, Cuando el trauma no es reconocido, se expresa en formas incomprensibles y angustiantes, que el afectado no relaciona con la experiencia traumática (Castillo, Gómez, Kovalskys, 1989; Díaz, 2005), y que tienden a disminuir en magnitud cuando se logra romper el silenciamiento del paciente (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989). De ahí que Lira, Weinstein y Kovalskys (1987), propusieran que el relato de la experiencia traumática por el afectado sea uno de los primeros objetivos para disminuir su angustia.

Conceptos como el anterior hacen que ILAS ponga el fenómeno en una perspectiva relacional, la cual se ha visto enriquecida con los postulados del daño familiar. Para ILAS el trauma de los padres se transmite a sus hijos en la forma de “trauma acumulado”. Muchos experimentaron en forma directa la encarcelación de sus padres, su pérdida, el exilio y, en algunos casos, su propia detención y tortura. Lo anterior, ocurrió dentro de importantes cambios del medio familiar y social inmediato, donde el clima afectivo pasó a caracterizarse por el temor, la amenaza y la pérdida, afectándose las vivencias emocionales de los niños, que en el largo plazo desarrollarían sentimientos de confusión, inseguridad, angustia, ansiedad, insomnio, enfermedades psicosomáticas y dificultades relacionales de larga duración (Díaz, 1995, 2005)

Al interior de la familia se desarrollan mecanismos de sobrevivencia ante los cambios del medio. En primer lugar, el rol parental se focaliza netamente en la seguridad familiar, descuidándose aspectos de la crianza (Díaz, 1995, 2005). En segundo lugar, se limita la expresión de sentimientos propios del duelo y la derrota, los que continuaron expresándose de forma encubierta en los conflictos familiares (aparentemente sin relación con la vivencia traumática) (Díaz, 1995).

Los mecanismos mencionados se terminan convirtiendo en reglas de interacción

de la familia. Surgen para los hijos una serie de “mandatos implícitos”, contradictorios entre sí (no abandonar la familia, ser fieles herederos de sus ideas políticas y sociales, rehabilitar la imagen social de la familia, etc), y que tienen el efecto de interferir los procesos de individuación y formación de su identidad, pues incentivan una dependencia en el sistema familiar nuclear, que mitigaría la angustia y mantendría los vínculos simbióticos (Díaz, 1995).

Dejando de lado la perspectiva familiar del daño, y volviendo al individuo, ILAS plantea que el afectado directo muestra una imposibilidad de elaborar las pérdidas sufridas, las que no solo se considerarían humanas, sino que también serían el quiebre del proyecto vital y la pérdida de los grupos de referencia. La dificultad de elaboración estaría explicada, ya que el proceso de duelo es complejo e involucra la personalidad y las funciones del yo en su totalidad, y por lo tanto, se ve dificultado por el desborde del aparato psíquico (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989). En aquellos que vivieron la pérdida de un ser querido, la muerte no ha sido significada como un hecho irreversible, sino como una muerte múltiple, inacabable, fragmentada e incomprensible (Becker, Castillo, 1990).

Por otro lado, para que un proceso de duelo se lleve a cabo satisfactoriamente, se requiere la incorporación del reconocimiento social respecto a la pérdida, y la ejecución de rituales simbólicos que demuestren una adecuada respuesta del contexto. En muchos casos los elementos anteriores no han existido, o incluso se han entorpecido por la respuesta de la sociedad. A ello debería agregarse la modificación de la representación del objeto perdido, por un discurso oficial que entrega mensajes falsos y confusos, fomentando la generación de “duelos congelados” y agudización de la sintomatología (Becker, Castillo, 1990).

De esta manera, la incidencia de lo social, se observa en todos los niveles de la cronificación del daño. La experiencia represiva y la reacción del medio genera una marginación (y automarginación) de los afectados directos, que se manifiesta en el deterioro de su red social y/o política (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989), y la invalidación de la experiencia subjetiva acerca de sí mismo y lo sufrido, que no encuentra reconocimiento (Lira, Weinstein, Kovalskys, 1987). Parte importante del trauma se produce cuando falta la respuesta esperada del medio, pues ello facilita el encapsulamiento del dolor (Díaz, 2005).

Algunas expresiones sociales que deben ser consideradas daño propiamente tal, son la carencia de una memoria social de lo acontecido en el país y la polarización de la población en víctimas (directamente afectados) y alienados (que no sufrieron experiencias represivas en su contra). La primera disminuye el grado de conciencia y

comprensión de algunas dinámicas sociales; La segunda agudiza la exclusión y el rencor social de las “víctimas”, fortalece la generación de una identidad de los “afectados”, y fomenta la negación del daño en los alienados. En ambas expresiones aparece con fuerza la posibilidad de la compulsión a la repetición, pues se crean condiciones favorables para la aparición de nuevas formas autoritarias de ejercer el poder (Castillo, Becker, Díaz, 1992).

Así, el daño, como consecuencia de la violencia política, es un fenómeno que trasciende las barreras individuales, impregnando los distintos ámbitos de la sociedad. Además, hay que considerar que es un daño que perdura en el tiempo, manifestándose años y generaciones, luego de ocurridos los hechos (Becker, Calderón, 1989). Ello se comprende mejor al entender el trauma como un proceso continuo, generado por una serie de secuencias traumáticas que son producidas y mantenidas por el contexto sociopolítico (Becker, Castillo, 1990, Díaz, 2005). Por lo tanto, el desborde psíquico de las personas y del daño social se podría dar por una acumulación de experiencias traumáticas, pero que en interacción generan un quiebre (Becker, Castillo, 1990).

En base a esto, el periodo de transición a la democracia se caracterizaría por ser un escenario contradictorio donde se presentarían elementos que cronificarían el daño. Ello estaría dado, ya que en este momento se experimenta el logro de un aumento en la libertad y la participación política, opacado por elementos como la impunidad que retroalimentan y profundizan el daño, impidiendo la reparación, validación y reinserción de las víctimas (Castillo, Becker, Díaz, 1992, Díaz, 2005). La evidencia de esto se encuentra en la reaparición de la sintomatología psíquica, somática y psicosocial de las víctimas en el transcurso del tiempo (Castillo, Gómez, Kovalskys, Vío, 1989). Por ello se plantea que, mientras no se establezcan las condiciones para un verdadero conocimiento y elaboración del pasado, y se haga justicia por los crímenes cometidos, el presente y el futuro perpetuarán la estructura de la dictadura que incide en la subjetividad social y política, y la reparación no será posible (Castillo, Becker, Díaz, 1992; Díaz, 2005).

La conceptualización del daño en PRAIS

El programa de reparación integral de salud y derechos humanos, PRAIS, nace en 1990 (MINSAL, 2000a), según las recomendaciones de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, Ley 19.123 de Reparación y Reconciliación, Leyes 19.234 y 19.582 de Exonerados Políticos y la Ley de Retornados (MINSAL, 2000b). Su propósito es contribuir desde el sector salud, a la reparación integral de las personas afectadas por la represión política ejercida durante la dictadura (MINSAL, 2005a), y

aportar activamente en el proceso de reconstrucción de la memoria histórica del país, haciendo énfasis en los costos humanos del terrorismo de estado, y sus consecuencias médico-psicológicas y psicosociales en el largo plazo (MINSAL, 2005c).

Los equipos PRAIS son de carácter multidisciplinario, y se encargan específicamente de la atención de salud mental y física para sus beneficiarios. Trabajan en colaboración con otros profesionales y unidades de salud, con el fin de complementar su acción, siendo coordinados por un equipo central dependiente del ministerio de salud (MINSAL, 2000a). En parte, esta dinámica genera una cierta autonomía en los equipos con respecto a su práctica, y por lo mismo, nos parece importante señalar que los postulados presentados a continuación representan lo enunciado en documentos oficiales del programa, pero en lo efectivo estos se matizan dependiendo del enfoque de cada equipo.

La población objetivo nace del reconocimiento de la existencia de un daño y/o riesgo de daño en la salud física y psicológica de las personas sometidas a la situación de tensión permanente, que tuvo el efecto de aumentar su vulnerabilidad. Lo anterior es aplicable al grupo familiar completo y se transmite a las nuevas generaciones (MINSAL, 2005a).

Ahora bien, en relación a la construcción conceptual del daño forjada al interior del programa, se podría decir que han optado por una postura intermedia entre aquellas que circunscriben el daño a un estrecho marco “psico-bio-médico”, y las que consideran un marco más amplio que incluye el aspecto sociopolítico. Supuestamente esta línea media sería más beneficiosa ya que ayudaría a comprender mejor la vivencia de los afectados y orientar las intervenciones desde el sector salud (MINSAL, 2000b).

En un principio se recoge la opción de considerar el daño como una traumatización extrema específica, que desborda la estructura psíquica de los sujetos y la capacidad de la sociedad de responder adecuadamente a la situación. Este trauma sería el resultado de prácticas que pretenden destruir al individuo, sus relaciones interpersonales, su conciencia de grupo y su pertenencia a la sociedad, dando cuenta de una forma de ejercer el poder al servicio de desestructurar y exterminar algunos grupos (MINSAL, 2002). Actualmente la concepción ha evolucionado para incorporar la posibilidad de la existencia de síntomas y/o signos no psíquicos, como pueden ser las diversas patologías o anomalías del funcionamiento físico, en cuyo origen y/o curso se haya podido establecer una vinculación clara con la experiencia traumática vivida por la persona (MINSAL, 2005c).

El programa reconoce una prolongación del daño ocasionado por las prácticas represivas más allá del período en que estas fueron llevadas a cabo, debido a la observación (durante 10 años de desarrollo del programa) de un grado importante de cronificación de la sintomatología física y mental, en la que han contribuido factores como el escaso reconocimiento social de la represión política, la culpabilización de las víctimas respecto de su propia represión, el temor que despiertan las autoridades que ejercieron el poder durante la dictadura y que hoy permanecen impunes (MINSAL, 2000b). El concepto aplicado para la comprensión de esta cronificación es el de retraumatización; esta se define como un proceso de activación de nuevos eventos traumáticos en un psiquismo previamente afectado, que tienen el efecto de agravar la condición biopsicosocial. Generalmente estos acontecimientos operan sobre un sujeto traumatizado o en fase de elaboración de sus traumas y duelos, quienes poseen una salud mental precaria y un importante daño psicosocial. Hasta ahora los mecanismos de retraumatización que han mostrado ser más eficaces son la impunidad y las demandas reparatorias no satisfechas por el Estado (MINSAL, 2005c)

Por otro lado, se acepta la represión como un factor desestructurador de la persona, la familia y la sociedad, que se apropia de todos los poderes del estado para aparecer en la manera de una violencia institucionalizada (MINSAL, 2000b). Es la sociedad entera un signo del daño inflingido, por su inducción de la pasividad, el individualismo y la competitividad en las personas, así como lo es también, la validación del ejercicio de la represión por parte de instituciones reguladoras de la vida cotidiana (Opcit).

Lo anterior se explica mediante el concepto de Trauma psicosocial, refiriéndose a un proceso donde lo traumatizante acaba instalándose en las relaciones sociales. No se puede negar la existencia de consecuencias que se arraigan en el cuerpo o la personalidad, pero éstas adquieren sentido dentro de un proceso histórico donde se considere que los procesos relacionales en sí están “dañados” y tienden a mimetizarse entre la causa y los efectos (MINSAL, 2000b). El trauma se aplica al sujeto y a la sociedad en su conjunto, a los microsistemas, a los macrosistemas, a la violencia económica y a la violencia política (MINSAL, 2005c).

Dentro de este enfoque psicosocial comienza a mirarse también al sujeto en relación dialéctica con un contexto, y se hace inevitable centrar la atención a este último. Por ello, para el programa es importante recordar que si bien la experiencia del daño fue vivida por los afectados en el ámbito privado (lo que significó su aislamiento), realmente tuvo su origen en lo social y político (MINSAL, 2000b). Se adhiere entonces el concepto de situación traumática, pues permite entender el daño como

consecuencia de un conjunto de eventos disruptivos del equilibrio biopsicosocial, comprensibles sólo en su relación con las realidades contextuales, y que por lo tanto, da cuenta de los aspectos del sujeto y los procesos sociopolíticos e históricos al mismo tiempo (MINSAL, 2005c).

Otro concepto que considera el contexto socio-político es el de traumatización secuencial. Se propone que el daño y las consecuencias en general, son el resultado de a lo menos tres etapas de la persecución política, que dan un mayor poder explicativo a la duración del trauma (MINSAL, 2000b). Estas etapas serían: primera secuencia traumática, se refiere al comienzo del golpe militar y sus consecuencias, caracterizándose por el clima de inseguridad total y amenazas expresadas en distintas prácticas de violencia; la segunda secuencia traumática, se genera cuando la situación represiva afecta de manera directa a una persona o a una familia, lo que se traduce, en la experimentación del terror y la desestructuración de uno o más miembros del núcleo familiar; la tercera secuencia traumática, corresponde al transcurso del final de la dictadura y comienzos de la transición a la democracia, y se caracteriza por las formas de reparación que el contexto sociopolítico brinda a las víctimas directas de la represión, así como las consecuencias que tengan estas en relación a las expectativas de los afectados. La sistematización del trauma a través de estas etapas, lleva a plantear que existe una politraumatización de las víctimas en el transcurso del tiempo, lo que mantendría sus consecuencias psicopatológicas hoy en día (MINSAL, 2000b)

Lo anterior explicaría la reincidencia de los pacientes, que se produce cuando personas que, habiendo terminado su tratamiento integral, caen en una condición de deterioro del estado de recuperación y adaptabilidad logrado, observándose recaídas sintomáticas, reactivación de disfunciones familiares, estrés psicosocial, retraumatizaciones, etc. (MINSAL, 2005c)

A partir de todos los elementos expuestos el PRAIS propone una praxis centrada en la reparación en Salud, concebida como una perspectiva integral en la asistencia de la red de salud pública a todas las manifestaciones del trauma que han generado y generen una problemática de salud y/o psicosocial (sea corporal, psíquica o social). Debido a que su campo de acción es específico del ámbito salud, contempla un trabajo intersectorial que solucione las necesidades que exceden dicho ámbito y que requieran intervenciones desde otras instancias estatales o comunitarias (MINSAL, 2005c).

Dentro de estas acciones, la prioridad del programa es la reparación de problemas de salud mental, los que se han agrupado en tres niveles de complejidad

según las manifestaciones físicas, psicológicas y sociales detectadas en la evaluación del usuario. La baja complejidad se refiere a una condición global que afecta parcialmente la salud mental, con manifestaciones focales que comprometen levemente ámbitos específicos del psiquismo y/o contexto psicosocial, que hace factible la intervención en centros de Atención Primaria de Salud Mental. La complejidad moderada sería una condición global que demuestra un daño significativo del estado de salud, con manifestaciones psíquicas focales de cierta intensidad o diversos trastornos asociados, con una desestabilización o deterioro moderado en las condiciones y calidad de vida, donde es posible identificar trastornos psiquiátricos, disfunciones de pareja o familia, y debilitamiento de los proyectos vitales que requieren atención en Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. La alta complejidad estaría referida a una condición global que denota un daño severo, con manifestaciones psicológicas focales de intensidad mayor o diversos trastornos clínicos y psiquiátricos graves que comprometen el funcionamiento; donde el ámbito psicosocial se encuentra afectado de forma significativa y permanente, generándose un compromiso evidente de la calidad de vida (MINSAL, 2005b, 2005c).

SÍNTESIS: El discurso en los escritos.

Los conceptos aludidos en la revisión teórica de las instituciones y el programa PRAIS muestran que se ha construido un discurso homogéneo. Si bien existen diferencias o matices entre instituciones, creemos que en lo esencial la concepción de “daño” o “trauma” es compartida, y se plantea como un fenómeno significativamente distinto de cualquier otra problemática de salud.

En las construcciones teóricas se plantea que el daño es integral, pues siempre afecta la salud física, psicológica, y las relaciones sociales del sujeto. Las consecuencias psicológicas son explicadas a partir del quiebre en el proyecto vital del individuo, su persecución en base a elementos claves de su identidad (como su tendencia política) y el cambio en sus redes sociales; mientras que en el aspecto físico, el daño se explicaría por las características de las acciones represivas que se pudieron llevar a cabo sobre su cuerpo (como en el caso de la tortura) o por el resultado de respuestas psicológicas prolongadas en el tiempo (como úlceras gástricas o dolores musculares).

El discurso desarrolla además la idea de que el “daño individual” se extiende de diversos modos a la familia y contexto cercano del principal afectado por la represión política. Se aluden dinámicas familiares alteradas, trauma acumulado desde los

padres a los hijos, alteraciones del proceso de apego, entre otras explicaciones de lo que se ha llamado “daño familiar” o “daño transgeneracional”.

Por otro lado, se plantea que también existe un daño en la sociedad, producto del temor generalizado a las prácticas represivas y el establecimiento de un nuevo modelo social, político y económico. Se adopta el concepto de “trauma psicosocial” para el entendimiento de las dinámicas sociales durante la dictadura y posterior a ella.

El entendimiento del daño individual se complejiza, o se dinamiza al establecer su directa relación con el contexto sociopolítico del sujeto. En esencia se plantea que existirían factores del contexto social como la impunidad, la negación de la represión, insuficientes respuestas reparatorias, etc. (propio de una “sociedad dañada”), que influirían en las consecuencias individuales manteniéndolas, modificándolas y actualizándolas. De hecho se plantea abiertamente que si bien los usuarios pueden mejorar su condición, la “rehabilitación plena” no se alcanzará hasta que ocurran eventos críticos como los que mencionamos anteriormente, sin los cuales siempre existirá en ellos una predisposición negativa en el ámbito de su salud.

La especificidad de la temática de los derechos humanos, en estas instituciones radica en a lo menos dos elementos sustancialmente diferenciadores: su “eminente origen político” lo enmarcaría en un campo absolutamente distinto a la clínica convencional; y en segundo lugar, se considera que el daño se expresa en forma especial a través de manifestaciones sintomáticas complejas, diversas, fluctuantes, crónicas, etc. y que no se pueden categorizar mediante taxonomías psiquiátricas, que simplificarían y descontextualizarían el padecer del sujeto.

PARTE III. METODO

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo General:

-“Describir y analizar la noción de daño en el discurso actual de las instituciones orientadas a la atención en salud mental y la problemática de la violencia política durante la dictadura militar”

Objetivos específicos:

-“Describir el discurso actual de estas instituciones respecto de sus construcciones teóricas sobre el daño (conceptos fundamentales, conceptos en desarrollo, desafíos teóricos a futuro)

-“Describir el discurso actual de estas instituciones respecto de su práctica reparatoria (entendida como aquellas acciones que desde su mirada buscan impactar en el daño derivado de la represión política, y que pueden ser clínicas, comunitarias, jurídicas, etc).

Participarán dos ONGs chilenas, ILAS y CINTRAS; además se analizarán dos equipos PRAIS de la región metropolitana. Se incluyen dos equipos PRAIS pues se reconocía la existencia de diferencias entre los 5 equipos del área metropolitana; lo anterior no implica la pretensión de que los relatos obtenidos sean más representativos del programa, sino que buscaba aumentar la riqueza del discurso obtenido y, en el caso de manifestarse diferencias en los relatos, explicitar las posturas. Ahora bien, la elección de dichos equipos se realizó en función de recomendaciones de los profesionales del programa considerando la antigüedad y la disponibilidad de ellos como para participar de la investigación.

La metodología será cualitativa pues la pregunta de investigación y los objetivos buscan responder en última instancia a los significados de los equipos participantes, y por lo tanto es la más idónea (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Dentro de la metodología, la recolección de información se realizará mediante entrevistas semiestructuradas. En cada institución se realizaron dos, una individual y otra grupal. En las entrevistas individuales participaba el coordinador, y en ella se indagaba sobre la historia, el equipo y las disciplinas que lo conformaban, más que nada como una introducción a la institución. En las entrevistas grupales participó prácticamente la totalidad de cada equipo, en el caso de CINTRAS asistieron seis

profesionales (dos psicólogas, trabajador social, terapeuta ocupacional, kinesióloga y psiquiatra), en el equipo PRAIS Norte cinco profesionales (tres psicólogas, una médico familiar y un trabajador social) y en el PRAIS Sur ocho miembros del equipo (dos trabajadoras sociales, dos médicos generales, un paramédico, un psicólogo, una licenciada en psicología en práctica y una funcionaria administrativa), donde se indagó principalmente las prácticas asociadas a la concepción de daño y las diferencias de estas respecto de otras instituciones de salud mental. Los relatos obtenidos de esta manera son transcritos y sometidos a un análisis de discurso.

Considerar los relatos como un discurso implica desde ya un enfoque. Consideramos que la lengua en uso es más que el simple reflejo de lo que el sujeto construye cognitivamente en su interacción con el medio, el discurso es en esencia acción pues modifica el medio en que se genera. Desde un punto de vista dialéctico podríamos decir que el discurso está influido por el contexto en el que se produce, pero al mismo tiempo juega un rol en la construcción de ese contexto ya que el lenguaje en uso tiene el poder de promover, mantener y/o inhibir ciertas relaciones y estructuras sociales (Iñiguez, 2003). Precisamente asimilar estos postulados entrega a nuestro análisis la labor de desentrañar el efecto que el discurso de los equipos de salud tiene actualmente sobre la construcción de significados en relación con la problemática.

Procedimiento

El análisis de discurso se realizó sobre un total de seis entrevistas, tres grupales y tres individuales las que se realizaron entre el segundo semestre del 2007 y el primer semestre del 2008. En primer lugar, cada uno de los investigadores busco identificar diferentes temas en los relatos, usando como criterios la frecuencia e importancia concedida por los equipos. Las agrupaciones de relatos resultantes fueron discutidas en conjunto para identificar ejes temáticos más inclusivos que guiaran el discurso relacionando sus diversos argumentos. En una nueva revisión se incluyeron elementos implícitos que hasta entonces no se habían identificado o no estaban relacionados con las categorías provisionarias, pero que dentro de los ejes más inclusivos podían incorporarse en el discurso.

Evidentemente los ejes obtenidos son solo una lectura de las muchas posibles, y responden principalmente a los objetivos de la investigación.

Una vez que se identificaron las categorías, dentro de cada una se identifican las posturas existentes y las relaciones entre ellas, para terminar reflexionando la forma

en que estas configuran el discurso y el posible efecto de este.

Este procedimiento se aplicó completo en CINTRAS, el equipo PRAIS zona Norte y el equipo PRAIS zona Sur. En lo que respecta al ILAS, resultó imposible realizar las entrevistas pues el equipo se reunía con menor frecuencia y los integrantes manifestaron gran carga laboral paralela a su trabajo institucional; lo anterior impidió la entrevista grupal de equipo y también imposibilitó a todos los miembros de participar de una entrevista individual. La institución se incluyó de todas maneras debido al importante rol que ha cumplido como referente del movimiento de las ONGs nacionales, y aunque solo sea con el análisis de sus postulados escritos, resulta de gran importancia para la identificación del discurso de las instituciones en la actualidad.

PARTE IV. LOS RELATOS DE LOS EQUIPOS.

En esta sección recogemos los elementos del relato obtenido en las entrevistas a los equipos en cuestión, que permiten ejemplificar el análisis que se ha realizado. A partir de lo anterior conformamos tres temáticas principales: La concepción del daño, La reparación del daño, y las diferencias. Todas las entrevistas mostraban estos ejes temáticos, los cuales nos permitieron organizar los principales argumentos y posiciones expresadas en los relatos. Este ordenamiento del discurso es una de tantas lecturas que se pueden realizar, pues ciertamente todos los elementos están entrelazados y su separación responde a nuestro intento de describirlos como componentes del discurso.

Cada categoría comienza con un resumen general, luego del cual se expresan como subtítulos los elementos que las componen, cada uno de los cuales está acompañado de ejemplos textuales del relato.

CATEGORIA 1. El Discurso sobre el “daño”

Dentro de los relatos de los profesionales es posible identificar dos posturas respecto al “daño por represión política”. La primera de ellas expresa que las personas que vivieron la represión política durante la dictadura desarrollan un “daño” con características especiales, que abarca todos los ámbitos del sujeto, y que es diferenciable de otros problemas de salud por su origen político. Este “daño” cambia

en el tiempo y tiende a cronificarse, pues su mantenimiento esta en estrecha relación con factores del “contexto socio-político” que agudizan los síntomas de las personas, y que desde los profesionales son percibidos como externos a su labor. Esta cronificación se entendería mediante algunos conceptos que se han generado durante la praxis, como son la retraumatización y la transgeneracionalidad del daño.

El segundo argumento o postura desecha la idea de que deba existir una relación de causa directa entre la vivencia represiva y un daño secundario a ella, ello básicamente porque se considera que los eventos que ocurren al sujeto no determinan sus reacciones. De esta manera, si bien no se descarta el hecho de que un individuo pueda manifestar problemas de salud relacionados con estos eventos, se rechaza la idea de considerar a la población como intrínsecamente dañada. Dentro de este relato se considera que la concepción de la población como dañada no es apegada a la realidad de las necesidades de los usuarios, pero además se plantea que el discurso tradicional del daño se constituye como un estigma que marca a la población.

Argumentos del Daño: “las personas integralmente están dañadas”

Esta postura esta basada en una lógica del daño secundario a la experiencia de represión política. El pilar fundamental del relato plantea que la acción de represión ejercida desde el estado tiene la intención de dañar y sus consecuencias se expresan en distintos ámbitos del sujeto, configurándose un espectro de “daño integral”.

“Bueno estamos hablando de un daño que es causado desde el estado e intenta dañar al sujeto como señalaba la compañera, en todas sus dimensiones desde el punto de vista psicológico, físico, social, y a través de él, a todo el entorno que lo rodea, la familia, el contexto al cual pertenece, al partido, a la organización...”

Dentro de los aspectos del daño integral, se subdivide la configuración en un “daño mental” o psicológico, un daño físico o biológico y un daño social, dentro de los cuales las problemáticas de salud mental son las mas frecuentemente aludidas.

“Esta persona puede traer hasta un trastorno psiquiátrico severo hasta un trastorno emocional pasando por el espectro de patologías, y por ende los servicios que otorgamos”

Los aspectos físicos y mentales del daño se integran en lo que se ha denominado

síntomas psicosomáticos. Ellos hablarían de un padecimiento corporal que se manifiesta fluctuante en relación a eventos o fechas que se asocian con el evento represivo.

“el problema principal y es lo que se olvida generalmente, es que fisiológicamente somos un ser, las emociones no están separadas de nuestro organismo, si nosotros tenemos rabia nos duele la guata o se nos aprieta la garganta o nos da diarrea o cualquier cosa, si nosotros tenemos un dolor en alguna parte es todo el cuerpo el que sufre no solo la zona del dolor, porque nos adaptamos, y podemos estar mucho tiempo con ese dolor, pero va a llegar el momento en que nos va a pasar la cuenta y nos va a exigir atención, entonces nosotros tratamos de que esa gente, de que nuestros pacientes tengan toda esa atención, o sea, sabemos que son personas muy dañadas (...), o sea la somatización es exacerbada en nuestros pacientes”

Resulta interesante el hecho de que los síntomas psicosomáticos, así como otras manifestaciones del daño integral, generalmente no aparecen relacionados con la vivencia traumática en la conciencia del usuario. Esta conexión vendría a establecerse posteriormente como resultado de los procesos terapéuticos que siga el sujeto.

“Esas dificultades les generan a veces síntomas psicosomáticos, diferentes daños que les hacen venir aquí y a través de la terapia se va descubriendo que lo que les sucede esta en origen con lo que sucedió en el pasado...”

Tal y como se menciona anteriormente, el tercer eje del daño integral hace referencia a un aspecto social de las consecuencias de la represión política. El relato plantea el daño social como un “nivel” diferente a los anteriores o “individuales” y tendría la complejidad de que escapa a las posibilidades de intervención de las instituciones de salud y a la vez condiciona la “rehabilitación plena” del sujeto.

“(...) él plantea los límites del trabajo de instituciones como las de CINTRAS, en el tratamiento de personas víctimas de la represión política, por que el daño sigue siendo o teniendo una dimensión social, entonces no es recurso de las instituciones no pueden solucionarlos completamente...o sea se puede tratar síntomas, se puede ayudarpero en última instancia

¿lograr una rehabilitación plena?...pero la rehabilitación solo es posible cuando se involucra la sociedad y el estado y se enfrenta como un problema país...claro y eso sigue vigente (...)"

Es tal la importancia que los profesionales atribuyen a "lo social", que el contexto "socio-histórico" aparece en el relato como el modelador de cualquier expresión del "daño individual" pues la subjetividad de cada individuo se enfrenta a la adaptación de este escenario, el cual además se concibe como cambiante y dinámico.

"yo quisiera acotar que evidentemente esto del trauma psicosocial estamos hablando de un contexto histórico, un contexto socio histórico que es dinámico, entonces va el contexto generando en las personas modalidades de comportamiento y de relaciones que van variando de acuerdo a ese contexto, es decir, en este minuto muchas de esas personas que vivieron la reopresión o que estuvieron por esa razón fuera del país tienen que adaptarse o no adaptarse de acuerdo a su subjetividad a esto, a lo que hay, y ahí entonces se van a ir desarrollando distintas forma patológicas o emocionales o relacionales en fin, va instándose una constelación sintomática diversa, pero que esta absolutamente relacionado"

En relación con este argumento, se expone que la población de usuarios relacionados a estas instituciones cambia a lo largo del tiempo. Este dinamismo en el daño individual ha sido un desafío al cual las instituciones han respondido mediante prácticas como las reuniones clínicas.

"En el caso de nuestra institución en las reuniones clínicas ha sido necesario ir enfrentado aspectos nuevos que van surgiendo...en este tipo de personas...claro...por que trabajamos con un universo de personas que van evolucionando en el tiempo también... "

En relación con lo dinámico del daño, los relatos refieren que se deben adaptar constantemente las intervenciones, y que se ha llegado a definir un segmento de la población como dañada crónicamente.

"A medida que va avanzando el tiempo se van presentado nuevos problemas que hay que seguir estudiando, hay que enfrentar para ver

como tratarlos... y no siempre es fácil...y también la solución no siempre ha sido la más acertada...ha sido preciso a veces re-estudiar algunos aspectos de otro modo y asumir, por ejemplo que en algunos casos es un daño crónico...”

La relación entre cronicidad del daño y el “contexto socio-histórico” se expresa claramente en el rol que los profesionales atribuyen a los procesos de justicia relacionados con las violaciones de los derechos humanos. La impunidad de quienes ejercieron la represión y sus principales responsables, se concibe como un factor determinante del éxito de los procesos de reparación del daño. Al ser el objeto de la reparación un “daño político”, cualquier tipo de intervención destinada a su reparación resultará incompleta mientras no incorpore esta variable.

“Integral, no hay reparación posible en un contexto de impunidad, eso es básico, no es homologable el daño causado a estas personas respecto al daño físico que hoy día se usa para indemnizar a alguien que sufrió un daño por pérdida del algo, para nada, eso es incompatible con este tipo de situaciones, por lo tanto cualquier criterio medico, psicológico o con esas características que hoy día definen reparación pecuniaria o pensiones de esas características es incompatible, porque aquí insistimos hay un daño que ha sido causado por el estado (...) hay un daño que ha sido causado por el estado, por lo tanto lo que corresponde es reparación social, moral, recuperación del buen nombre de las personas que fueron dañadas en su dignidad, esta también todo el tema dentro del contexto de reparación social los memoriales, nombres de calles en fin, todo lo que dignifica a la persona que fue desaparecida o ejecutada, o incluso respecto a lo que fueron los expresos políticos torturados, la dignificación de sus nombres , todo lo que fue su trayectoria”

Asociados a la impunidad aparecen nuevos conceptos que buscan explicar la mantención del daño y sus características fluctuantes hoy en día. La retraumatización y la transgeneracionalidad son ejemplos de ellos.

La retraumatización se entiende como un proceso de agudización de los síntomas de un usuario, que ocurre en estrecha relación con sucesos del contexto que estén vinculados con las violaciones de los derechos humanos.

“Muchas de estas personas frente a situaciones contextuales hacen una

retraumatización, algún juicio, el encuentro de un familiar, eventos de impunidad, algo que paso en la sociedad que va a afectar y va a incrementar los síntomas y volvemos a reingresarlo y diseñar un plan”

De esta manera, dentro del concepto de retraumatización se entiende que las recaídas de las personas generan un efecto agravante, pues tienen la característica de que se acumulan en el tiempo. Por otro lado, los profesionales establecen que el elemento más reparador se encontraría en el mismo contexto sociopolítico, siendo la justicia el factor simbólico de mayor peso.

“Mientras se mantenga vigente este impasse, muchas de las personas que vivieron la represión política van a estar cíclicamente haciendo síntomas, van a estar decayendo, y lo hacen sobre una situación ya previamente dañada, entonces es una acumulación, una exacerbación de síntoma.”

En los relatos el concepto de la transgeneracionalidad del daño hace referencia a un fenómeno más reciente, que se considera en la actualidad para explicar las consultas de familiares de víctimas de represión política de segunda y tercera generación. Respecto de estos usuarios se considera que se desarrollaron en contextos familiares dañados y por lo tanto, vivieron la represión de manera directa. De hecho se plantea que la mayor parte de los consultantes actuales pertenecen a la segunda y tercera generación de afectados, quienes acuden por distintos problemas de salud, los cuales durante el proceso terapéutico desarrollan la noción de que su motivo de consulta esta relacionado con el pasado familiar.

“hay otros aspectos que en ese tiempo no se visualizaban como es el daño transgeneracional...o sea en ese momento era sobretudo los afectados directos por la tortura y algunos familiares directos , las esposas, las madres , los que llegaban a consultar recibían tratamiento, sin embargo hoy tenemos una gran cantidad de personas de lo que llamamos como segunda generación (...) ya que en la practica fueron afectados directos... por mucho que hayan sido niños ...en el momento en que por ejemplo fue detenido y hecho desaparecer el padre (...) y los padres no pudieron entregarles todo lo necesario para que el desarrollo sano de un niño, pero además de eso fueron afectados directamente por que presenciaron la detención de sus padres ...y si no fue así vivieron el miedo, el silenciamiento, el secreto, que no les decían lo que había sucedido, que le

tergiversaban la verdad, pero ellos se daban cuenta que algo pasaba....y a veces la fantasía era peor que la realidad...o sea el hecho que no les contaran o no los involucraran en lo que había pasado ...los afectaba directamente (...)... y ya esta empezando a llegar la tercera generación, o sea también hay nietos especialmente de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos”

Desde el discurso el daño transgeneracional estaría explicado por el desarrollo de dinámicas familiares anormales que se mantuvieron y que en la actualidad son necesarias de intervenir a nivel grupal.

“Entonces se fueron dando dinámicas muy anormales de funcionamiento familiar, y una cosa muy restrictiva, media paranoica y un tema de violencia muy severo, incluso uno se pregunta ¿como aquí mismo?...y eso entonces se trabaja a nivel familiar, uno se va dando cuenta como a nivel grupal esto tiene más logros, y la gente además siente que hay cambios positivos, entonces si queremos reparar lo que inicialmente se hecho a perder y que genero todo este sistema de funcionamiento, aparte las muchas cosas que se pueden hacer, como una mirada que abarque a todo ese grupo, siempre hemos dicho por que...pero el daño esta ahí es transgeneracional...”

Argumentos del No daño: *“no nos gusta atender a las personas con el tema del daño porque es un estigma”*

A diferencia del primer discurso, un segundo relato referente a la concepción del daño relativiza la idea en que las personas que experimentaron violencia política durante la dictadura militar, necesariamente tengan un daño.

“Nosotros como equipo tenemos una visión de conjunto que tiene que ver digamos con esto de la reparación y no necesariamente con de que nuestros usuarios sean dañados o estén dañados”

Lo anterior, desde este discurso se encuentra explicado mediante el argumento de que los eventos que suceden al exterior del sujeto no determinan la reacción de este, y por lo tanto la vivencia de una experiencia represiva no es causa directa de un daño. De esta manera, si bien los profesionales no niegan la posibilidad de que en algunos

sujetos se genere un daño, pero se rehúsan a fundamentar el programa bajo el concepto del trauma por que de esta manera el conflicto político se reduciría a dicotomías no resolutorias.

“los eventos todo lo que sucede fuera del sujeto no es algo que define lo que sucede en el sujeto, no es constituyente, es decir, no es por que yo viva la violencia esa violencia va a significar en mí algo que esta definido, yo en términos subjetivos voy a ver que va a suceder aquí, y por supuesto que esto puede ser amargo, no es negarse a ello, pero si nos negamos, en términos medio políticos...de que el PRAIS se constituya a partir del trauma, por que también nos permite que el conflicto político se resuelva a través del trauma (...) se divide el cuento como algunos dañados y los otros...víctima y victimario... buenos y malos y caemos en una suerte de dicotomía que entiendo que no resolvemos nada...o sea ni siquiera nos permite revisar el tema (...)”

Si el programa no es concebido desde la lógica trauma-reparación, pues no se considera que exista una necesidad clínica sobre la cual intervenir, entonces se entiende como una retribución desde el estado para con las personas que en algún momento se vieron perjudicadas. Así este programa de salud es equiparable a otros beneficios que tienen como característica la gratuidad hacia esta población.

“Entendemos que el estado en algún momento reconoce que el caso violación de los derechos de la población...y luego una manera de restituir o dar cuenta de esa falta, es provocar una serie de acciones dirigidas a un grupo de la población determinada, a partir de lo que tiene el estado, pero entre eso una serie de beneficios, así yo entiendo lo que la comisión, las pensiones, las becas educacionales, y en eso ofrecer el sistema de salud público con esta entre comillas garantía de gratuidad a estas personas”

“(...) Yo entiendo al PRAIS desde ese lugar más, más que desde el lugar del daño, más desde el lugar que este grupo de la población (...) necesita una serie de acciones desde la salud mental dirigida para que sean felices (...)”

Lo que se propone es cuestionar la lógica del daño, interrogarse respecto si las personas que fueron reprimidas durante la dictadura necesariamente necesitan un tratamiento, pues esa idea nació en un contexto determinado, y por lo tanto, pasado ya 17 años se debería reevaluar.

“(...) es una discusión que a nosotros nos interesa llevar, esa posición (...), desde la idea que la violencia política genera daño. Entonces están dañados, y por que están dañados necesitan un tratamiento (...)”

“tener la discusión y también con los otros PRAIS acerca del trauma, por que estamos pensando...ya han pasado 17 años, pudo haber sido concebible por la evaluación del contexto en esa época, pero ¿hoy día será lo mismo?...¿Tendrá que ser lo mismo?...yo creo que hoy en día las cosas tienen que ser pensadas...tienen que ser evaluadas”

La importancia que los profesionales atribuyen a esta reflexión sobre el daño, estaría dado por las posibles consecuencias de este discurso, ya que conlleva un estigma hacia esta población. Existe la idea que durante los años próximos a la experiencia represiva podría tener sentido la connotación de un daño o secuela, sin embargo a la fecha esto debería relativizarse.

“y eso es algo súper importante como equipo, primero porque a nosotros no nos gusta atender a las personas con el tema del daño porque es un estigma, positivo o negativo como tu quieras, pero es un estigma, y no todos los usuarios están dañados, hay personas que no tienen idea de ningún daño, de lo que les paso a sus familiares a sus amigos, a su abuelo no se que y que son beneficiarios como podrían ser del programa de la mujer, y también hay que acogerlos y también hay que atender sus demandas, y en estas personas seguramente en los primeros años o un poco mas seguramente tenia mas que ver con personas entre comillas, por denominarlos de alguna manera, directamente dañadas o directamente secueladas, nuestro que hacer es mucho mas amplio, y por lo mismo (...), es menos estigmatizante, menos etiquetante”

La idea de esta consecuencia estigmatizante se podría observar en el hecho de que el mismo usuario se ve a si mismo como un sujeto necesariamente dañado, sin

embargo, desde la experiencia de los profesionales, cuando la vivencia represiva se presenta como motivo de consulta, el énfasis en esta va decayendo a medida que el proceso terapéutico avanza, siendo reemplazada por los conflictos actuales de la persona.

“no se si hay necesidad, yo creo que la gente de repente se inventa... se inventa me sono muy fuerte, pero de alguna manera se estigmatiza para ocupar a la carolina entorno a la idea de que tiene que estar dolida por lo que sucedió hace 30 años, y viene muchas veces con esa demanda “sabí a mi me pasan muchas cosas por lo que me pasó el 73” pero luego eso a la tercera sesión ya cae, ya cae y lo que aparece con mayo fuerza es el conflicto con la pareja o el conflicto con los hijos o el conflicto vital actual, o la soledad, la vejez...”

Nos parece interesante destacar el siguiente fragmento, pues en él se expone la percepción de un supuesto omnipotente tras la lógica daño-reparación, donde por el hecho de definir un sujeto como dañado, se debería generar en este la necesidad de iniciar un proceso para ser reparado. Respecto a la posibilidad de que un sujeto presente secuelas se plantea:

“Y yo te diría aunque lo estuvieran fijate, porque ¿quien tiene el poder de decir que tengan que atenderse?, porque si yo ando cojeando por la vida puedo seguir cojeando ¿y? es como esta idea omnipotente de que yo porque lo defino yo como dañado tiene que ser recuperado”

CATEGORIA 2. El Discurso de Las Diferencias

Dentro de los discursos obtenidos se configura un eje que se resume en la categoría siguiente. Se trata de distintos argumentos aludidos por los profesionales de las instituciones participantes que buscan marcar una distinción respecto al trabajo que ejecutan como “intervinientes en problemáticas de derechos humanos”. Dentro de este grupo se pueden identificar intentos de diferenciar a la población de beneficiarios, a los profesionales y a las instituciones, sin embargo, dentro de cada uno de ellos solo expondremos los elementos novedosos respecto del trabajo de realizado en Piper (1997), ya que en dicha investigación la autora describió en profundidad una marcada

tendencia en el discurso de “derechos humanos” a establecer diferencias con cualquier otra problemática de salud mental, tendencia que hoy conserva la mayor parte de sus argumentos y relaciones.

Los discursos diferencian a la población en base a cuatro criterios distintos: características propias, características clínicas, origen de la problemática clínica y por los beneficios de ser un usuario PRAIS. Este último es un argumento distinto, una postura novedosa que no se describió en investigaciones anteriores, mientras que los tres anteriores han sido expuestos y se mantienen sin variaciones. El nuevo argumento propone que los usuarios no se diferencian del resto de la población más que por el hecho de ser beneficiados por la gratuidad y la garantía del programa PRAIS y por lo tanto da cuenta del desarrollo de un polo distinto en la mirada de las diferencias.

Los profesionales de estas instituciones se diferencia del resto al atribuirse a sí mismos una sensibilidad especial en la acogida de los usuarios y un conocimiento especializado en la historia del periodo previo y durante la dictadura del país. Más que ser argumentos diferenciadores novedosos, nos parece que representan una flexibilización del círculo de profesionales respecto de las descripciones anteriores del discurso.

Un componente del discurso de la diferencia que se ha mantenido intacto concentra los argumentos que distinguen a las instituciones en sí del resto de la red de salud. Se propone que lo particular de la “institución de derechos humanos” es que son organismos “políticos” o “político-clínicos”, son también instituciones de “salud integral” y no de “salud mental”, y además son instituciones cuya continuidad no está asegurada.

Ahora bien, dentro del grupo de “instituciones de derechos humanos” se recalcan diferencias entre las organizaciones no gubernamentales y los equipos PRAIS que anteriormente no han sido descritas. De parte de las ONGs los principales argumentos diferenciadores serían la mayor trayectoria histórica interviniendo la problemática, mayores competencias técnicas y un trabajo constante de teorización y sistematización de su quehacer; mientras tanto, desde los equipos PRAIS se justifica la diferencia por la mayor extensión de su población objetivo, la heterogeneidad de perfiles en los usuarios que consultan y diversidad de posturas en los profesionales de un mismo equipo.

Las diferencias del usuario: *“Este paciente es distinto al otro (...) porque aparte de una situación clínica (...) no es el producto de la vida (...) es producto de esto otro”*

En las entrevistas se presenta al usuario como un sujeto especial, distinto del de cualquier otra institución de salud. Esto lo atribuimos como un eje del discurso de la diferencia.

Los elementos del discurso que agrupamos como “características personales” se refieren a formas especiales de relacionarse del usuario que estarían dando cuenta de rasgos compartidos, un perfil especial que los diferencia de los usuarios de otros servicios de salud. Los más aludidos son la desconfianza, la autoexigencia, la sobredemanda.

Otro criterio utilizado para diferenciar al usuario de las instituciones son las características de sus problemáticas clínicas. Desde este punto de vista los discursos proponen que hay diferencias en la forma de presentación, en la complejidad de las dificultades clínicas y los factores asociados como el envejecimiento. Algunos factores que los profesionales consideran no manipulables desde su posición, mantienen el “daño” a lo largo del ciclo vital, conformándose importantes desafíos en lo que se refiere a adaptar los enfoques de intervención a una población que cambiante. Actualmente destaca en el discurso la dificultad de intervenir en temáticas como el envejecimiento, la angustia por no cumplir los objetivos de vida, etc...

“En el caso de nuestra institución en las reuniones clínicas ha sido necesario ir enfrentado aspectos nuevos que van surgiendo...en este tipo de personas...claro...por que trabajamos con un universo de personas que van evolucionando en el tiempo también... o sea es distinto a lo que sucede en un hospital psiquiátrico (...) seguir esta evolución desde lo lógico también nos va enfrentado a nuevas realidades”

Se distingue de las propiedades de las manifestaciones clínicas el origen de estas, ya que el evento represivo tiene la particularidad de ser “político”, particularidad que se transfiere al fenómeno clínico. El evento es especial por su contexto y su intensidad, que lo harían prácticamente incomparable con cualquier otra experiencia que se pudiese generar posterior a la dictadura. Se plantea de hecho que las características clínicas en las necesidades del usuario pueden ser similares a las de un sujeto que no vivió experiencia represiva, sin embargo, en esta lógica el origen del malestar le confiere una particularidad al fenómeno que llega incluso a justificar la necesidad de una prioridad en la atención de salud.

“Este paciente es distinto al otro, no es porque sea mas lindo mas feo,

mas flaco, tiene bigote no tiene bigote, es porque aparte de una situación clínica, puede que a lo mejor tenga una hipertensión por ejemplo pon te tu, o que tenga un menisco roto, quizás ese menisco roto es producto de esto otro, no es el producto de la vida, de un accidente laboral, de un accidente común, es producto de esto otro, por lo tanto yo creo que salud debe necesariamente dar una prioridad de atención frente a esto y no que el cuadro clínico mande sin poder involucrar también este espacio”

El cuarto criterio diferenciador no había sido registrado en investigaciones anteriores que aludían el discurso de la diferencia, y podríamos considerarlo un distanciamiento de los anteriores. Se propone que los usuarios de estas instituciones no se diferencian clínicamente, del resto de la población que se atiende en otros centros de salud. Tampoco se hace alusión a las propiedades de la vivencia represiva que confieran una particularidad al problema, ni a características personales de la población.

“Te fijas, o sea no hay una demanda del usuario que fue torturado que fue preso político a hacer una evaluación de su secuela, eso nos quiere decir dos cosas, que la gente igual no esta con el minuto que ellos vivieron una situación extrema, trabajan, están incorporados a su vida, etc, o sea están viviendo una vida normal, te fijas? o sea existe como toda una cosa de que tienen que estar dañados, y por ende digamos los hace dependientes y nosotros como los papitos a cuidarlos, como trata de hacer en cierta forma el estado, el gobierno, el ministerio de salud”

“Además que los mismos usuarios no se sienten con el cartel de dañados, talvez hay algunos que si quedaron con algunas cosas pero la regla general y lo que nosotros recibimos desde la salud física, llegan por una patología y una morbilidad común”

La diferencia de este modo estaría basada fundamentalmente en el hecho de que son beneficiarios de una garantía especial, la cuál obtienen por el hecho de tener una vivencia o ser familiares de alguien que la experimentó. De hecho se considera que gran parte de los usuarios consulta en busca del beneficio, más que con el objeto de elaborar dicha vivencia.

“Es diferente talvez el tipo de usuarios que acoge, talvez el que va al

COSAM tiene una patología de salud mental entrecomillas común, por decirlo de alguna manera, no es como el que viene para acá que ya viene con una vivencia o siendo beneficiario porque otro la vivió, me refiero a un familiar que se yo, y le toca el beneficio”

“Pero la gente por lo menos en el tiempo en que yo estoy, cachan perfectamente de que se trata, su posición frente al programa, porque como te digo viene mucha mas gente a ver el tema del beneficio que a relatarnos, a encontrar otra cosa que no sea eso”

Las diferencias del profesional: *“por lo menos entiende como se fueron generando estas situaciones, y por lo tanto no es cualquier psicólogo”*

Los profesionales que participan en instituciones de salud de derechos humanos también se diferencian. Se atribuyen características propias que marcan una diferencia respecto a su praxis. Los argumentos más aludidos son una sensibilidad especial en la acogida de los usuarios y un conocimiento especializado en la historia del periodo previo y durante la dictadura del país. Estos criterios guardan similitud con los descritos por Piper (1997), donde los equipos planteaban que era necesaria una relación prácticamente directa con las violaciones a los derechos humanos, o poseer extensa experiencia en alguna institución de derechos humanos, sin embargo nos parece que son menos exigentes, más flexibles y por lo tanto más inclusivos.

En el discurso se observa que los profesionales se consideran con un mayor grado de sensibilidad, lo que según ellos, estaría asociado a poder brindar una mayor acogida en comparación con la atención en una institución tradicional.

“Yo creo que igual lo que diferencia para tratar de hacer el distingo de un consultorio común, es que la gente aquí sabe que tiene un lugar de acogida donde puede hablar su tema, yo creo que esa es la diferencia fundamental, si ese tema le importa, le duele, lo lastima, aquí tiene orejas que lo van a poder escuchar, que lo van a orientar, eso, es una instancia de profesionales sensibilizados, que yo creo que eso es lo que nos diferencia de cualquier otra instancia de atención”

Por otro lado, se propone que el profesional que trabaja en derechos humanos debe estar familiarizado con la problemática en forma personal o académicamente, y un mayor conocimiento de hechos históricos del periodo de la dictadura, además de

las competencias propias de su disciplina. En el discurso se relaciona lo anterior con una demanda característica del usuario que pone constantemente a prueba al profesional.

“Cuando van ingresando recién te van probando cuanto conoces tu de la historia, si sabes que estas características son de este centro y no de este otro, si sabes que en tal fecha cayo tal persona o cayo tal dirección, que repercusiones tuvieron para dos años después, y eso el paciente lo agradece bastante, o por lo menos esto no es el loco, este no es tan tonto, y por lo menos entiende como se fueron generando estas situaciones, y por lo tanto no es cualquier psicólogo”

“la gente que venga o que trabaje tenga relación con el tema y si no hay una relación profesional por lo menos una relación familiar con el tema, eso es lo que quiero que sea conocido, y que por lo menos haya visto ciertos cuadros, que son los que va a ver acá, por lo mismo que te planteaba al principio que el paciente siempre te esta probando y si te ve mal parado te lo va a hacer saber”

Las diferencias de la institución: *“estos son programas político clínico, y no un programa clínico a secas como cualquier otro”*

Un tercer eje del discurso de la diferencia se refiere a lo particular de la institución de derechos humanos en comparación al resto de las instituciones de salud. A este respecto, se pronuncian los profesionales caracterizándolas como instituciones “políticas” o “político-clínicas”, instituciones de “salud integral” e instituciones con “futuro incierto”. Todos estos argumentos se han mantenido sin grandes variaciones en el discurso de la diferencia y no se observan elementos nuevos respecto de investigaciones anteriores.

La institución es diferente porque trabaja en una problemática diferente “política”, por lo mismo el usuario y su daño es diferente.

“Si yo creo que hay una intención política ya que es un programa que es político con daño político, por lo tanto tú no haces no haces nada azaroso”

Se hace hincapié en una inestabilidad de las instituciones, el discurso se refiere principalmente a la dificultad de conseguir financiamiento por parte de las instituciones

no gubernamentales y, en el caso del PRAIS, a la dependencia de las decisiones del gobierno de turno, lo que ha sido expuesto en investigaciones anteriores.

... tiene que ver por una postura política, no me cabe duda que si cambiamos de gobierno van a cambiar muchas cosas, me entendí, o sea es probable que hasta no sigamos, eso da la sensación de volatilidad, de poco sustento poh, de...de...no continuidad, de no tener establecido, porque de repente nosotros somos una dependencia del servicio, pero de repente no somos.

“fue cada vez más difícil conseguir financiamiento para nuestro trabajo (...) después se logró superar ese momento más crítico hubo visitas internacionales (...) que pudieron comprobar en terreno que nosotros no estábamos inventado respecto a que el daño persiste en el tiempo (...) así que realmente se dieron cuenta que era una realidad y volvieron a dar aportes, pero ya en menor medida que en años anteriores...pero nos ha permitido mantener el trabajo siempre con frustraciones , siempre con periodos inciertos...siempre con la incertidumbre de que va a suceder el próximo año”

El tercer argumento diferenciador de estas instituciones es el hecho de que se consideran equipos de salud integral, y no necesariamente especializados en problemáticas de salud mental, por lo tanto se distancian de la red de salud mental.

“No tenemos nada que ver con un COSAM, o sea somos un equipo de trabajo de salud integral vemos una serie de aspectos, no necesariamente nosotros vemos gente que este con un problema de salud mental”

La tendencia a diferenciarse en las instituciones se concentra también en la formación de distinciones entre organismos no gubernamentales (ONGs) y el programa PRAIS. Por parte de las ONGs, la principal diferencia aludida con respecto a los equipos del programa PRAIS es la trayectoria histórica de intervención en la problemática.

“(...) yo creo que tiene que ver con la experiencia, definitivamente la gente reconoce, valida a CINTRAS como institución también porque empezó a trabajar por esos años, es decir hay una historia, hay un respaldo, em... y

una postura escondida detrás de esta institución, que avalan, que la gente la siente como legitimado, versus por ejemplo, yo estoy diciendo lo que escucho de los usuarios, versus otros equipos de salud por ejemplo algunos PRAIS, yo he escuchado comentarios que dicen “sí es que contratan profesionales muy jóvenes que no saben lo que pasó en esa época” (...)”

Un segundo argumento se refiere a la mayor competencia técnica del equipo conformante de la ONG, que lo coloca en un rol de “referente” y capacitador para el resto de los equipos de salud.

“y yo creo que el tema de derechos humanos es un tema de especialización, que hoy día los equipos PRAIS tienen avanzado algo, los equipos de atención primaria están todavía muy falentes en eso, eso tiene que ver con la proyección que estamos haciendo también en cintras, de trabajar con ellos en lo que es su formación profesional, y somos un referente para esa red, o sea nos piden las capacitaciones y yo creo que esa es una cosa que tiene que ver con la vigencia de este equipo, con su especialización”

Otros elementos diferenciadores aludidos en el discurso hacen referencia a la sistematización y teorización de su trabajo y el trabajo en red con otros organismos de salud tanto a nivel nacional como internacional.

“(...) yo diría que la experiencia, la sistematización de la experiencia, em... la teorización ¿no?, el hecho de estar ahí produciendo material, colocándolo al servicio del concierto nacional, internacional, el hecho de estar en red es lo que nos diferencia talvez de las otras ONG, ser un referente para los PRAIS, para los otros equipos de salud, y que utilizamos ¿no? La misma lógica, el mismo...podemos dialogar con el aparato público (...)”

Por otro lado, desde la posición del discurso de los equipos PRAIS, la tendencia a diferenciarse de las ONGs se presenta aludiendo fundamentalmente a la heterogeneidad existe entre los usuarios y entre los profesionales de un mismo equipo.

Se propone que los usuarios del programa responden a un perfil mucho más

diverso y una población más extensa que la de las ONGs, las cuales brindarían servicio a una segmento más homogéneo y reducido, que además presenta alguna cercanía con la institución.

“hay una diferencia al tema de las ONGs y que lo que nos diferencia, además nosotros atendemos desde la súper estrella hasta el más marginal de los marginales, situación que no se produce en las ONGs se atiende al que tiene más cierta cercanía ya sea política, militante o de historia...sin embargo la oferta que tienen las ONGs versus la oferta que tenemos nosotros no son comparables, nosotros quizás tenemos diez veces más de oferta de lo que pueden tener las ONGs, y debemos pensar que estos pacientes nunca van a llegar a un centro que pueda prestar la prestación necesaria”

Además se plantea que, a diferencia de lo que podría ocurrir dentro de una ONG, en los equipos PRAIS hay diferencias en las posturas de los profesionales. Esta diversidad generaría un atractivo para algunos usuarios, debido a la “flexibilidad” que se deriva de ella, pero también formaría una especie de segregación del programa, notoria cuando se compara con la unidad (“bloque”) de un equipo de ONG.

“yo creo que tu lo notas, es mucho más heterogéneo, por que el CINTRAS, FASIC o el ILAS, tienen la gente va y sabe a donde va...hay peritas y hay manzanas...no se va encontrar tuti fruti... de alguna manera la gente acá también puede encontrarse con distintas posiciones, desde mi punto de vista tiene un plus, como hay otras cosas que quizás nos ha pasado la cuenta internamente como PRAIS, obviamente las ONGs son mucho más bloque que el PRAIS en su conjunto, y los PRAIS han actuado más en bloque pero a nivel territorial, los históricos, yo creo que eso también, hay un gran porcentaje de la población, que quizás y sobre todos los beneficiarios que vienen acá por que tienen otra características a los beneficiarios que van ONGs que les da ese plus esa flexibilidad, que se sienten más cómodos”

En el discurso surge un cuestionamiento a los “conceptos del mundo” de las ONGs, los cuales se reevalúan en función de los cambios ocurridos en el contexto nacional. Se establece de esta manera una hipótesis que relaciona el mantenimiento de estos conceptos con la necesidad de estas instituciones por justificar su existencia

y quehacer en pos de conseguir financiamiento.

“(...) Hoy día es cuestionar ciertos conceptos del mundo que trabaja con sujetos a reparar, con el ILAS, con el CINTRAS por que creemos que hay un abuso conceptual que es interesante de cuestionar o de pensarlo, es decir por ejemplo, el CINTRAS una serie de conceptos que hay que revisar, a lo mejor estuvo bien por un tiempo, el ILAS también, hay que leer que se quiso decir hace un tiempo, entonces es muy distinto hoy día (...)”

“(...) estaba pensando que también esta influenciado por el discurso de las Ongs que para poder sobrevivir tienen que seguir dando cuenta de que existe lo que dijeron que existía, o el afectado por la tortura, el doliente vivo con sangrante así me imagino yo desde el discurso de la Ong (...) entonces si no existe debiera acabarse (...)”

En este equipo se atribuye este cuestionamiento a una dinámica de funcionamiento propia. Se trataría de la instauración de la reunión de equipo como práctica constante, y que ha permitido la reflexión respecto al que hacer de la institución.

“Una de las cosas que nosotros hemos tenido por mucho tiempo es garantizar las reuniones de equipo semanalmente (...)”

“Eso diría yo nos marca una distinción con respecto a otros PRAIS...a eso hemos llegado ya que nos hemos dado el espacio para interrogarnos acerca del PRAIS...hemos trabajado durante unos siete años...que es que hay una práctica del equipo por interrogarse acerca del quehacer... hemos logrado instalar en lo que es la implementación programática del programa”

CATEGORIA 3. El Discurso sobre la Reparación y lo Reparatorio

Uno de los ejes principales en torno al cual gira el discurso es “la reparación y lo

reparatorio”, dentro de esta categoría se observan matices que de todas formas responden a dos argumentos predominantes, cada uno los cuales está directamente relacionado con una postura sobre el daño.

El primer argumento se centra en la concepción del daño como integral, holístico, biológico, psicológico y social. Estas múltiples facetas del daño harían necesaria la aparición de un abordaje distinto en las intervenciones que buscan la reparación integral. Dentro de esta reparación integral se aprecia un rol importante de los profesionales de la salud, aunque aparecen como determinantes ciertos factores políticos, judiciales, macrosociales que se perciben como externos, o no manipulables por los equipos de salud.

La segunda postura en el discurso no niega la posibilidad de que exista un daño, pero si se resiste a la categorización del usuario como parte de una población dañada. La responsabilidad de la “reparación” para el supuesto daño excedería a los equipos de salud pues quién determina la necesidad es el usuario y sus decisiones.

Dentro del primer argumento las intervenciones son especiales y se diseñan con la intención de reparar, por lo que uno de los primeros objetivos es lograr que el usuario conecte su problemática actual con la “vivencia traumática; en cambio en el segundo discurso las intervenciones son en salud integral y solo en el caso que el usuario lo presente como su necesidad se elabora la experiencia represiva, de lo contrario el foco de la intervención es la dificultad actual sin que se busque necesariamente un nexo con el pasado.

El vínculo comprometido aparece en ambos discursos, en uno es un requisito necesario e incluso suficiente para lograr la reparación (o parte de ella), en el otro es cuestionado en función de la utilidad que puede prestar actualmente, y se desecha para dar paso al vínculo tradicional en la relación usuario-tratante en las instituciones de salud.

Abordaje integral: *“debe ser un abordaje integral, o sea que tiene que considerar al consultante al paciente, como una persona con aspectos que tiene que ver con lo físico, con lo mental y lo social”*

En el discurso se observa que cuando se concibe un daño integral se asocia una necesidad de reparar integralmente.

“(...)Claro sobre todo en torno a la visión y el enfoque, en el sentido que debe ser un abordaje integral, o sea que tiene que considerar al consultante al paciente, como una persona con aspectos que tiene que ver con lo físico, con lo mental y lo social (...)”

Los profesionales expresan que dentro del abordaje integral se deberían implementar intervenciones diversas (clínicas, grupales, comunitarias, académicas, etc.), cada unas de las cuales posee su propia relevancia y sumadas en total pueden tener un efector reparador.

“(...) el enfoque es integral, por lo general la psicoterapia que yo hago es una parte más de algo mayor que si significativamente tiene impacto, pero que no sirve de nada si nos esta otra parte, que es lo médico, el control psicofarmacológico, las intervenciones psicosociales, una contención de equipo (...)”

En el discurso se establece un conjunto de necesidades del usuario donde se configura un eje clínico en las intervenciones. Dentro de este eje puede variar la prioridad que se confiere a los problemas de salud mental y salud física, pero se comparte la idea de que un abanico más amplio de especialidades clínicas se complementa, produciendo un abordaje más integral. Asociado a esto, la posibilidad de sumar distintas instituciones en el tratamiento del individuo generaría en él una percepción de mayor acogida en el sistema de salud.

“(...) Esta persona puede traer hasta un trastorno psiquiátrico severo hasta un trastorno emocional pasando por el espectro de patologías, y por ende los servicios que otorgamos son aquí los que ustedes ven, consulta de psiquiatría que puede ser más profunda o que puede integrar o no tratamiento farmacológico, y nosotros y los psicólogos realizamos psicoterapia (...) y acá esta la intervención psicosocial que si bien la responsabilidad está depositada en el trabajador social, todos estamos involucrados en el apoyo psicosocial, que incluye reparación”

“(...) Posteriormente continuamos trabajando con estas otras especialidades, tanto el medico, como el psiquiatra como el psicólogo pueden derivar internamente los casos, o derivarlos a otras especialidades, podología, trauma, dental por ejemplo, por lo tanto salen

con la venida desde acá, (...) entonces la idea es que aquí el que esta en control con nosotros pueda tener este momento en este espacio la posibilidad de poder ser derivado le va demostrando al paciente que no es tan solo que estas personas buena onda están tratando de apoyarlo o mostrándose confiables, sino que a partir de este inicio, mostrar que el sistema también puede dar respuesta a su inquietud (...)"

Un segundo eje sería el trabajo grupal, psicosocial y comunitario en un ámbito distinto a lo clínico. Desde el discurso de ellos estas intervenciones tendrían un efecto difusor, desprivatizador, recuperaría condiciones anteriores de asociatividad, y por ende reparatorio

"por lo tanto si se mantiene la idea de recobren esta idea de organizarse que la tuvieron en la época de la dictadura, que la tengan hoy día que la potencien hoy en día (...)"

"(...) yo diría que un elemento es lo comunitario como avance a la desprivatización a nivel del daño que se ve muy fuerte, la elaboración de las retraumatizaciones, otra parte reparatoria que implique un acercamiento a los distintos niveles de las organizaciones y las agrupaciones, contribuyen a factores de reparación (...)"

"(...) no solamente tenemos estas intervenciones aquí entre cuatro paredes, nuestro compromiso y modo de atender esta situación pasa también por hacer declaraciones públicas, estudiar los fenómenos que hoy repercuten en la gente, seminarios, charlas, conversaciones con las agrupaciones, pronunciamientos políticos respecto de la situación, a las propuestas gubernamentales, eso también tiene que ver con nuestra forma de entender el daño y las eventuales propuestas de reparación (...)"

Un tercer eje de lo reparatorio estaría compuesto por variables diversas que se atribuyen como externas al que hacer de las instituciones y que estarían bajo la responsabilidad de "el estado" o de "la sociedad"

"(...) Uno puede tener muchos conceptos de que es reparación,... los PRAIS son un elemento que contribuyen a eso a nivel de sin pretender asumir las reparaciones que tiene que hacer el estado...no es cierto?... y

la sociedad también (...)

“(...) hay mucho que reparar desde el punto de vista económico, porque además son familias que se empobrecieron, que dejaron de desarrollar sus proyectos personales individuales, por lo tanto también hay que reparar todo lo que fue la pérdida del proyecto vital individual o familiar, ósea el ámbito de reparación es mucho mas amplio de lo que hoy día han planteado y han venido planteando los gobiernos de la concertación (...)

“(...) una reparación social un reconocimiento así que ellas lo sientan como reconocimiento, porque tu puedes hacer muchas cosas respecto de una persona, pero si la persona no siente como tu esperas que lo sienta no sacas nada, entonces la reparación social, la reparación con ellas tiene que ser de acuerdo a lo que ellos necesitan no? (...)

Algunas de estas (como la impunidad, la justicia, la verdad, por ejemplo) incluso son condiciones necesarias para conseguir el objetivo de la reparación, por sobre las intervenciones ofrecidas por las instituciones.

“(...) Integral, no hay reparación posible en un contexto de impunidad, eso es básico”

Ahora bien, cuando el discurso cuestiona la idea de que una vivencia de represión política determine la existencia de un daño en el sujeto y su entorno, las intervenciones o el accionar general no responden a una necesidad especial.

“(...) no hay una demanda del usuario que fue torturado que fue preso político a hacer una evaluación de su secuela, eso nos quiere decir dos cosas, que la gente igual no esta con el minuto que ellos vivieron una situación extrema, trabajan, están incorporados a su vida, etc., o sea están viviendo una vida normal, te fijas? o sea existe como toda una cosa de que tienen que estar dañados, y por ende digamos los hace dependientes y nosotros como los papitos a cuidarlos, como trata de hacer en cierta forma el estado, el gobierno, el ministerio de salud (...)

“fue política del ministerio de salud publica y del gobierno, de los gobiernos democráticos el hacer el PRAIS un programa dependiente de salud mental, porque existe la política de que si son del PRAIS están dañados, o sea son personas que ya están estigmatizadas que ya están

probablemente traen una carga digamos, pero no necesariamente tienen un daño hasta hoy”

De esta forma, los profesionales con este discurso no generan sus acciones con el objetivo de “reparar el daño de la represión política” en sus usuarios, sino que lo hacen siguiendo un modelo de abordaje integral similar a un centro de salud primaria.

“(...) Así ¿acciones concretas, tendientes a la reparación? Yo percibo que no, tampoco tenemos la concepción de daño, no nos gusta nosotros no tenemos acciones programadas para la reparación o sea hoy día vamos a hacer el taller o no se la terapia, no, o sea tenemos actividades puntuales como las del proyecto de ley Valech, pero mi percepción es que no hacemos acciones directas con nombre y apellido (...)”

“(...) Tenemos una forma de trabajo que es característico (...) apunta claramente a un proyecto de salud integral (...)”

La integralidad se lleva a cabo en a lo menos dos formas diferentes. Es integral pues el usuario que consulta se incorpora de inmediato a una red de salud, con un amplio abanico de disciplinas que pueden responder a su necesidad; es integral además por el enfoque con que se atiende a cada usuario, pues constantemente hay una comunicación interdisciplinaria para llevar a cabo un tratamiento coordinado.

“(...) Es integral en el sentido que se atiende al usuario y luego se incorpora a la red de atención, entonces si necesita un especialista ahí está, entonces claro, tiene los problemas que tiene el país, sistema de salud publico, y claro hay que ver como se resuelve eso, y nosotros haremos lo que tenemos que hacer, pero ¿es la respuesta integral? Sí (...)”

“(...) bastante integral, no solamente me duele la oreja y yo solo me voy a preocupar de la oreja ¿me entendí? también hay una coordinación interdisciplinaria, nosotros conversamos harto los casos, nos ponemos de acuerdo (...)”

Ahora bien, dentro del abanico de intervenciones, este polo del discurso se enfoca en el presente, y a diferencia del anterior no busca como objetivo retrotraer al

usuario hasta su experiencia represiva, pues se desestima el poder explicativo y terapéutico de un procedimiento como ese.

“(...) yo creo que la gente de repente se inventa...se inventa me sonó muy fuerte, pero de alguna manera se estigmatiza para ocupar a la carolina entorno a la idea de que tiene que estar dolida por lo que sucedió hace 30 años, y viene muchas veces con esa demanda “sabi a mi me pasan muchas cosas por lo que me pasó el 73” pero luego eso a la tercera sesión ya cae, ya cae y lo que aparece con mayor fuerza es el conflicto con la pareja o el conflicto con los hijos o el conflicto vital actual, o la soledad, la vejez (...)”

“(...) Aparece lo de hoy día, y lo de hoy día es de hoy día, es cierto que en esa historia esta el referente y es cierto que pueden hablar mucho de cómo la persona esta en todas estas situaciones y eso puede ser trabajado en su contexto, pero no es lo preeminente (...)”

Desde el discurso se entiende la relación del usuario con la institución, como el acceso a un beneficio, donde es el beneficiario quien tiene el poder de decisión para iniciar cualquier tipo de intervención

“(...)Entendemos que por ahí va el entender al otro tal vez como un sujeto...como un usuario que ocupa un servicio el cual usa...y es un usuario...define él cuando lo usa y cuando no, y es paciente cuando él lo decide...y en función de eso se organiza lo que es la atención(...)”

Rol del usuario en el proceso: *“la reparación no es algo que dependa de nosotros poh, es algo que depende de ellos”*

En el proceso de reparación los focos de las intervenciones son el resultado de la interacción entre el motivo de consulta del usuario y las necesidades identificadas por los profesionales desde la experticia de su disciplina

“(..).Unas de las características del trabajo que hacemos acá es co-construir un plan de intervención, no es un plan de intervención que imponemos, sino que se democratiza digamos con las persona, nosotros podemos ver, ya los clínicos analizamos la situación de la persona pero a la ves cuando se le reporta a ellos “mira nosotros creemos que podríamos por aquí que te parece a ti cuales son tus expectativas de tratamiento, cuales son tus intereses, tus preocupaciones” y los integramos al plan (...).”

El aporte de los profesionales desde su saber es importante, pues el usuario no siempre es conciente del origen y los factores que mantienen su malestar, de esta manera, unos de los objetivos del tratamiento terapéutico, es favorecer en el usuario el conocimiento de la relación directa que existe entre su malestar y la experiencia represiva.

“(..).Ahora, no necesariamente la gente hace una asociación respecto a como vive hoy día una serie de síntomas, respecto a una situación traumática detención de tortura que pudo haber sido hace 20 o 30 años, eso, nosotros con la experiencia que uno tiene efectivamente puede concluir que hay una relación y es una relación directa (...).”

“(..). Los procesos psicoterapéuticos lo van mostrando lo van clarificando y recién enganchan y hacen la conexión (...).”

Sin embargo, desde la segunda postura sobre el daño, la “reparación” depende necesariamente del usuario, y si bien, no se considera que la población este dañada intrínsecamente, no se niega la posibilidad de que algún usuario sienta la necesidad de elaborar en torno a su experiencia represiva.

“(..). la reparación no es algo que dependa de nosotros poh, es algo que depende de ellos, no es que tomen la decisión conciente de cómo autorepararse, sino que como han seguido viviendo la vida, y el tiempo ha

mostrado que la continúan viviendo, (...) Y si quisieran abordar esas temáticas particulares están las instancias, mi experiencia particular es que nadie quiere hablar ese tema, la principal defensa que tienen las personas ante el maltrato, ante la tortura, ante el dolor, es obviarlo (...)"

En relación a lo anterior, en vista de que se atribuye al usuario el poder de decisión respecto al inicio de un tratamiento, el concepto de reparación se pone en tela de juicio.

"(...) Es como esta idea omnipotente de que yo porque lo defino yo como dañado tiene que ser recuperado, es como el concepto de reparación que es medio conflictivo pa' mi gusto ¿ya? Porque promete algo que no esta en las manos de quien lo esta realizando cumplirlo, en este caso le dice a los PRAIS ustedes van a reparar pero los PRAIS o los profesionales de ahí no tienen ninguna posibilidad de lograr (...)"

Vínculo comprometido: *"Hay un pilar fundamental que nos sustenta a todos que sería el caso del vínculo comprometido"*

Los profesionales con este discurso señalan que para que exista reparación es absolutamente necesario un tipo particular de relación usuario-institución que se caracteriza por una participación en actividades externas al ámbito institucional, una explicitación de la postura política del profesional y un compromiso especial, que tendrán el efecto de generar la confianza necesaria para iniciar cualquier tipo de trabajo reparatorio.

"Hay un pilar fundamental que nos sustenta a todos que sería el caso del vínculo comprometido, entonces yo creo que eso es básico, para poder trabajar estos temas que son difíciles"

"nosotros lo traducimos en este compromiso explícito, y ese compromiso explícito involucra muchas veces acompañar en lo que sea a las agrupaciones, a los usuarios en las actividades que realizan por un lado, en todo lo que sea comunitario en términos....pero más allá de eso va en el compromiso como equipo...eh, y a nivel individual en esto de ser explícito, de que en general para los pacientes, es súper importante saber a quien tienen al frente, (...) si tu no eres explícito en tus convicciones y te

preguntan de muchas veces de que partido eres antes de atender.. se están sentando y te lo preguntan, entonces si tu no eres explicito y clara al respecto no hay confianza”

“y que entrando en este espacio reducido de tres por tres, frente a una persona desconocida también o desconocida como terapeuta (...), logre ese nivel de profundidad respecto a asumirse en tal condición, yo creo que esa instancia para mí es lo mas trascendental para poder después empezar a trabajar con lo otro, porque (...) creo que pasa necesariamente por una relación de confianza, sentir que tu si bien eres funcionario de estado, también eres alguien que no va a cuestionar algunas cosas que tal vez si se va a cuestionar otra persona, y por lo tanto acepta esa situación, (...)”

El discurso expresa otra forma llevar a la practica el vinculo comprometido a través del encuadre institucional. Se trataría de adaptar las condiciones institucionales al usuario en función de la consideración de sus características y necesidades como un sujeto especial

“El mismo vínculo comprometido pero con más forma implícita, como sostener por ejemplo un encuadre donde hay personas que llegan a consulta una vez y después no vienen....eso que en cualquier otro lugar le darían el alta administrativa, acá uno sabe que tendrá que esperar, que llamará, que tendrá que decir que esto puede pasar (...) como acá usted también puede desconfiar...acá usted tiene el derecho a desconfiar (...) como confirmar un montón de situaciones que durante mucho tiempo...eh no se confirmaron socialmente, es como validar la experiencia también (...) entonces es ser constante en eso para que en algún minuto se pueda establecer confianza (...)”

Desde la postura de que el daño es relativo se entiende la relación del usuario con la institución como el acceso normal a un beneficio, donde es el beneficiario quien tiene el poder de decisión para iniciar cualquier tipo de intervención. Así, el vínculo comprometido se rechaza como concepto y práctica, por lo tanto, en este aspecto no existiría una particularidad que lo diferencie del compromiso ético habitual del profesional de salud.

“A mí me toca ofrecer un servicio y es el otro el que decide cuando lo toma, decide transferirme una situación de poder entre comillas, y que así como me la transfiere también me la quita, por decir...por x razones me puede decir que ya no quiere que yo siga siendo su psicólogo, también lo entendemos y queremos entenderlo así..pero la gente sabe que es así...el que decide es el otro...yo lo entiendo así...”

“(...) hoy en día no entendemos el vínculo comprometido, es decir hay un compromiso ético, pero hay un compromiso que es regulado por ley como funcionario, yo no puedo traspasar cierto...¿me entendí?...yo no puedo traspasar cierto protocolo, o pasos a seguir. Eso hasta el año 88 era loco pensarlo así, por que allí no se iba al sistema público, por que no se sabía quien te podía atender, pero también hablar de eso es hablar que el sujeto al cual consulta debiera pararse desde ese lugar, pero nosotros promovemos que la gente utilice mecanismos de denuncias...¿cuales son?...las oficinas de reclamos... donde hay un procedimiento regulado por ley...pero es eso lo que nosotros hemos implementado entre comillas como sociedad (...)”

En resumen, para los profesionales partidarios de esta postura no habría más diferencia que el beneficio de la gratuidad en salud otorgado por el programa PRAIS, y por lo tanto, de existir algún factor “reparatorio” en la atención del programa sería necesariamente este.

“parece que lo reparatorio tiene que ver con el acceso a esta tipo de beneficios y eso es quizá lo más peculiar en relación a esto que se pueda llamar como reparación”

“el programa PRAIS en general lo que da es una credencial de salud que le permite una atención gratuita en el servicio publico, esa es la gran reparación”

SÍNTESIS: Los discursos en los relatos de los equipos

En el análisis de los relatos de los profesionales se lograron distinguir tres ejes que organizaban el discurso: la concepción del daño, la reparación y lo reparatorio, y por último lo diferente. Dentro de estos tres ejes se identifican dos posturas opuestas que marcan sus diferencias en cada una de las temáticas abordadas en las categorías.

Una de las posturas tiene por cimiento la idea de que el evento represivo causa en el sujeto un “daño político”, “integral”. Este daño afecta física, psicológica y socialmente al sujeto, extendiéndose a sus cercanos, principalmente su grupo familiar donde se traspa a las nuevas generaciones.

Se propone que el daño no necesariamente es asociado concientemente por el usuario, quien logra establecer la conexión mediante el tratamiento ofrecido; ello esta relacionado con la amplitud de las manifestaciones del daño, que además se modifican y/o agudizan en el tiempo dependiendo de variables del “contexto sociopolítico” como la impunidad. En relación a esta dinámica entre los eventos actuales y las fluctuaciones sintomatológicas del sujeto, se generan conceptos explicativos como la retraumatización, los que confieren un carácter cíclico y crónico al daño.

Asociada a esta concepción del daño surge una concepción de su “reparación”, la cual coherentemente propone que el abordaje del usuario debe ser integral, multidisciplinario, para responder ante todas las manifestaciones del daño. De esta manera se interviene a los usuarios desde disciplinas de “salud mental”, “salud física” y desde un “área psicosocial” o “comunitaria”, siendo las más aludidas las de salud mental y física. En relación a estas intervenciones surge un concepto transversal al quehacer institucional que seria el establecimiento de un “vinculo comprometido”, componente esencial del proceso, pues seria la base de confianza necesaria entre el usuario y la institución, y además tendría un impacto por si mismo en el tratamiento. Por otro lado, existen factores del proceso de reparación que no dependen de la labor institucional, sino mas bien del contexto social y político, y que en los discursos aparecen determinantes de la “rehabilitación plena” del usuario, incluso por sobre la acción desde el sector salud.

Tanto la concepción del daño, como el proceso de reparación del mismo, están conformados por el establecimiento de distinciones que diferencian al “daño político” de otros problemas de salud, y su tratamiento de las intervenciones clínicas

tradicionales. Bajo esta lógica la población de beneficiarios sobre la cual se interviene se concibe especial pues: esta “integralmente dañada”, su problemática es más compleja clínicamente hablando, cambia en el tiempo, su malestar tiene un origen político y poseen un perfil relacional especial. Así mismo, los profesionales y las instituciones son diferenciables debido a que los primeros: poseen un conocimiento especial de la historia además de sus competencias disciplinarias y presentan una sensibilidad especial respecto al motivo de consulta, mientras que las instituciones aparecen diferentes por: la inseguridad de la continuidad de la institución, poseer un carácter “político-clínico”, y ser instituciones de salud integral.

La segunda postura plantea que la vivencia de un evento represivo no es directamente constitutiva de un daño, y por lo tanto rechaza la concepción de que esta población tenga o mantenga consecuencias de salud secundarias al evento, sin embargo, no se niega la posibilidad de que existan personas que se sientan “dañadas” por la vivencia, aunque desde su experiencia institucional dicho motivo de consulta decae durante el tratamiento para dar cabida a las problemáticas actuales. Desde esta postura lo único que se consigue manteniendo el discurso del “daño”, es que se construya un estigma sobre la población, el cual tiene el efecto de que los mismo usuarios pueden desarrollar una noción de si mismos como “sujetos dañados”. En relación a esto, se plantea como hipótesis de la mantención de la lógica del daño, la necesidad de las instituciones por justificar su praxis y conseguir el financiamiento necesario para continuar otorgando sus prestaciones.

Al no existir un “daño político” en el usuario, lo único reparatorio que podría identificarse sería la gratuidad del beneficio otorgado por el programa PRAIS, lo que se igualaría a el resto de las compensaciones generadas desde el estado por el reconocimiento del perjuicio causado.

Dentro del discurso, este argumento también se establece distinciones sobre el usuario, los profesionales y la institución. La población que intervienen se considera distinta del resto de la red de salud debido a que posee el beneficio PRAIS, pero no se diferencia en función de ningún criterio clínico. Por otro lado, los profesionales se consideran diferentes del resto de la red de salud porque poseen una sensibilidad especial ante la problemática, mientras que como institución, se diferencian del resto porque han desarrollado espacios constantes de reflexión, que les han permitido cuestionar los conceptos y discursos existentes entorno a las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos.

PARTE V. REFLEXIONES EN BASE AL DISCURSO

Como las categorías expuestas anteriormente permiten ver, si bien en los escritos existe un discurso homogéneo, en los relatos es posible identificar dos posiciones que generalmente son contrapuestas y que en definitiva se plasman en la práctica de sus profesionales. En estas reflexiones nos gustaría profundizar en el análisis de los posibles efectos de los aspectos más importantes de ambas posturas.

Como oyentes hemos podido reconstruir en retrospectiva como nuestras aproximaciones al discurso influía nuestra forma de ver el problema de investigación que estábamos elaborando. Establecimos contacto con ambas posturas, y a medida que nos interiorizábamos en sus planteamientos nos identificamos con una y luego con la otra. Creemos que fue nuestro esfuerzo conciente de problematizar los hallazgos lo que nos devolvió la perspectiva y nos permitió realizar los siguientes análisis.

La objetivación del daño.

En el discurso que hemos presentado se construyen dos posturas opuestas en lo que al “daño” se refiere. Básicamente una propone que el daño existe y es consecuencia de la experiencia de represión política, mientras que la segunda propone que las personas que vivieron la experiencia de represión no tienen daño por ello. En ambas se asume la posibilidad de que algunas personas rompan la norma y se conforme una excepción, aunque el énfasis es tan concentrado en el principio represión-daño o represión-no daño, que las excepciones se diluyen.

Para el argumento del daño existe el riesgo de configurar una identidad de un sujeto dañado. Lo que se plantea es una relación causal, prácticamente directa, en la que se genera un daño amplio, agudo y que se mantiene en el tiempo.

Ahora bien, ¿una “secuela” podría adherirse a la identidad del sujeto al punto de configurarse como dañado?, para nosotros ese riesgo se relaciona con el hecho de que el daño es duradero. La dinámica sujeto-contexto, sumada a las características del trauma, forma un discurso pesimista, donde la “rehabilitación plena” del individuo se basa en factores que difícilmente se pueden manipular y concretar. De hecho se plantea que si bien los usuarios pueden mejorar su condición, existirá siempre en ellos una predisposición negativa que resulta de su experiencia represiva, la cual “tiñe” los eventos posteriores que el sujeto ha de vivir. Hablamos entonces de un daño intenso (“trauma”) y extenso (“integral”) que perdurará como característica del sujeto, que lo acompañará probablemente por toda su vida, y que lo diferencia del resto de las

personas (los no dañados). Hablamos también de un grupo de dañados, pues el discurso establece un “perfil” del usuario en base a características personales (desconfiado, demandante, por ejemplo) que los asemeja entre sí y los diferencia aún más del “no dañado”.

Lo anterior se extiende a la familia del afectado directo, pues se propone también que es altamente probable que sus miembros y las posteriores generaciones desarrollen “daño”. Por último, respecto a este punto queremos recalcar que la identidad del dañado no es solo un proceso en la subjetividad del usuario, pues el medio en el cual este se desenvuelve también puede desarrollar esta idea, y por lo tanto reforzar en la interacción este aspecto de su identidad. Debido a esto planteamos que la conformación de esta identidad podría manifestarse en los afectados directos, sus familiares, y que cualquiera que este inmerso en el discurso (como es el caso de los mismos profesionales de salud) podría concebirlos como dañados.

Ahora bien, la sola conformación de la “identidad dañado” es un riesgo a considerar, pero si a ello se agrega el hecho de que la respuesta ante dicho daño es también especial, surge un efecto paradójico que ya fue descrito por Piper (1997). Los usuarios solo pueden obtener la mejoría acudiendo a las instituciones especializadas, distintas del sistema de salud para el resto de la población, lo que resulta inconsistente con el objetivo de alcanzar una mayor inclusión social. Sumado a lo anterior, es notorio en el discurso un rol fundamental asociado al “vínculo comprometido” ante lo que nos preguntamos: ¿lo que se ofrece como vínculo comprometido es otra faceta de la identidad del dañado y un factor reforzante de la exclusión secundaria a ella?, creemos que sí, pues genera una preferencia (y probablemente una dependencia) en el usuario por las redes sociales que se vinculan directamente al daño. Al decir esto no solamente nos referimos a los profesionales de salud especializados y las instituciones especializadas, ya que existen intervenciones que buscan generar agrupaciones de usuarios, que cierran la red social del sujeto a sus “pares dañados” y entienden su institucionalización.

Por otro lado, dentro del argumento del daño, considerar el origen como político, tiene las consecuencias de que cualquier necesidad de salud del usuario debe ser vista con otros ojos, es mas compleja, mas severa, y/o con mayor prioridad. Evidentemente esto agudiza el establecimiento de la identidad del dañado, pero tiene el riesgo de excluir la influencia de estas variables (las políticas) sobre otras problemáticas de salud. ¿Existe algún problema de salud que no tenga un factor político en su desarrollo? Aun más ¿existe alguna problemática social que no tenga factores políticos en su desarrollo? Siempre es identificable la influencia de elementos

sociopolíticos en el devenir de un fenómeno psicológico y social, estos están presentes como causa, gatillantes, mantenedores, predisponentes, protectores, etc., pero en la lógica del daño, lo político como origen parece ser solo la directa acción de violencia por un representante estatal, cuando factores como la desigualdad de género, desigualdad en el acceso a la educación y salud de calidad, la pobreza del entorno, la desigualdad en la repartición de las riquezas, la calidad de vida en el trabajo y la cesantía, (por mencionar algunos ejemplos) tienen un impacto considerable en el desarrollo de las importantes problemáticas de salud como la depresión, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo o los trastornos de ansiedad.

Respecto a la posición del “No daño”, creemos que el riesgo radica en que la creencia de que el daño realmente no existe actualmente, genere una desestimación de la experiencia subjetiva del sujeto, es decir, lo que en definitiva tiene sentido para él. Creemos que, de ser así, los usuarios no encontrarían acogida a lo que sienten respecto de su problemática, que se sientan invalidados como sujetos en tanto su vivencia, con las reacciones emocionales que ello conllevaría. Por otro lado, incluso si se acogiera el motivo de consulta del sujeto, esta posición del discurso podría llevar el proceso de manera no intencional hacia aspectos que el profesional considera relevantes en el tratamiento, y que no necesariamente tendrán relación con el proceso que el usuario desea seguir.

Llevando el argumento al extremo, podríamos pensar que quienes estén en contacto con la postura del no daño (familiares del usuario, profesionales de salud, pares, etc), rechazarían la experiencia del usuario que se percibe como dañado, invalidando ese aspecto de su pensar y de su sentir, como también su idea del proceso que necesita para superar el malestar. En definitiva, no existiría acogida a la vivencia en el medio del sujeto, lo que evidentemente resultaría disruptivo para él.

Es evidente que cada postura del discurso estará asociada a una práctica, y quizá no exista mayor riesgo mientras coincida con el motivo de consulta del sujeto y lo que necesita en su tratamiento.

Ahora bien, desde nuestro punto de vista lo que se ha llamado “daño” es necesariamente una abstracción que surge en el discurso de los profesionales de salud, al agrupar las vivencias de sujetos que acudieron a ellos luego de ser sometidos a alguna experiencia de represión política. Cada usuario con su malestar en particular consultó a profesionales que en un proceso cognitivo natural buscaron agrupar estos casos en función de las similitudes observadas. La forma de agruparlos fue el “discurso del daño”, que además de ordenar el accionar de los profesionales de salud, construía la noción de un problema social relevante, y una herramienta de denuncia política. Sin embargo, no hay que perder de vista que en este sentido “el daño” es un

concepto, y no es objetivable como para plantear si existe o no en la población en cuestión. Lo definitivo en este caso es la vivencia de cada sujeto, su percepción de sí mismo y de su historia, y debería ser esto lo que determine las acciones a seguir desde el sector salud.

La Reparación.

Dentro del proceso de tesis, tanto en los escritos como en el discurso de los equipos, lo primero que nos llama la atención es el uso del concepto “reparación” para referirse al proceso que el usuario debe seguir para alcanzar su bienestar. Reparar tiene distintos significados, una de ellas es compensar al afectado, mientras que una segunda hace alusión a corregir un objeto o mecanismo que ha dejado de funcionar en forma normal por un motivo cualquiera; en este último caso, el técnico o encargado de componer debe aplicar sus conocimientos para identificar la anomalía y volver lo descompuesto a su estado “premórbido”. Creemos que utilizar este concepto para designar las intervenciones destinadas a los usuarios, puede predisponer a visualizar al sujeto y sus procesos como algo mecánico; y dentro de esta idea nos gustaría recalcar que el usuario no puede volver al estado previo al evento represivo, y por lo tanto las acciones orientadas a su beneficio deben considerar la facilitación de un nuevo equilibrio, distinto del anterior, pero que no necesariamente ha de implicar una menor calidad de vida o de ajuste a la realidad. Si bien desde el punto de vista estatal el concepto “reparación” se asimila al significado de desagraviar o retribuir al afectado, esto puede confundirse cuando el foco de análisis se reduce a los discursos de las instituciones de salud y a sus intervenciones.

En segundo lugar nos remueve el hecho de que en la práctica institucional esta temática se aborde mayoritariamente y casi estrictamente desde el ámbito de la salud, pues en el mismo discurso los profesionales señalan la existencia de factores sociales que condicionan y mantienen el malestar de esta población. En torno a esto, consideramos que enmarcar este tema exclusivamente a instituciones de salud, reduce las posibilidades de acción, las enfoca solo a esa área y las somete al paradigma de atención predominante. Un ejemplo de cómo se plasma el paradigma de salud es el hecho de que en el discurso se margina a la población que no se define directamente como usuario. Otra ilustración, se puede observar en relación al argumento del daño que propone un daño social, o psicosocial, ante el cual las intervenciones de reparación integral deben responder, mientras que en sus intervenciones es posible notar un claro desequilibrio a favor de las intervenciones de carácter individual, clínicas si se quiere decir, en desmedro de un trabajo comunitario,

el cual aparece solo como la reproducción de las intervenciones clínicas asistenciales en sectores de usuarios con menor facilidad de acceso a los servicios, sin la integración de nuevos actores o intervenciones.

Un tercer elemento que deseamos mencionar, y que consideramos va de la mano con los dos anteriores, es el hecho de que la lógica del daño y la reparación construye dos factores decisivos y excluyentes para el logro del objetivo: los “elementos reparadores del contexto sociopolítico”, y los equipos de salud especializados en violencia política. El primero se plantea como necesario, e incluso suficiente para el logro de la reparación, mientras que el segundo juega un rol paliativo para el malestar de la población. Nos preguntamos entonces ¿Sin cambios en el medio sociopolítico ni equipos de salud especializados la persona nunca alcanzaría el bienestar que persigue? Si lo consideramos desde la lógica del “reparar” el sujeto y sus “mecanismos” no pueden componerse por sí mismos, y necesitan la intervención de un tercero que vendría a ser el profesional de salud y el contexto. Colocar estos factores como los determinantes de la mejoría niega la participación autónoma y la capacidad de adaptación del sujeto, así como la conformación de otros espacios y actores en el proceso. En la misma línea podemos agregar que, si bien es cierto que la categoría “cambios sociopolíticos” es sumamente amplia, a la hora de concretarla, el espectro sugerido se reduce principalmente a terminar con la impunidad, luego se menciona reivindicar socialmente a los reprimidos y las retribuciones materiales, elementos que aún se mantienen difusos.

Creemos que el efecto del tercer elemento es la eliminación de la posibilidad de que otros sectores, perspectivas o disciplinas aporten en la problemática. Así, se diluyen las responsabilidades de intervenir en la comunidad, se restringe la participación de que aquellos que no son definidos como dañados, y las intervenciones intersectoriales que integren el sector judicial, educacional, cultural, y de salud (por nombrar algunos), los que podrían contribuir a la integración y memoria del país.

El discurso de derechos humanos a través del tiempo

En las reflexiones de esta investigación no podemos dejar pasar el hecho de que dentro del discurso de derechos humanos, la postura a favor del daño se ha mantenido prácticamente idéntica hasta el presente. Hacemos la comparación con el trabajo realizado hace 11 años por Piper (1997a, 1997b) en el cual los relatos de una muestra de profesionales del PRAIS daba cuenta de un discurso homogéneo, donde se describía una noción de daño, del proceso de reparación, y la necesidad de

diferenciar la problemática de derechos humanos del resto de los problemas de salud. En ese entonces los argumentos de los profesionales para justificar la existencia del daño, las diferencias que establecían hacia el usuario, el profesional y las instituciones, y sus acciones reparatorias son muy similares a las que encontramos hoy en los equipos. Ahora bien, si observamos el material teórico desarrollado por las ONG's desde sus inicios en la dictadura, también encontraremos los mismos argumentos y relaciones que hoy dan forma a la postura del daño; básicamente las diferencias serían nuevos conceptos que no se alejan de la lógica original, pero que tienen el rol de explicar la mantención del daño hoy en día. ¿Qué variables han influido en el desarrollo de este discurso como para mantenerlo sin modificaciones por más de veinte años? La pregunta nos parece relevante porque los mismos profesionales exponen que se enfrentan a una población cambiante, con un daño dinámico y que les exige repensar constantemente su quehacer y sus concepciones, sin embargo, en los equipos que mantienen el argumento del daño, este proceso reflexivo no ha sido capaz de abstraerse de su lógica más fundamental.

Si pasamos ahora al argumento del no daño y analizamos su surgimiento en el discurso, lo primero que tendríamos que decir es que es una postura minoritaria, pues apareció en uno de los cuatro equipos revisados. Lo interesante en este caso es que los relatos del resto de los equipos nunca se refieren a esta nueva postura, al parecer no la conocen; sin embargo, el equipo partidario del no daño constantemente acude a los argumentos tradicionales para diferenciarse de ellos y criticarlos. Lo anterior podría indicarnos que esta nueva postura responde a un movimiento contestatario que aún no ha conformado un cuerpo teórico como lo es el argumento del daño, pero que sí ha cuestionado los cimientos que el resto de los profesionales mantienen sin discusión, y que incluso ha elaborado hipótesis para explicar la mantención de estos pilares. Para este equipo, el argumento del daño está fundamentalmente ligado al contexto de las ONG's y su necesidad de mantenerse en el tiempo; desde un inicio su propósito fue reparar el daño, y por lo tanto, aceptar que el daño no existe o que no posee la magnitud y cualidades atribuidas implica aceptar que la institución misma no tiene motivo para permanecer en la actualidad. ¿Qué elementos contribuyen a que un equipo de salud especializado cuestione los argumentos tradicionales del argumento mayoritario? En el relato de este equipo, atribuyen su postura a la posibilidad de reflexionar su quehacer y realizar investigaciones teóricas en un espacio institucional formalizado, una de estas revisiones indagó el desarrollo de los principales conceptos de los modelos chilenos sobre el daño y puso en tela de juicio su utilidad en el Chile actual.

PARTE VI. CONCLUSIONES

Respondiendo a las preguntas de investigación, podemos decir que los relatos de las instituciones participantes muestran la existencia de un discurso con dos posturas, cada una de las cuales tiene una concepción de las consecuencias de la experiencia represiva y una práctica relacionada a ella.

Uno de estos argumentos está sistematizado desde larga data, se manifiesta en escritos y relatos de profesionales de distintas instituciones hace ya más de 17 años. Lo hemos nombrado la postura del daño, debido a que plantea que su población de usuarios está integralmente dañada. Desde un punto de vista teórico, el discurso se organiza en base a diferenciar el daño, describirlo en su intensidad y extensión, y plantear lineamientos del proceso que han llamado “reparación”. Desde un punto de vista práctico, las instituciones con este discurso se definen como instituciones de salud especializadas, con intervenciones mayoritariamente clínicas, y a partir del énfasis en los relatos podríamos decir que las intervenciones de salud mental se destacan por sobre el resto.

El segundo argumento es mucho más reciente, no está sistematizado aún, pero claramente está en desarrollo. Tomando los relatos como conjunto podríamos decir que es una postura minoritaria, que nace desde la necesidad de cuestionar los conceptos tradicionales. Sus ejes principales son contrargumentaciones del primer argumento, pero aún no se configura un cuerpo teórico. En este proceso de reflexión ha llegado a plantear que la población de usuarios no tiene necesidades especiales de salud, que el daño en ellos no existe y que plantear lo contrario es estigmatizante. Desde su práctica ellos se definen como un organismo de salud primaria, siendo sus intervenciones clínicas multidisciplinarias sin predominio de una disciplina sobre otra, y sin que su foco sea la vivencia de la experiencia represiva.

Es evidente que ambas posturas son contradictorias, lo que nos pone en un panorama distinto del descrito 10 años antes, donde se observaba un discurso que coincide sin grandes diferencias con el argumento actual del daño. Lo anterior llama la atención considerando el tiempo transcurrido desde entonces. Lo distinto en este panorama sería la aparición del argumento del no-daño, una nueva postura que está en desarrollo y cuya proyección futura sería interesante de observar en nuevas investigaciones. Para futuros estudios también planteamos el interesante desafío de incorporar instancias de diálogo entre los argumentos que aquí hemos descrito, y también con otros “equipos de derechos humanos” que intervengan problemáticas

diferentes a la represión política de la dictadura militar.

Referencias Bibliográficas

1. **Becker, D.; Calderón (1989)** Traumatizaciones extremas: Procesos de reparación social, crisis política. (Publicación interna) Centro de documentación ILAS.
2. **Becker, David; Castillo, María I. (1990)** Procesos de Traumatizaciones extremas y posibilidad de reparación. (Publicación interna) centro de documentación ILAS. Presentado en las 1ª Jornadas de Psicoterapia Analítica, Universidad Católica de Chile, Santiago, 1990.
3. **Brinkmann, Beatriz (2005)** Sobrevivientes de tortura, fuerza moral contra la impunidad. Revista Reflexión N° 31, ediciones CINTRAS, Págs. 27-31.
4. **Castillo, Isabel; Del Río, Marta; Castañeda, Maureen; Lafevre, Cecilia. (1996)** Estudio exploratorio de un grupo de pacientes traumatizados extremos. Revista de Psiquiatría, 1996, XIII/1/51-60. Chile.
5. **Castillo, Isabel; Gómez, Elena; Kovalskys, Juana (1989)** La tortura tomo experiencia traumática extrema, su expresion en lo psicologico, en lo somatico y en lo social. Centro de documentación ILAS
6. **Catillo, Isabel, Gómez, Elena, Kovalskys, Juana, Vío, Fernando, (1989);** Trastornos psicósomáticos en situaciones de traumatización extrema. Centro de documentación ILAS. Ponencia al III congreso regional de psicólogos. Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos
7. **Castillo, María I.; Becker, David; Díaz, Margarita (1991)** Trauma y reparación después de la dictadura en Chile: consideraciones clínicas y sociales. (Publicación interna) centro de documentación ILAS. Presentado a la 3ª Conferencia Internacional de Salud, Represión Política y Derechos Humanos, Santiago, 1991.
8. **Castillo, María I., Becker, David, Díaz, Margarita (1992)** Daño psicológico y social: reflexiones en torno a las consecuencias de un sistema autoritario en la sociedad chilena. (Publicación interna) centro de documentación ILAS. Conferencia presentada en el Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid, Julio, 1992.
9. **Centro de salud mental y derechos humanos (1996)** CINTRAS: una tarea solidaria. Revista Reflexión, Vol. 25, pp. 4-10.
10. **Centro de salud mental y derechos humanos (2002)** Vigencia actual de las secuelas de la tortura. Revista reflexión nº28 pp. 17-19.
11. **Chile, Ministerio de Salud, (2000a)** Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en version electronica en http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/proteccion/saludmental1.html.
12. **Chile, Ministerio de Salud, (2000b)** Norma técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo 1973 –1990. Versión electrónica disponible en http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/NORMAS%20PRAIS.pdf
13. **Chile, Ministerio de Salud (2005a);** Norma técnica para la atención de personas beneficiarias del programa de reparación y atención integral en salud-PRAIS, artículo séptimo de la ley 19.980. Versión electrónica, disponible en http://www.minsal.cl/ici/salud_mental/norma19980.indd.pdf
14. **Chile, Ministerio de Salud (2005b)** Norma técnica para la atención de

- personas con secuelas físicas de la prisión política y tortura beneficiarias del artículo 10 de la ley número 19.992; Subsecretaría de salud pública, división de prevención y control de enfermedades, departamento de salud mental. versión electrónica, disponible en http://www.minsal.cl/ici/salud_mental/norma19992.indd.pdf
15. **Chile, Ministerio de Salud (2005c)**; Protocolo para la atención integral en salud a personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo 1973–1990.
 16. **Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (1985a)** Terapia de torturados: una reflexión de la práctica humana. Conferencia dictada en Estocolmo durante la inauguración de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Refugiados Torturados, dependiente de la Cruz Roja de Suecia. En CODEPU, “Persona, estado y poder: estudios sobre salud mental en Chile 1973-1989”.
 17. **Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (1985b)** Terapia de torturados: una reflexión de la práctica humana. Presentado en el Seminario Internacional "La Tortura en América Latina", Buenos Aires, Argentina. En CODEPU, “Persona, estado y poder: estudios sobre salud mental en Chile 1973-1989”.
 18. **Díaz, Margarita (1995)** familia y represión política. Trauma y contexto social: consecuencias transgeneracionales. Revista proposiciones, aproximaciones a la familia, Vol. 26, pp. 208-218.
 19. **Díaz, Margarita (2005)** Efectos Traumáticos de la Represión Política en Chile: Una Experiencia Clínica. Conferencia en el 44th Internacional Congreso, Río de Janeiro, Brasil en julio del 2005, versión electrónica disponible en www.ilas.cl/articulos/ilas_4/art_8.DOC
 20. **Domínguez, Andrés (2005)** La verdad es la fuerza de la dignidad de los oprimidos. En Pacheco, Gilda; Acevedo, Lorena; Galli, Guido (2005) verdad justicia y reparación: desafíos para la democracia y la convivencia social, pp. 115-143. Ediciones Sanabria S.A. Versión electrónica disponible en <http://www.idea.int/publications/vjr/upload/IDEA-IIDH.pdf>.
 21. **Edelman, Lucila, Kordon, Diana, Lagos, Darío (1995)** La impunidad: reactivación del trauma psíquico. Revista Reflexión, Vol. 24, pp.24-26.
 22. **Guajardo, Alejandro (1995)** ¿Puede la rehabilitación prevenir la exclusión social? Revista Reflexión, Vol. 23, pp. 14-16, versión electrónica disponible en <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r23/puedelarehabilitacion.pdf>
 23. **Guajardo, Alejandro (2001)** Rehabilitación y reintegración. Revista Reflexión, Vol. 27, pp. 13-17.
 24. **Instituto Latinoamericano de Salud mental y Derechos humanos (2006)**. Nuestra historia. Documento electrónico disponible en <http://www.ilas.cl/historia1.htm>.
 25. **Iñiguez, Lucipinio (2003)** Análisis del discurso: Manual para las ciencias sociales. Editorial UOC, Barcelona.
 26. **Kordon, Diana (1993)** La tortura en la Latinoamérica: Sus efectos inmediatos y mediatos en el individuo y la sociedad. Revista Reflexión, Vol. 19, pp. 30-34.
 27. **Kovalskys, Juana (consultado 2007)** Haciendo Memoria. Presentación en grupo de discusión “Intersubjetividad y Construcción de la Memoria en el actual contexto sociopolítico chileno” en el 44° Congreso de la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA) “Trauma: nuevos desarrollos en

- Psicoanálisis". Sin fecha de publicación, consultado 2007 en su versión electrónica disponible en: http://www.ilas.cl/articulos/ilas_4/art_4.DOC
28. **Lira, Elizabeth; Weinstein, Eugenia; Kovalskys, Juana (1987)** Subjetividad y Represión política: intervenciones psicoterapéuticas. En Montero, Maritza (coordinadora) psicología política latinoamericana (1987) Editorial PANAPO, Caracas, Venezuela
 29. **Lira, Elizabeth, Becker, David, (1989)**, Proposiciones para un programa de salud mental dirigida a víctima de situaciones represivas extremas debido a la represión política en Chile para el periodo de transición a la democracia. Centro de documentación ILAS. Documento preparado para la subcomisión de reparación de la comisión de Derechos Humanos de la concertación de los partidos políticos por la democracia por el equipo del ILAS.
 30. **Lira, Elizabeth (1994)** Impunidad y derechos humanos. Conferencia ofrecida en la Cátedra Eugenio Fonseca, organizada por la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica, agosto de 1994.
 31. **Lira, Elizabeth; Loveman, Brian (2005)** Políticas de reparación en Chile 1990-2004. LOM ediciones
 32. **Madariaga, Carlos (2001)** Tortura y trauma psicosocial. Revista Reflexión, Vol. 27, pp.5-9.
 33. **Madariaga, Carlos (2002a)** Tortura y Trauma, el viejo dilema de las taxonomías psiquiátricas (versión electrónica). Revista reflexión Vol. 28, versión electrónica, disponible en www.redsalud-ddhh.dm.cl/pdf/tortura%20y%20trauma.PDF
 34. **Madariaga, Carlos (2002b)**. Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. Versión electrónic, disponible en www.redsalud-ddhh.dm.cl/monog%20trauma%20psicosocial%20espanol.PDF
 35. **Madariaga, Carlos (2003)** Daño transgeneracional en Chile. Apuntes para una conceptualización. Revista Reflexión N°30, versión electrónica disponible en <http://www.redsalud-ddhh.dm.cl/pdf/revistas/R30/Danotransgeneracionalenchile.pdf>
 36. **Madariaga, Carlos, (2006)** Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. Revista Reflexión, vol. 32, pp 4-9.
 37. **Méndez, Paola (2003)** Sitios de memoria: el recuerdo que permite olvidar. Revista Reflexión, Vol. 30, pp. 4-8.
 38. **Mondaca, Margarita; Guzmán, José Miguel. (2003)** Testimonio de nuestros consultantes a treinta años del golpe militar ¿quién responde por tanto dolor?. Revista Reflexión N° 30, Santiago, Chile, septiembre de 2003. Págs. 51:55.
 39. **Piper, Isabel (1997)** Análisis crítico del trabajo psicológico en violencia. (Publicación interna) Centro de documentación ILAS.
 40. **Piper, Isabel (1997b)** Análisis crítico del discurso psicológico en derechos humanos: una perspectiva psicosocial. Tesis (Doctora en Psicología, mención psicología social). Barcelona, España. Universidad autónoma de Barcelona
 41. **Piper, Isabel (2005a)** Nuestros pacientes a 30 años del golpe de estado en Chile: descripción epidemiológica de 100 pacientes atendidos en ILAS durante el período 2002/2005. ILAS Revista electrónica n°4.
 42. **Robaina, Cecilia (2001)** Reparación desde lo Terapeutico. Revista Reflexión Vol. 27, pp. 27-31

43. **Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier; García, Eduardo (1999)** Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe, Málaga.
44. **Scapusio, Miguel (2006)** Transgeneracionalidad del daño y memoria. Revista Reflexión, Vol. 32, pp. 15-20.
45. **Vera, Cecilia; Marty, Gabriela; Muñoz, Yolanda; Madariaga, Carlos (2002).** Afectados por la dictadura en Chile: Una mirada a la realidad clínica actual. Publicado en Libro Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos en el Cono Sur, Buenos Aires, Argentina, noviembre de 2002. Págs.191:196
46. **Vergara, José Antonio (1995);** Violencia de Estado y Derechos Humanos: Una epidemiología pendiente; Ponencia presentada en el primer congreso Latinoamericano de epidemiología, en Salvador, Bahía, Brasil.
47. **Vidal, Mario (1990);** Daño psicológico y represión política: Un modelo de manipulación integral; Publicado en CINTRAS, serie de monografías Número 6.
48. **Vidal, Mario (1991);** Proyecto CINTRAS: 6 años de trabajo con las víctimas de la represión política. Publicación interna, centro de documentación CINTRAS.
49. **Vidal, Mario (1993);** Lo igual y lo distinto en los problemas psicopatológicos ligados a la represión política. CINTRAS, serie de monografías número 3.

ANEXO DE INVESTIGACIÓN

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

Entrevista individual CINTRAS

S: En ese tiempo el doctor Vidal era el director de CINTRAS, durante un periodo hubo un director unipersonal ahora después un comité directivo integrado por tres personas.

E1: Usted dice que el doctor Vidal plantea los objetivos como institución que tiene que ver con una mirada teórica y con ciertas prácticas. Usted también dice que esta mirada o misión se sigue manteniendo en la actualidad

S: Claro sobre todo en torno a la visión y el enfoque, en el sentido que debe ser un abordaje integral, o sea que tiene que considerar al consultante al paciente, como una persona con aspectos que tiene que ver con lo físico, con lo mental y lo social...y también el plantea los límites del trabajo de instituciones como las de CINTRAS, en el tratamiento de personas víctimas de la represión política, por que el daño sigue siendo o teniendo una dimensión social, entonces no es recurso de las instituciones no pueden solucionarlos completamente...o sea se puede tratar síntomas, se puede ayudarpero en última instancia lograr una rehabilitación plena....pero la rehabilitación solo es posible cuando se involucra la sociedad y el estado y se enfrenta como un problema país...claro y eso sigue vigente ...en ese momento se pensó que era difícil que podría lograrse , ya que en ese momento se veía la tendencia hacia la impunidad, pero de todas manera había todavía como más esperanzas de poder revertir la realidad ...ahora a 17 años del termino de la dictadura ...vemos que hoy no habido una voluntad política real de enfrentar el tema en profundidad y tampoco ha habido esfuerzos desde el estado para generar conciencia en la sociedad, para que nazca desde esta una actitud que pueda rehabilitar integralmente a las personas que sufrieron

E1: ¿Por qué el contexto no ha cambiado tanto en eso?

S: Claro...entonces la labor que realiza CINTRAS sigue teniendo limitaciones y también ...permanece...sigue habiendo factores que reactivan el daño haciendo lo que hoy llamamos retraumatización...habiendo aspectos que el daño la frustración permanezca y vuelva a agudizar el dolor...entonces ya en ese momento se podía percibir eso, lo que hoy confirmamos y para esto se han acuñado conceptos como el de retraumatización ...hay otros aspectos que en ese tiempo no se visualizaban como es el daño transgeneracional...o sea en ese momento era sobretodo los afectados directos por la tortura y algunos familiares directos , las esposas, las madres , los que llegaban a consultar recibían tratamiento, sin embargo hoy tenemos una gran cantidad de personas de lo que llamamos como segunda generación ... y en relación a esto también ha habido una discusión teórica interna ... si son o esta bien denominarlos de segunda generación o no...ya que en la practica fueron afectados directo...por mucho que hayan sido niños ...en el momento en que por ejemplo fue detenido y hecho desaparecer el padre , pero como niños fueron afectados directamenteo sea no es que ha ellos se haya transmitido el daño en los padres ...si efectivamente se transmitió el daño desde los padres ya que se criaron en un ambiente dañado...y los padres no pudieron entregarles todo lo necesario para que el desarrollo sano de un niño, pero además de eso fueron afectados directamente por que presenciaron la detención de sus padres ...y si no fue así vivieron el miedo, el silenciamiento, el

secreto, que no les decían lo que había sucedido, que le tergiversaban la verdad, pero ellos se daban cuenta que algo pasaba...y a veces la fantasía era peor que la realidad...o sea el hecho que no les contaran o no los involucraran en lo que había pasado ...los afectaba directamente...o sea nosotros los seguimos llamando de segunda generación, pero no significa que no hayan vivido el daño de forma directa ... y ya esta empezando a llegar la tercera generación, o sea también hay nietos especialmente de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos...yo diría que en mayor medida son los hijos los que acuden ahora...entre treinta y cuarenta años llegan y coincide con la edad en que el padre fue detenido y hecho desaparecer o ejecutado....ahora ellos tienen sus propias familias...sus propios hijos y ... como que les es más fácil imaginarse que habrá sido para sus padres en ese momento...o sea se ponen un poco en el rol del padre en el momento que fue hecho desaparecer y eso...también hace rebrotar el pasado y con dificultades para asumirlo para manejarlo y esas dificultades les generan a veces síntomas psicossomáticos, diferentes daños que les hacen venir aquí y a través de la terapia se va descubriendo que lo que les sucede esta en origen con lo que sucedió en el pasado...entonces esos son desarrollos nuevos que en un principio no se preveíany por eso en realidad desde que se inició el trabajo de CINTRAS ...al igual que el de otras organizaciones que trabajan en este ámbito...nosotros decimos que ha sido preciso hacer camino al andar...o sea nada se sabía de antemano como enfrentarlo bien ...o sea ninguno de los terapeutas estaba preparado para enfrentar los distintos problemas a través de lo que había aprendido en la universidad ... sino que siempre el trabajo terapéutico fue paralelo en relación al trabajo de la reflexión, con los estudio teóricos ,con investigación, para ver la mejor manera de brindar tratamiento y ayudar a las personas afectadas....y a medida que va avanzando el tiempo se van presentado nuevos problemas que hay que seguir estudiando, hay que enfrentar para ver como tratarlos... y no siempre es fácil...y también la solución no siempre ha sido la más acertada...ha sido preciso a veces re estudiar algunos aspectos de otro modo y asumir, por ejemplo que en algunos casos es un daño crónico ...mmm....otro punto de discusión hace algunos años fue...el problema de los paciente que están hace muchos años en la institución mmm...una cierta cantidad de ellos siguen con terapia individual ...otros sobre todo a un grupo terapéutico...a un grupo de terapia ocupacional ...que ahora hemos denominado como grupo de autoayuda...pero en realidad no pueden trabajar solos...tiene siempre asistencia de un terapeuta ocupacional y una asistente social...en relación con este grupo que participan personas que están hace diez años o más en la institución....se discutió que estaba pasando...y pensando si a lo mejor nosotros estábamos contribuyendo a la institucionalización...si era un daño crónico ...si era justificado tenerlos por tanto tiempo o si la institución estaba cometiendo un error y los estaba institucionalizandoal respecto hay un articulo diseñado por la terapeuta y en donde esta toda la reflexión mucho mejor que lo que yo pueda decir, ya que no soy terapeuta..."Grupos permanentes institucionalización o respuesta a un daño crónico" ...ese es el articulo... mmmm...

Bueno otra cosa donde tenemos que buscar otros enfoques donde CINTRAS pueda contribuir...es el tema del envejecimiento...o sea al revisar nuestras estadísticas hemos visto un aumento de personas que les decía en delante...o sea entre 30 y 40 años...incluso mas jóvenes... y por otro lado un envejecimiento de 75 hasta 80 años.... Y ahí en muchos casos el problema que se plantea es ...mmm...el drama que viven estas personas al sentir que se van a morirsin haber cumplido lo que ellos han considerado durante todo este tiempo...su misión durante toda la vida que es establecer la verdad y lograr justicia...a muchos lo ha mantenido esa tarea...los ha impulsado...o sea desde le momento del desaparecimiento del marido o del hijo...del padre...han logrado por trabajar eso...y sienten que ahora...se les va acabando la vida y no lo han logrado...compañeras de la fundación han fallecido sin haberlo logrado...lo que se convierte en una nueva angustia...que se suma a las angustia

posteriores o permanentes...es que también hay que ver como manejarla y como enfrentarla...por eso digo que todo el trabajo durante este tiempo ha sido verse enfrentado ante nuevos desafíos y tratar de ver como se pueden enfrentar de la mejor manera...o sea nunca ha sido posible realizar un trabajo rutinario por así decirlo... además que cada paciente es distinto y cada realidad es distinta...entonces es un desafío permanente...y por lo mismo en la institución desde que se creo... se ha instaurado la reunión clínica...es decir una vez a la semana se reúne todo el equipo clínico para analizar los casos nuevos que ingresan ...presentarlos y ver que terapeutas se hacen cargo y también ver la evolución en la terapia ...y ver en conjunto...ya que hay casos que se estancan ...que el terapeuta dice que ha llegado a un tiempo muerto....o sea que no ha logrado avanzar más y ahí se va viendo que cosas se pueden incorporar...para verlo en conjunto como hacerlo mejor...por así decirlo para hacerlo mejor en relación a los pacientes.

E2: ¿Usted dice que estas reuniones clínicas son una muestra de este...proceso suyo de ir haciendo y repensando?

S: Yo creo que es parte de eso... o sea que toda institución hay reuniones clínicas ... en que se presentan los casos y se va estudiando la evolución ...pero en el caso de nuestra institución en las reuniones clínicas ha sido necesario ir enfrentado aspectos nuevos que van surgiendo...en este tipo de personas...claro...por que trabajamos con un universo de personas que van evolucionando en el tiempo también... o sea es distinto a lo que sucede en un hospital psiquiátrico...ya estamos ligados hace muchos años a las mismas familias ...a las mismas personas...seguir esta evolución desde lo lógico también nos va enfrentado a nuevas realidades en este grupo de personas que es preciso abordar de manera distinta a como lo hicimos a lo mejor hace diez años atrás...y eso obliga cada vez más a nuevos análisis...que se van haciendo en parte a la reunión clínica...o por cada terapeuta que sepa de determinado problema como es el caso de Margarita Mondaca en el caso de los grupos permanentes....o otros que han tomado el tema del daño transgeneracional y se han cuestionado como se manifiesta ...o el problema de la retraumatización que ha sido especialmente el doctor Madariaga quien lo ha abordado tratando de contextualizarlo y ver también su abordaje

E1: ¿En este ir aprendiendo a medida en que se va andando...caminando como usted dice...y también se van analizando los nuevos desafíos cuando se van repensando las cosas...las prácticas de la institución también se van modificando en ese sentido?

S: mmm...difícil para mí responderlo ...tendría que responderlo un terapeuta...pero yo creo que sí ...algunas cosas sí...o sea yo creo que algunas cosa sí... o sea un ejemplo...que podría observar yo de afuera ...es en relación con estos grupos que Margarita llama permanente con grupo de terapia ocupacional...por que a eso del comienzo de los años 90...era una norma institucional que todo paciente tenía a un terapeuta que estaba a cargo psiquiatra o psicólogo...y que la terapia ocupacional y la kinesiología eran adicionales, eran complementarias a la psicoterapia...y no teníamos pacientes que solo vinieran a la kinesiología o solamente a la terapia ocupacional, entonces ocurría que el psiquiatra podía dar de alta a alguna persona que estaba en kinesiología , por que estaba estabilizado...por que estaba en ese momento bien, e entonces también tenía que dejar de venir a la kinesiología... muchas veces pasaba que la persona al dejar de venir a la institución a la terapia ...al grupo... se desestabilizaba... y volvía...y tenía que volver con el psiquiatra...entonces después nos dimos cuenta que el grupo mmm...de apoyo...que llamamos hoy de autoapoyo...era fundamental en sí mismo...o sea que no era solo un complemento de

lo otro... que para muchas personas que participaron en este grupo...en palabras de ellos mismo era así como su segunda familia..su lugar de pertenencia ...que era fundamental para estar más o menos bien, y eso por que sentían que la sociedad de afuera, no cumplían y no comprendían su problema... o sea era muy difícil para una persona que no había pasado por este tipo de situaciones....y eso ocurre así... comprender lo que el otro sentía...además en muchos casos no se atrevían a hablar de los que les pasaba, entonces decían en el grupo si tengo ganas de llorar puedo llorar, si tengo ganas de reír puedo hacerlo...yo se que los demás me van a comprender...y se que si me embarga el dolor por que es el cumpleaños de mi hijo... yo puedo contarlo y me van a comprender y me van a acoger y voy a poder compartir con ellos y eso me va a apoyar, y al no tener este grupo se sentían totalmente abandonadas, huérfanas y rápidamente se descompensaban y volvían... entonces por eso en determinado momento se dijo...no podemos ser tan rigurosos...o sea tenemos que aceptar que a lo mejor hay algunas personas que lo que necesitan son este grupo...y hay que mantenerlo aunque no sigan en terapia individual...no se cuantas siguen en ese caso...se que siguen muchas la mayoría ...además sigue con terapia individual, pero nos sirvió para reconocer la importancia que tenía este grupo ...no solo como complemento y que tiene para el daño en este tipo de personas, después supimos que también en otros países, como en el caso de las víctimas del holocausto hay también de estos grupos de apoyo, que los sobrevivientes del holocausto se juntan para compartir y apoyarse mutuamente, en algunos países lo llaman Club house donde pueden asistir con regularidad, pero sin que hayan terapias, incluso algunos rechazan las terapia...pero si necesitan ese grupo donde se sienten entre sus pares...entonces en ese sentido en algunos casos se ha ido evolucionando...o cambiando algunas cosas...adaptándola a nuevos conocimientos de la realidad digámoslo así...por eso decía que nunca ha podido ser rutinario no es posible decir que ahora tengo claro como tratar a víctimas de la represión política...o sea va variando la realidad y tienen que ir variando los enfoques...a hora concretamente como se refleja eso en las sesiones de terapia...eso no se los podría decir yo... tendrían que hablar con un terapeuta para ver como se enfrenta el avance en la edad...o sea el acercarse a la muerte

E1: ¿Depende de la mirada de cada profesional eso?

S: Claro...eso es ya enfoque terapéutico

E2: ¿Cuántos tipos de profesionales trabajan en CINTRAS ahora?

S: mmm...los mismas disciplinas casi desde el inicio...es decir, psiquiatra y psicólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogo y trabajador social...entonces eso en realidad eso se ha mantenido a lo largo de todo el desarrollo de CINTRAS, yo creo que solo muy a lo inicio en el 86 donde solo se atendían alrededor de 58 pacientes...ahí no estoy segura si solo trabajaban psiquiatra y psicólogo...y cuando se incorporó terapia ocupacional y kinesioterapia, pero podría averiguarlo, en todo caso yo me integré a CINTRAS en el 90, y ya estaban... es decir que siempre el enfoque fue ese, en el inició la terapia ocupacional fue para abordar casos de daño psiquiátrico grave...o sea personas psicóticas o demmm... habían consultantes que llegaban y que no hablaban y que no había como abordarlas ...que se sentaban y ahí estaban...como pasmados no podían hablar...entonces a través de la terapia ocupacional con objetos o materiales, lana, greda o pintura, comenzaban a hacer figuras con las manos...y luego hablaban de lo que era esa figura...y así a través de esa figura hablaban de sí mismo y así se abría una pequeña puerta para poder llegar a una psicoterapia para empezar a tratarlos...para trabajar con esquizofrénicos que eran personas que no eran acogidos por otras instituciones, por que se consideraban tratamientos muy largos y por otra con pocas perspectivas de éxito, entonces se privilegiaban casos en

que se podía llegar a algún resultado...entonces esas personas terminaban al final en CINTRAS y eran acogidas, pero también al comienzo con las dificultades de que hacer con ellos...efectivamente desde el inicio se dieron estas diferentes disciplinas con las que seguimos hasta hoy ,después...al comienzo la terapia ocupacional se dio para ese grupo específico de gente, después fue evolucionando ...y después durante los años donde CINTRAS tiene mayor financiamiento...mmm...que fueron los años 90 a 93, en esos años CINTRAS recibió un apoyo del gobierno de Dinamarca, que permitió aumentar el trabajo y tener un mayor número de terapeutas y eso permitió el desarrollo de talleres laborales o sea talleres que lo hacía el terapeuta ocupacional en que podían aprender determinados oficios como empastar libros ,documentos, mmm...había una imprenta, costura, carpintería, por un lado por la importancia del que tenía el trabajo manual en sí , también como parte de la terapia y el darse cuenta que sí podían hacer cosas y hacer cosas bien hechas con relación con su autoestima, pero también con la perspectiva que pudieran aprender algo que les permitiera tener ingresos...eso se hizo durante algunos años en los que fue posible...por que teníamos financiamiento, pero lamentablemente no se pudo mantener en el tiempo, por que se redujeron los aportes para CINTRAS y hubo que reducir la planta de los profesionales y tampoco ya no fue posible tener una casa con habitaciones tan grandes que permitieran hacer este tipo de talleres...y bueno esas reducciones tienen que ver con hechos políticos...o sea CINTRAS siempre se ha financiado con la ayuda del exterior...y de la Unión europea, de la ONU, gobiernos como el de Dinamarca, grupos de amnistía internacional y pasado algunos años después del terminó de la dictadura de transición a la democracia ...en el exterior se consideró que Chile ya no era un país de prioridad que ya de alguna manera la tarea estaba cumplida...se considero que el hecho que haya existido la comisión de verdad y reconciliación...que estaban bien abordado los temas de DDHH en Chile ...tal vez desconocimiento en relación a la cronicidad del daño a lo que significa el daño por represión política...entonces fue cada vez más difícil conseguir financiamiento para nuestro trabajo, lo mismo le ocurrió a otras instituciones y eso nos obligo a reducir también el número de ingreso a las personas que se les brindaba apoyo...hubo unos años muy difíciles...fíjense en esta lista del 98-99 en comparación a la del 93 en donde de un total de 700 pacientes pasamos a 198... periodos en que incluso durante meses el equipo para mantener el trabajo...trabajó si percibir sueldos... se consideró que tampoco se podía cortar la terapia así no mas y siempre con la esperanza de tener recursos para poder seguir... después se logró superar ese momento más crítico hubo visitas internacionales, gente de naciones unidas, que vinieron y que pudieron comprobar en terreno que nosotros no estábamos inventado respecto a que el daño persiste en el tiempo ...y nuestro trabajo sigue siendo necesario...así que realmente se dieron cuenta que era una realidad y volvieron a dar aportes, pero ya en menor mediad que en años anteriores... pero nos ha permitido mantener el trabajo siempre con frustraciones , siempre con periodos inciertos...siempre con la incertidumbre de que va a suceder el próximo año... pero felizmente ha sido posible mantener el trabajo y lo más importante que ha podido ser posible en una casa... o sea en un lugar especial para esto...por ejemplo otras instituciones como CODEPU, han tenido mayores dificultades y en este momento sabemos que hay terapeutas de CODEPU que siguen trabajando y que siguen atendiendo, pero en sus consultas particulares o sea ya no en un espacio especial que de alguna manera es importante...para los pacientes es importante el llegar a un lugar el encontrarse aquí con otrosfelizmente hasta aquí ha sido posible ahora no se por cuanto tiempo más, pero bueno se seguirá tratando de mantener el trabajo más o menos en las condiciones que lo tenemos ahora...

E2: ¿Y cuantos son más o menos?

S: A ver en este momento...tenemos dos equipos uno es Santiago y uno en Iquique ... en santiago son 3 psiquiatras, dos psicólogas ,una asistente social, una terapeuta

ocupacional y una kinesióloga, y en Iquique, un Psiquiatra, una psicóloga y un trabajador social.

Bueno yo creo que hay cosas que necesariamente van a tener que verlas con el equipo, lamentablemente no esta en Santiago el doctor Madariaga, ya que es el psiquiatra que tiene una trayectoria más larga y que esta desde el 87 casi desde el inicio y que él desde lo terapéutico tiene una visión de todo el desarrollo...lo psiquiatras que tenemos ahora...bueno es Yolanda y Cecilia...bueno pueden informarles de la realidad actual...y las dos psicólogas, una lleva no tanto tiempo... pero lastra si....mmmm....el que también tiene una visión histórica es el asistente social

E2: ¿Y respecto a las proyecciones futuras que ustedes tienen, lo que se piensa como equipo?

S: Que todo depende del financiamiento...por que una cosa que tenemos clara y que una vez se discutió como institución...justo en el tiempo que tuvimos la crisis económica más severa y más grave... se discutió la posibilidad de abrirse a otro tipo de ...de ...de problemas de daño... para el cual era en ese tiempo y todavía sigue siendo más fácil conseguir recursos, como por ejemplo el problema del SIDA, VIF, drogadicción...pero se acordó esa vez por mayoría ...casi por unanimidad no hacerlo por que se hubiese podido hacer proyectos de otro tipo y conseguir financiamiento para esos proyectos, pero en ningún caso nos iban a permitir por esa vía seguir financiando el trabajo histórico de CINTRAS ... el problema para el cual CINTRAS fue creado o sea el...la atención de víctimas de la represión política, entonces no se trata (se dijo) de mantener nuestros puestos o lugares de trabajo... de lo que se trata es mantener la atención a este grupo de personas y si ya no conseguimos financiamiento para este grupo de trabajo...no seguimos...o sea seguimos en la medida de que se pueda continuar...por lo demás casi todos lo que trabajan aquí trabajan al mismo tiempo, en otras partes en hospitales ,en consultas particulares, en universidades, entonces no se trata de mantener CINTRAS por mantenerlo, sino que siempre el objetivo de mantenerlo ha sido para ofrecer atención a este grupo de personas...y vamos a seguir tratando de conseguir recursos hasta a donde se pueda...no lo sabemos siempre es incierto, súper incierto el futuro...y lamentablemente desde el estado no ha habido una conciencia de la experiencia acumulada que tienen instituciones como CINTRAS u otras como para aprovechar esa experiencia y financiar desde el estado...que de alguna manera le resuelve un problema al estado, o sea...un problema un daño que se generó desde el estado y debería ser responsabilidad del estado el repararloo sea el estado chileno ha creado los equipos PRAIS pero siempre se argumenta con eso, también ha sido un problema con el cual nos hemos encontrado en el exterior, cuando pedimos plata para nuestros proyectos, nos dicen pero para qué si en Chile existe el PRAIS ...bueno ustedes saben que el PRAIS no da basto y que no da una solución real, además que nada impediría mantener los PRAIS y al mismo tiempo financiar el trabajo de instituciones como el CINTRAS, CODEPU o el ILAS que atienden también a este grupo de personas y que tienen toda una experiencia de años acumulada sobre todo en la atención de la salud mental...no sabemos si en algún momento se pueda lograr un cambio en la visión desde el estado, pero es difícil

E1: ¿Respecto al equipo profesional que trabaja acá cada uno tiene prácticas que suponemos están estipuladas por ustedes?

S: Si eso se va viendo en las reuniones clínicas, si lo más apropiado en una atención individual, es pasar a lo grupal...o si es mejor una terapia familiar...lo que se evita siempre es que un mismo terapeuta atienda a diferentes miembros de la familia... o

sea si hay varios miembros de la familia que necesitan una atención individual son diferentes los terapeutas que participan por cada uno...

E2: ¿Y los psiquiatras solamente hacen la función de médicos o también son terapeutas?

S: Ehhh....también son terapeutas, la directora clínica se los va a poder aclarar más, pero tengo entendido que una de las psiquiatras Yolanda Muñoz, hace sobre todo psicoterapia, y Cecilia en algunos casos

E2: ¿Le preguntábamos, por que no se si se acuerda que la entrevista queríamos tratar de que fuera grupal, pero lo fundamental es que fuera representativa de la praxis de la institución, en ese sentido nosotros pensábamos que los psicólogos y los psiquiatras desempeñaran mas o menos funciones similares y que no fuese necesario que haya uno de cada uno, y que un representante reflejara la praxis que hacen...bueno aquí se ve que hay una distinción en este caso?

S: Bueno yo creo que eso le puede informar más el trabajador social...hace años que esta en todas las reuniones clínicas, el es el que presenta los casos, por que el ingreso lo hace el trabajador social, el evalúa si corresponde o no a nuestro proyecto, y bueno y a través de esa entrevista establece la situación de la persona y presenta el caso en la reunión clínica...y en esta se ve si es un caso para psicólogo o para psiquiatra y ahí se ve quien lo va a abordar, si además es necesario terapia ocupacional ...eso a veces se va agregando después de un cierto tiempo de terapia, el terapeuta es el que va viendo...por que no todos reciben el apoyo de la fisioterapia...sino que en los casos en que se ve necesario

E1: ¿La terapeuta ocupacional solo hace estas intervenciones grupales?

S: No...no...la terapeuta ocupacional... o sea la intervención grupal la hacen en conjunto la terapeuta ocupacional y la asistente social...y mmm...la terapeuta ocupacional, además hace intervenciones individuales, que por lo que he sabido se abordan como problemas funcionamiento en el hogar, rutina, en el caso de personas con esquizofrenia o algún caso psíquico más severo que pierden el habito de bañarse y su aseo personal, y así se van trabajando este tipo de cosas y los problemas relacionados con la familia.

E1: ¿Desde esta mirada integral que tiene CINTRAS, y tomando en cuenta las distintas disciplinas que se integran acá, ustedes creen que existe alguna disciplina de la cual ustedes les gustaría integrar al equipo, y que sienten que por factores que tienen que ver con financiamiento no se ha podido hacer?

S: mmm...no lo sé bueno tuvimos un tiempo un médico en medicina general, que también fue bueno tenerlo y que fue uno de los cargos que se suprimió por motivos económicos y que ahora cuando es necesario exámenes de medicina general es preciso derivar, entonces podría ser un enriquecimiento para el equipo si hubiese un médico general, otros aspectos no tienen que ver tanto con el ámbito terapéutico, por ejemplo tener un abogado, para determinados problemas jurídicos, pero eso ya no tiene que ver con las disciplinas de la salud mental...en cuanto a orientación a veces incluso jurídica o que tiene que ver con el caso de pensiones o jubilaciones, lo hace el trabajador social, mmm...tarea importante en el orientar a los pacientes que en ocasiones vienen muy mal, orientarlo en pensiones de gracia o en otros derechos y no tienen idea, entonces eso lo hace el trabajador social... que es una parte importante en la rehabilitación...en tratar de asegurar condiciones de vida más o menos dignas

E1: ¿Señora Beatriz, para ir cerrando más o menos, la última pregunta tiene que ver con la identidad institucional digamos si lo podemos decir así, y es que nosotros consideramos que ustedes se han definido como un organismo que trata un problema especial, distinto a todos los problemas que podemos hablar en salud mental, cierto... y en ese sentido se han tratado de hacer una pregunta que han tratado de responder...y ustedes dicen que ha sido un proceso de ir aprendiendo al andar y de ir desarrollando conceptos y de ir desarrollando prácticas, en la esencia de lo diferente y que hace distinto el problema que ustedes intervienen y que hace diferente su forma de mirarlo y sus práctica ... cual sería su esencia...CINTRAS se considera distinto como al principio... ha cambiado esto?

S: Yo creo que no ha cambiado mucho...o sea sigue...mmm...sigue siendo una práctica de nuestra enfoque institucional, de nuestro trabajo institucional el no limitarnos al trabajo terapéutico, sino tratar de incidir también en cambios en la sociedad...o sea nosotros formamos parte de la asamblea nacional de derechos humanos, formamos parte también de la comisión ética contra la tortura, en que por ejemplo la comisión ética contra la tortura, jugó un rol fundamental en todos los esfuerzos para lograr que ...el presidente Lagos creara la comisión Valesh, la reparación para ex presos políticos, es decir, nosotros ...o sea por lo que les decía al comienzo, por ser un problema o este daño derivado de una situación política y social, que ha ido cambiando, pero que sigue manteniendo aspectos que siguen retraumatizando o cronificación peldaño, entonces entendemos que parte de nuestra visión es ir cambiando eso, a través de conversaciones con representante de gobierno, a través de la participación de nuestro organismo y también la revista...la revista de CINTRAS es también parte de este trabajo de esta lucha ideológica, por tratar que la sociedad comprenda que es un problema actual o que en determinados estamentos de la sociedad se hagan cargo...o sea la revista se entrega en forma gratuita, a parlamentarios, especialmente a comisiones de derechos humanos y salud de ambas cámaras, a las universidades a las escuelas de trabajo social, de psicología de medicina, a otras ONGs...a representantes de iglesias, es un espectro muy muy amplio...son 300 o 400 revistas que se distribuyen gratuitamente...y son revistas que contienen por un lado trabajo técnico que tienen que ver estrictamente con salud mental, con el daño como abordarlo, pero también trabajo sobre de DDHH que van más allá, como por ejemplo...en relación con el protocolo facultativo de la convención contra la tortura que es casi desconocido y que en estos momentos esta siendo discutido...que sería importante que Chile lo aprobará y se crearan los mecanismos necesarios de visita a las cárceles como prevención de la tortura o el tribunal penal internacional...tratar de llegar con estos temas a un espectro más amplio... eso asumimos que es parte de esta misión...también el centro de documentación para facilitar el acceso a personas que quieran informarse sobre estos temas tengan la posibilidad de hacerlo, por otro lado participamos también ..somos fundadores de la red Latinoamericana de salud mental y DDHH que son alrededor de 16 centros de 14 países de América latina y centro América, esta red tiene encuentros anuales en diferentes países, el más reciente hace poco fue...no me acuerdo, bueno en diferentes países...y en estos encuentros se trata de cambiar experiencia...y como CINTRAS es uno de los centros más antiguo, junto con los de argentina, Uruguay y Brasil, es importante transmitir los conocimientos de estos centros por la larga experiencia a los mas nuevos que se van creando...al mismo tiempo nosotros aprendemos mucho de realidades distintas como Guatemala, Colombia...donde la situación es muy grave. Es decir ,consideramos que esa es también parte de nuestra misión y parte del seguir aprendiendo y entregando y eso ha sido desde el inicio, por eso digo que no ha habido grandes cambios, a lo mejor en un tiempo fuimos más activos en el movimiento de DDHH que en lo que estamos en condición de hacerlo hoy en día, pero se mantiene la presencia de CINTRAS en las coordinaciones de

organismos de DDHH...desde que se creo CINTRAS en la época de la dictadura era normal que se participara de las marchas, manifestaciones y estaba claro para pacientes y terapeutas que eran espacios distintos, de que había un espacio donde se era terapeuta y otro paciente y había otro espacio en que ambos se manifestaban contra la dictadura y ambos tenían que salir corriendo juntos escapando de la represión, pero eso era también importante para los pacientes, o sea sentir el compromiso vivo o real y sigue siendo importante...es parte del vínculo comprometido de un tema importante que no puede verse reducido a la terapia, es parte de nuestra tarea, de nosotros mismos y de los consultantes

Entrevista individual PRAIS NORTE

E1: como le habíamos contado ya, y como salía también en nuestro proyecto de memoria digamos nosotros hacemos una entrevista primero a la institución como para conocerla, y en ese sentido la entrevista que queríamos tener acá en este PRAIS con usted era para conocer el equipo, este equipo PRAIS más que el programa PRAIS metropolitano sino que la historia primero de este equipo: ¿Cuándo se formó?, ¿Cuánto tiempo llevan?, ¿Quiénes lo conforman?, ¿Cómo trabajan en un sentido amplio digamos, así como hacer el recorrido de una persona que llega a solicitar, quien lo atiende, ese tipo de cosas. Pero primero partamos por ¿Cuántos años tiene el equipo? ¿Cómo nació?

S: haber este equipo tiene 6 años, comenzó a partir de una definición que hiciera el PRAIS occidente en el 2000 y tiene que ver con que el prais occidente atendía en ese tiempo a toda la población del área norte, estoy hablando de casi 720.000 personas, mas la población de occidente, mas la población del prais central, en ese tiempo el prais occidente tenía a su cargo una población estimativa de tres millones y medio de personas, con un equipo que no superaba las 9 personas, entonces hubo una definición ahí de no atender mas a la gente ni del central ni del norte porque esos servicios no estaban poniéndose con las lucas necesarias como para poder contratar mas profesionales o abrir el espacio para poder crear programas o ampliar los recintos para entregar los servicios...entonces a partir de ese día nace la necesidad del prais norte, poder crear un equipo prais norte...se hizo un equipo de acogida, con tres personas, el psiquiatra que fue el que hizo de cabeza de este cuento, una asistente social y una auxiliar técnico, y con eso empezó a funcionar, al principio realizando cosas pequeñas, una pasada de capacitación en occidente para ver como se hacia la pega y posteriormente aquí se instala en el hospital San José...este equipo después tuvo unas horitas de psicología especialmente que venían del psiquiátrico, el personal administrativo que también vendría del psiquiátrico, comenzaron a tener un apoyo permanente del hospital psiquiátrico, sobre todo a nivel de fármacos y de a poco se empezó a trabajar el tema de medicina, se incorpora después dentro de la dotación un medico familiar y esa es mas o menos la base con la cual se empieza a trabajar, mmm...se acogen estudiantes en practica de psicología, después con el tiempo este pequeño equipo de acogida se va asentando y pasa a tener la categoría de equipo ... como tal, yo diría después de tres años, en el 2003 mas o menos, el año 2006 con la aprobación de los fondos de las diferentes leyes que ustedes ya conocen cierto, en el programa se empieza a contratar a todas estas personas que estaban a honorarios, eh... se mejoran los sueldos, y hoy día estamos prontos a reforzar el tema de recursos humanos con 44 horas de medico, tanto de psiquiatra como de medicina familiar mas 22 horas de psicología, o sea vamos a crecer casi en un 80%, yo diría que esa es básicamente la historia bastante resumida del prais norte.

E1: entonces hoy día quienes componen el equipo

S: quien conforma el equipo a ver, tenemos 44 horas de asistente social, tenemos propias 44 horas de psicología, 22 horas de medicina familiar, hay 22 horas de psiquiatra que están en este momento sin ocupar, tenemos 44 horas de técnico paramédico, tenemos 44 horas de secretaria, hay 22 horas de asistente social adicional conjunto con 22 horas de coordinación que son las mías, y tenemos 11 horas delegadas desde el hospital psiquiátrico, ese es el recurso humano que hay, por eso les digo con las 44 horas de medicina mas las 22 horas de psicología yo creo que estamos aumentando bastante el servicio que podemos ofrecer, principalmente

porque mas que el tema de salud mental lo que nosotros intentamos hacer es que se desmitifique el tema prais como un tema netamente de esa área, sino que el prais incorpora otras variables ya?, que no necesariamente son salud mental pura y dura... el efecto del daño quizás en los tiempos de dictadura tenia que ver especialmente a nivel psicológico, porque no se tenia otra instancia, hoy día se incorpora este otro elemento, pacientes que a los 30 años les sacaban la cresta, a los 60 recién están demostrando a nivel físico la realidad de los golpes, a los 30 años teni que salir a trabajar no mas, hoy día, con el paso del tiempo, con otra situación vivida en el país etc., es mucho mas observable el efecto que produjeron el tema de la tortura, el tema de la persecución.

E2: respecto al flujograma de atención, generalmente como llegan los pacientes, como...

S: a ver yo diría que el 95 % de los pacientes que llegan a prais por primera ves llegan porque se encontraron un compañero, un amigo, un familiar o una tanda de comerciales de alguna radio comunitaria de que existe este programa y hago hincapié en eso porque pudiese pensar que el colectivo social, la ciudadanía en general, el tema de ddhh es un tema atingente solamente hasta el año noventa y ocho con la detención de Pinochet o hasta el año 90 donde asumió don patricio Aylwin la jefatura del país, pero este mismo tema que dejo un espacio de dolor bastante persona todavía no podido dilucidarse a un ámbito grupal, por eso es que constantemente hay ingresos que han ido en aumento en todos los prais, no tan solo este, prais en general, entonces, volviendo a la génesis de la pregunta, se enteran a través de estas vías, muy pocos a nivel institucional, a través del programa de reconocimiento al exonerado político del ministerio del interior, al programa de ddhh del ministerio del interior, o de algunas ONG que todavía siguen presentes, eh...el primer encuentro con este programa se realiza en secretaria, se define en secretaria cuales son las necesidades que tienen los pacientes, los usuarios y se le dan las horas de ingreso... finalmente en un tiempo de espera no mayor a tres semanas se realizan los ingresos necesarios con la asistente social o el asistente social, entonces esos ingresos duran una hora eso es mas o menos lo que esta estipulado, se trata de ir evaluando todo lo que sea posible cosa de tener varios factores para poder analizarlos posteriormente o en el transcurso de la entrevista, y si es necesario profundizar el trabajo, se revisa ahí ya con el consentimiento del paciente se deriva a psicología o a psiquiatría o a medicina familiar, como opinión muy personal yo prefiero dejar la instancia abierta en el sentido de la reflexión del paciente para poder tomar salud mental después, enviar la persona a mi por lo menos no me ha dado muchos resultados porque sienten que es una obligación mas del programa, en cambio dejar abierto en la entrevista permite que el paciente pueda hacer una reflexión mayor frente a este nuevo lugar, estas nuevas posibilidades de poder trabajar algo que se encuentra inconcluso, y con la finalidad de que ya tiene un nivel de confianza entre comillas mejor del que tenia cuando llegó, y por lo tanto el ingreso se transforma en una herramienta de acercamiento, de identidad, o sea, una acogida si se quiere decir, pero también el tema de poder sacar este estado represivo de la dictadura a un estado amigable, posterior a eso...entonces yo diría que del conjunto de pacientes que llegan a consultar, te diría que cose, puta, 10, a lo mejor todos necesitan medicina y te diría que a lo mejor 2 o 1 necesitara salud mental, lo que no implica que después este paciente posteriormente solicite atención de salud mental.

Posteriormente continuamos trabajando con estas otras especialidades, tanto el medico, como le psiquiatra como el psicólogo pueden derivar internamente los casos, o derivarlos a otras especialidades, podología, trauma, dental por ejemplo, por lo tanto salen con la venida desde acá, nosotros tenemos a través de nuestro modelo de gestión que la reparación no se hace entre cuatro paredes, ni tampoco en la hora que

estamos con el psicólogo o con la medico o con el psiquiatra, sino que la vida constituye también un proceso reparatorio, por lo tanto si yo establezco que hay que seguir viviendo, pero saliendo de aquí el usuario siente que no se le ha dado respuesta a su lista de espera de dos años o que su cabro chico esta con problemas de drogas y hay que seguir pa delante, lo que yo hago en estas cuatro paredes no me va a servir de mucho, entonces la idea es que aquí el que esta en control con nosotros pueda tener este momento en este espacio la posibilidad de poder ser derivado le va demostrando al paciente que no es tan solo que estas personas buena onda están tratando de apoyarlo o mostrándose confiables, sino que a partir de este inicio, mostrar que el sistema también puede dar respuesta a su inquietud, y la idea es que vaya complementando también lo que hacemos nosotros, por eso nosotros decimos que es un tratamiento integral ya porque no solo abarca el tema de la cabeza sino toda la salud, y obviamente eso me va a ayudar a sacar a la paciente con mayor rapidez de un proceso terapéutico si va aparejado por un tema de tratamiento físico, entonces eso disminuye los tiempos de espera, me maximiza los recursos, la calidad de vida mejora en el paciente... así de ese mismo modo yo sensibilizo a la red, o al tratante de otra especialidad de que este es un personaje que come, lee, igual que cualquier otro paciente, y no por el hecho de tener una característica distinta como es el tema de la represión política va a ser un ogro o alguien ajeno a la norma, sino que es un ser humano como cualquier otro, yo diría que eso como lo mas característico.

E2: José, respecto a eso que tu dices que la reparación no se efectúa entre cuatro paredes y que se tiene que sacar el tema a través de la derivación y la sensibilización de la red, a parte de eso hay otras modalidades de trabajo que sean no tanto profesional sino mas a nivel comunitario

S: no, por lo mismo que lo yo te decía antes, yo siento, no, no es la palabra correcta... yo he evaluado que por decreto no se produce la reparación, que una ley del año 92 con el informe Rettig y a nivel judicial ni siquiera el 20% de los acuerdos se han visto y eso que estamos a 17 años de entre comillas la llegada de la democracia, hay una serie de leyes que no han llegado a todos, el mismo caso del Valech, por diversos estudios que se hicieron, por diferentes antecedentes de la dictadura, los 28.000 reconocidos como presos políticos dentro del Valech será un 10% de la población total, por lo tanto me tendría que preguntar donde están los otros 90, lo mismo pasa con PRAIS, un decreto, o un memorandum o un ordinario del director no me va a ayudar a sensibilizar al medico, a la matrona, al encargado del SOME, al tipo que barre los box, cual es la forma que yo tengo de sensibilizar que el mismo especialista que los ve aquí hoy día haya un trabajo de sacar las especialidades desde los hospitales base a los consultorios, el va a ser mi mejor mensajero, en el contacto diario, y lo otro, yo creo que la mejor forma en la cual las organizaciones se van socializando también en esto también entiendo como van interrelacionando con los miembros que lo conforman, en este caso los consultorios, hoy día existen dos instancias importantes una de ellas es el consejo consultivo de salud, ya y los grupos de salud comunitario que son dependientes de estos centros de salud, por lo tanto si se mantiene la idea de recobren esta idea de organizarse que la tuvieron en la época de la dictadura, que la tengan hoy día que la potencien hoy en día, ellos van a llevar la temática prais, y por lo tanto ellos van a poner el tema en la mesa y va a ser mucho más simbiótico, mucho mas cercano a que venga alguien distinto, con la jefatura y autoridad del servicio a tratar de imponer una idea, por tratar de construir una idea, hay que tomar en cuenta que estos son programas político clínico, y no un programa clínico a secas como cualquier otro, de esta variable y esta vertiente finalmente no puedo controlar que por ejemplo el que atienda al usuario prais tenga una idea política distinta o tenga una concepción de los sucesos que se produjeron en chile entre el 73 y hoy día que vaya acorde con el paciente, por lo tanto como yo minimizo eso, con los mismos usuarios, en ese espacio compartido, donde la autoridad que se supone tiene

que acoger esas situaciones que plantea la comunidad lo puede hacer mucho mas calido...obviamente que se refuerza con llamados con memos, pero el trabajo es ahí, que el usuario sea parte también de su propio proceso, por eso te digo reparación por decreto no existe, no conozco casos en el mundo a cerca de eso, y creo que no es la mejor forma...nadie lee esa cuestión, es un papel más.

E2: este es más o menos el mismo principio que rige cuando tú nos decías que no mandabas a las personas como obligadas a salud mental

S: exactamente, es el mismo principio

E2: ¿Tratar de que la persona se empodere de su propia reparación?

S: exactamente, yo siento...otra vez, yo evalué dentro de todos mis años de trabajo en el prais y de salud mental, que tengo un 50% del proceso terapéutico hecho cuando el paciente atraviesa esa puerta, el esta dispuesto a abrir algo que es doloroso, muchas veces juraron eternamente llevárselo a su tumba, mujeres que son violadas y nunca contaron ni siquiera a los mas cercanos, o a su gente o a su madre, etc....la situación y que entrando en este espacio reducido de 3x3, frente a una persona desconocida también o desconocida como terapeuta puede ser otro compañero, logre ese nivel de profundidad respecto a asumirse en tal condición, yo creo que esa instancia para mi es lo mas trascendental para poder después empezar a trabajar con lo otros, porque tu a la larga mas que establecer una relación terapeuta paciente en la cual algunos dicen que se produce una relación de enamoramiento algunas veces, creo que pasa necesariamente por una relación de confianza, sentir que tu si bien eres funcionario de estado, también eres alguien que no va a cuestionar algunas cosas que tal vez si se va a cuestionar otra persona, y por lo tanto acepta esa situación, y que por el mismo hecho de estar en este tipo de instituciones, nosotros tenemos el deber ético de llevarnos todo, lo que nosotros sabemos, lo que a nosotros nos cuentan, nosotros logramos poder concordar con el usuario algunas cositas, otras cosas quedan ocultas, una ves un paciente me pregunto que porque cresta no escribía un libro, yo creo que llevai como 20.000 pacientes de PRAIS, entonces yo pensaba, bueno, si son 20.000 o 21.000 pacientes del PRAIS, tendría que pedirle a todos su autorización para poder contar parte de las fuertes defensas que se van creando ahí...eh y es complicado, es súper complicado, yo creo que ese principio de que uno tiene que asumirse ciertas cosas necesariamente también se tiene que reflejar en lo grande y en lo pequeño, sino va a ser una perdida de tiempo para ti que eres el terapeuta, va a ser una perdida de tiempo y plata para el paciente, va a ser una perdida de tiempo para la institución, claro porque alo mejor hay otro muchacho, hay otra mujer, hay otro hombre que a lo mejor tiene las ganas de poder iniciar su proceso, que a lo mejor en este momento esta siendo mantenido a fuera, a raíz de eso, y no darle espacio acá, hay que darle un tiempo de maduración...em...es como querer comerse la cazuela sin haber pillado primero la gallinita.

E2: ¿Tiene un rol súper importante la asistente social o trabajador social que hace la primera entrevista?

S: haber, mas que el rotulo trabajador social, o el rotulo psicólogo, o el rotulo enfermera, porque quizás nosotros no tenemos enfermera pero otros equipos si lo tienen, creo que tiren que ver necesariamente en como te planteas tu desde tu sillita desde tu sitio respecto a como debe ser ya? Acuérdate que nosotros todos los días trabajamos con el deber ser en el sentido de que la gran mayoría de ellos eran militantes o sintonizantes de algunas agrupaciones políticas, por lo tanto claro, hay que retrotraerse 35 años atrás, tienes que ser el mejor en la producción, tienes que ser el mejor en los estudios, tienes que ser el emblema en la familia, tienes que ser el mejor dentro de tu población, tienes que ser el mejor dentro de tu club de fútbol, tienes

que ser la mejor en tu centro de madre, por lo tanto el deber ser aquí se enlaza muy fuertemente, entonces quebrar ese deber ser, yo te voy a decir si estoy de acuerdo contigo en que hay que tratar de hacer esto, pero hay ciertas cosas que por efecto de esto mismo no lograste hacer, entonces como hacemos hoy día, yo diría que mas que el rotulo de quien sea o no sea, a veces hay que tener tino, la cercanía con un usuario del prais no te la va a dar un titulo, no te la va a dar un titulo. A lo mejor puede que un mismo auxiliar paramédico que a lo mejor tenga formación en salud mental puede que sea mucho mas terapéutico que un psiquiatra o mucho mas terapéutico un sacerdote, todo pasa por un contexto donde uno se mueve, si tu te fijas en esta sala no hay ningún elemento medico tradicional que diga mira estas llegando a este recinto, porque entiendo que salud es un sistema muy dictatorial, salud debe ser una de las áreas de trabajo que peor trata al usuario, o sea el hecho de que tengan en la atención medica rendimiento de 6 por hora, o sea estamos hablando de 10 minutos, no alcanzas ni siquiera a sentarse el muchacho cuando ya le medico tiene que rellenar la ficha ya te tiene que dar la receta y listo, partiste y pa fuera, entornes eso tiene que ver no necesariamente con un titulo, si nosotros hoy día hacemos esa pega de poder ingresar, pero en otro lado pueden ser los psicólogos, o en otro lado pueden ser entrevistas duales.

E2: No es normativa de PRAIS digamos hacerlo así.

S: no, no es normativa, hay un protocolo que todavía no se ha masificado ni se ha oficializado por parte del MINSAL y si planteaba hacer entrevistas, o sea daba ciertas características sobre quienes debían conformar los equipos para poder hacer los ingresos, ya ese protocolo como te digo no ha sido formalizado, no se ha oficializado pero si fue discutido por los equipos, la cual nosotros fuimos parte e...y por lo tanto yo trato de que ese protocolo se lleve a la ejecución, quizás donde hemos caído es en la entrevista dual, porque nosotros no tenemos formación en entrevista dual, yo creo que hay que ir haciéndola paso a paso, un poco para sacar la riqueza la idea es que no preguntemos lo mismo con el otro colega, ni tampoco que esa sea el inicio de una sesión terapéutica pa que pueda enganchar con otra persona, y pa eso mas que las ganas teni que tener dominio, y eso el usuario, por lo menos este se da cuenta, siempre te va tanteando, siempre te va probando, aunque tengas una relación de años, no se yo conozco usuarios con los cuales nos preguntamos como le fue con la mascota o si arreglo la pana del vehiculo que tenia la semana pasada, a pesar de que tengamos ese nivel de cercanía y confianza bastante importante a la hora de los "que hubo" mantenemos esa relación, entonces diría que necesariamente todos los días te van probando, todos todos los días, de años, cuando van ingresando recién te van probando cuanto conoces tu de la historia, si sabes que estas características son de este centro y no de este otro, si sabes que en tal fecha cayo tal persona o cayo tal dirección, que repercusiones tuvieron para dos años después, y eso el paciente lo agradece bastante, o por lo menos esto no es el loco, este no es tan tonto, y por lo menos entiende como se fueron generando estas situaciones, y por lo tanto no es cualquier psicólogo, eso

E1. José ¿ustedes sienten que a nivel de equipo como conformación de equipo están constituidos?

S: No, no para nada, para nada

E1: te lo pregunto porque la idea que uno tiene de los equipos de salud pública donde hay mucho recambio o quizás muchas veces las condiciones de trabajo son un poco adversas, por eso un poco la pregunta.

S: haber, yo en mi puesto de coordinador trato de pensar muchas veces que me habría gustado a mi siendo un simple funcionario de la salud publica que hubiese

hecho mi coordinador, o que hubiese hecho mi jefatura...em...por lo menos nosotros creo que somos los que pagamos mejor a nivel país, de una u otra forma se trata de que la gente tenga posibilidades de ir a capacitarse afuera, por lo menos los que han solicitado, por ejemplo en este mismo encuentro, todos aquellos que estaban contratados tenían la posibilidad de ir, sin obviamente descuidar las funciones que tenemos como servicio de salud que tenemos que estar todos los días abiertos, pero a nivel de la conformación del equipo no, nos falta mucho, primero porque como no estaba esta cosa de oficialidad con lo que a pasado con la resolución ministerial, no teníamos fondos por lo tanto estábamos a la caridad de otros equipos, o a la caridad de otras especialidades, lo que tenía el hospital nosotros teníamos que sacarle un poquitito del hospital, porque nuestra producción también era baja, al tener poca genere evidentemente produces poco, al tener recursos pocos maximizas la atención, contratas mas gente, pero también eso significa otro nivel de posición, de posicionamiento, antes trabajábamos con honorarios por lo tanto tu llegabas a una hora x y te ibas a una hora x siempre y cuando cumplieras el trabajo, hoy día tienes que marcar tarjeta, tienes que respetar horarios, hay ciertas cosas que otras veces son publicas, son así y son así, puede que tú estés de acuerdo o en desacuerdo pero es la norma, entonces eso yo creo que ha sido uno de los elementos en que habíamos fallado a la hora de constituirnos como un equipo, yo diría que ahora somos un grupo de persona, todavía nos falta llegar a ese nivel de reraconamiento, esto lo digo precisamente a nivel de la experiencia en otros equipos en los que he estado...

E1: ¿Pero sería netamente por una variable más económica o hay otras cosas que tienen que ver más con el nivel de coordinación de ustedes a nivel de trabajo?

S: yo creo que también tiene que ver con un tema de experiencia ya?, tenemos gente muy joven trabajando y tenemos otros que ya están a punto de jubilarse, no hay una etapa de transición entre medio y yo creo que es ha sido uno de los factores que habrían digamos despotenciado este equipo, las condiciones de trabajo son quizás, si yo diría que son buenas, dentro de los equipos de salud, viendo el contexto del hospital mismo, tenemos una buena condición de trabajo, pero nos hace falta eso para constituirnos mas que un grupo de personas, constituirnos como equipo.

E2: hay algo generacional ahí

S: yo diría que también en parte hay algo generacional que es como tu te contextualizas en este nuevo estadio que es bajo ciertas reglas, bajo ciertas normativas, yo soy jodido por ejemplo con el tema de los horarios...eh o sea si tu te comprometiste conmigo a las 8.30 es al las 8.30 no es un cuarto para las nueve ni a las nueve, porque a las ocho y media hay un paciente que te esta esperando, un tipo que hizo un esfuerzo para llegar a esa hora, un tipo que se tomo su bus, salio temprano de su casa, a lo mejor no tomo desayuno y te esta esperando a las ocho y media, y a la larga la persona que esta ahí afuera es la que te paga el sueldo, es la que te paga la luz, te paga el computador, te paga el agua, te paga el papel higiénico que utilizas, es mi centro de gravedad, por lo tanto si yo doy un buen servicio esa persona va a estar contenta, va a ser una persona que no va a perder sus horas, cosa muy frecuente en salud, es una persona que es mi embajador en la comunidad, es una persona que va a tratar de que este programa u otros funcionen de mejor forma, y en definitiva creo que también el cumplir ciertas reglas nos sirven también para apoyar el proceso reparatorio, de que me sirve la reparación y la justicia y lo demás si yo no soy justo con el paciente...en mi forma de ver las cosas.

E2: ¿Sería como una violencia institucional?

S: yo siento que sería una violencia institucional el no cumplir ciertos compromisos, si

la institución no esta, haber, es claro, tu no le estas haciendo un favor a la institución trabajando aquí, ni la institución te esta haciendo un favor a ti por un sueldo, porque partamos de la base que las personas que vienen paca si no hubiese venido el golpe con la fuerza que tuvo, con los resultados que tuvo no estaríamos conversando ni ustedes en esta mesa hoy día de este tema, yo parto de ese tema, fue violentado...yo no se lo que habría pasado con su vida si eso no hubiese venido el golpe, pero pasó y por eso estoy aquí ocupando este cargo, por lo tanto mi primera prioridad es él, puedo yo discutir contigo y enojarnos incluso pero mi primera prioridad es él...y si las reglas del juego son esas esas son las reglas del juego yo no las puedo cambiar, y si no tengo fármacos puta, me las arreglare y me descrestaré y echaré puteadas pa todos el mundo perdonando la grabación, pero trataré de que el fármaco esté, y si no tengo horas de profesional como lo que nos pasa con psiquiatría veré por ejemplo con el hospital psiquiátrico, con el consultorio o con la dirección para poder contratar servicios externos de alguna clínica para poder tener atención de psiquiatría para el paciente, y el que lo quiere entender bien y el que no la puerta es bastante ancha, y en eso estamos todos, este es un cargo de confianza, de hecho el director si no le gusta mi trabajo tiene la facultad de poder definir quien ocupa mejor eso, y eso yo lo tengo claro, pero viendo primero que es el usuario el foco.

E1: hemos hablado un poco acerca de lo que tu nos contabas de las redes del equipo con otras instituciones de la red de salud y también a cerca de la derivación de eso, me gustaría saber cual es el estado actual del posicionamiento que tiene el PRAIS respecto de la parte salud que tiene el lado...

S: *¿Norte?*

E1: Norte, la percepción que tienen ustedes tienen respecto del posicionamiento del...

S: *Yo creo que es baja, y es por lo mismo que te decía, al no tener mayor cantidad de horas profesionales, al no tener un espacio definido, al no tener una ley que te ampare atrás, al no estar inserto en el programa de salud, por la misma característica que te da el programa, se te hace mas difícil contactarte con otros y tratar de que el otro atienda de la mejor forma a tu paciente, yo ya te dije que salud es un sistema perverso, que si bien tu vas con una situación x de partida ya te dicen no!, no! No hay no queda, venga en seis meses más, entonces, yo creo que es bajo todavía, me encantaría no se por ejemplo que hubiese una prioridad en la atención, este paciente es distinto al otro, no es porque sea mas lindo mas feo, mas flaco, tiene bigote no tiene bigote, es porque aparte de una situación clínica, puede que a lo mejor tenga una hipertensión por ejemplo pon te tu, o que tenga un menisco roto, quizás ese menisco roto es producto de esto otro, no es el producto de la vida, de un accidente laboral, de un accidente común, es producto de esto otro, por lo tanto yo creo que salud debe necesariamente dar una prioridad de atención frente a esto y no que el cuadro clínico mande sin poder involucrar también este espacio, entonces, al no haber una definición claro nos cuesta un poco mas, por eso es que yo valoro mucho que el servicio, y en este caso el complejo haya aceptado nuestra idea de que por la cantidad de usuarios que tenemos que son dieciséis mil seamos considerados como un centro de atención primaria mas, como otro consultorio, y por lo tanto nos asignan horas como si fuéramos otro consultorio de la red, porque a mi me permite hacer esto de aparte de trabajar con ellos aquí lo especifico PRAIS, permite también incorporar lo otro que no es a lo mejor PRAIS, pero si es sustento de lo otro. Internamente si yo creo que estamos montados, estamos montados, ya saben que existimos, saben que nosotros estamos derivando gente, que nos involucran con esto, que uso casos de unos pacientes que son los valech que ellos tienen posibilidad de que el estado a través del servicio de salud le financie a ellos sus prótesis sus ayudas técnicas, em, ...*

yo se que cuando llega un paciente valech lo primero a dental, yo diría que todos, casi todos sin exagerar han perdido piezas dentales, quizás no fue en el momento de la tortura pero igual fue efecto de , o te dejaron con los dientes sueltos y las hueas se te empezaron caer o se te genero una diabetes o se te genero una hipertensión a causa de esto otro, a lo mejor tenia predisposiciones genéticas, estamos de acuerdo, pero se gatillo por lo otro, por lo tanto eso es también resultante de...y hemos logrado en el caso dental por ejemplo un grado de relación bastante cercana en el sentido de que si es un paciente PRAIS me lo va a ver altero, y ya sabe que como tenemos la posibilidad de poder comprarlos los implementos es un paciente que no va a tener que estar esperando eternamente si Fonadis le puede financiar su dentadura o juntar pesito a pesito para poder comprar sus prótesis, estamos hablando de prótesis que cuestan mayoritariamente mas de doscientos cincuenta mil pesos, un diente, y en este caso podemos hablar de dentaduras completas, veintiocho piezas, entonces tengo un paciente que esta en atención medica o esta en atención psicológica, mínimo va a estar 3 meses, mínimo, y eso es lo que yo me estoy demorando hoy día con un paciente desdentado desde que lo ven hasta que le ponen ya la prótesis completa, entonces él ve que si el sistema le esta dando respuesta, entonces, cual es la idea que no se quede aquí eternamente, ¿para que lo quiero aquí? Yo quiero que ese hombre o esa mujer salga después de acá, que se vaya a fuera, que sepa obviamente que si en algún momento le falta el bastoncito puede venir aquí, pero su vida es afuera, por eso que yo no "ah sabe que usted tiene que ir a psicología" no, yo le diría "a mi me parece que usted debe iniciar un proceso, pero piénselo, tiene la puerta abierta, es como lo mismo, lo que pasa es que mi nivel de inserción en salud pasa necesariamente como yo me potencio a nivel interno, pasa como yo potencio desde esta coordinación el trabajo de las agrupaciones de usuarios, ya sea en información, ya sea en contacto, ya sea en teléfono, ya sea una conversación con el director del mismo centro etc., y después pasamos a la otra escala que significa sacar tres equipos clínicos de estas cuatro paredes y llevarlos a lugares alejados, a la ruralidad que es otro sector ajeno a las políticas reparatorias.

E2: ¿Ese es un proyecto futuro?

S: un proyecto que ya empezamos hace dos meses atrás, títtil en la zona rural de títtil, fue muchas mas gente de la que habíamos congeniado con la agrupación eh...creo que es una iniciativa que vamos a seguir haciendo en el 2008, por lo menos unas cinco o seis salidas, creo que eso es al menos bueno, porque a parte de salir del tema del claustro hospitalario, nos permite también conocer otra realidad, una realidad que muchas veces esta escondida, tiene n que tomar en consideración que entre el setenta y tres y el ochenta y cinco mas o menos eh, las situaciones de represión las manejaban directamente carabineros, y eran a veces habitantes y vecinos del tipo del cual fueron a buscar o que fueron a apalear o que despidieron de la pega y después lo fueron buscar en la noche, eh...la represión se ve todos los días y se mantuvo todos los días, no en el mismo hecho en el mismo evento represivo, tu sabias que en dos calles mas allá vivía tu torturador, tu sabias que una calle mas allá te sacaron la cresta y que la comisaría quedaba dos cuadras mas allá, o el hecho mismo de que chuta ojala que ninguno de mis familiares se meta con los familiares de este otro, entonces la represión ahí se hace todos los días y se mantiene hasta hoy día, entonces esas son las historias que no están ni en el valech ni en el rettig, ningún documento oficial, por lo tanto ahí hay que ir a trabajar, y realmente son esas personas las que sobrevivieron a través de una pensión asistencial, sale casi cinco mil pesos venir a santiago, saque la cuenta cuando les cuesta venir, entonces es mucho mejor que los equipos vayan allá a que la gente venga pa' ca, esa es la idea.

E1: ¿Respecto a las proyecciones futuras que ustedes tienen como equipo?

S: nosotros, queremos aumentar como les dije hasta un ochenta por ciento las horas

clínicas que tenemos disponibles hoy en día, queremos aumentar nuestro arsenal farmacológico básico de trabajo, por ende vamos a aumentar nuestra producción por ende, al aumentar la producción y poder establecer convenios con las diversas especialidades en platas que a lo mejor nosotros no hemos ocupado, potenciar la mayor atención de nuestros usuarios dentro de la red, este año quiero implementar también unos cuatro o cinco talleres grupales, o sea que vamos a tener una mayor cantidad de horas en ese ámbito, poder a partir de eso establecer ciertos convenios con ciertas entidades que sean ajenas a salud, por ejemplo SERNAM, por ejemplo CHILEDEPORTE ver que la oferta estatal es muy amplia y esta en barbecho, es un terreno que es muy rico, pero que pocos se han atrevido a explorar y mi deber es potenciar por ahí, a nivel de convenios con el servicios, porque ya tengo instalados aquí, pero tratar también de instalar otros programas en la comunidad con los mismos usuarios organizados, no es necesario que tenga la definición de que papa estado este ahí encima, que el asistencialismo que nosotros tenemos que dar vaya hacia fuera, nosotros ser el puente no mas, esa es como la proyección, yo diría que eso, vamos a aumentar el nivel de cobertura de los valech también, em...este año, el que viene debiese estar aprobado el proyecto de instituto nacional de derechos humanos, por lo tanto si esta aprobado se va a abrir nuevamente el valech, por lo tanto yo quiero estar bien posicionado, para poder ser un factor de ayuda ya?, hay muchos casos que conozco a nivel personal de que no fueron a declarar a estas dos instancias, quizás el prais puede ser el elemento apoyador para estas personas, ya tenemos la experiencia de los valech, el rettig yo no la tuve por lo menos, ahí nosotros quizás tenemos que decir algo...eso.

E2: ¿Con los otros PRAIS ustedes tienen algún nivel de coordinación, hay una coordinación, hay un trabajo que sea coordinado mas allá de este encuentro por ejemplo que se hace una vez al año?

S: realmente siempre estoy llamando a los coordinadores o aquellas personas con las que tengo algún nivel de cercanía, pero no esta instituido por reglamento, necesariamente por esta suerte de juntarnos un poco para saber que cosa esta, con este vacío y esta falencia que tenia el MINSAL respecto al tema técnico, que todavía lo tiene, también esta esta otra cosa a nivel sindical, o sea que hacemos nosotros como funcionarios del prais, que reclamamos, y como la temática de derechos puede ser llevada a esa instancia, si nosotros nos inscribíamos a AFINAT vamos a pasar a ser parte de otras unidades, pero no vamos a tener mayor peso, porque como son entidades sindicales van a peleas en conjunto y no va a ir nadie por la cosa tan sectorial y tan especifica como es esto, entonces regularmente con ellos si nos llamamos por teléfono o nos juntamos o estamos que se yo, intercambiando información o como lo debes hacer en el tema de gestión interna con tu servicio.

E1: ¿Ese nivel de comunicación ha sido mayor que hace años o se ha mantenido siempre?

S: Nooo, antes nos juntábamos, una vez al mes, hace un año que no nos juntamos,

E1: sin embargo han tenido un producto como este

S: pero por eso te digo, si bien están estas jornadas no esta la cercanía en el día a día "haber como potenciamos el tema", cada prais sigue su camino propio en ese sentido

E2: ¿O sea está eso, pero no esta lo cotidiano?

S: exacto

E2: y ¿porque dejaron de ocurrir estas reuniones, que paso?

S: yo creo que por lo mismo que ustedes venían diciendo al principio, la alta rotación de los equipos, en este encuentro en conce de los viejos que estamos antes del 2000, ni siquiera hay que poner una fecha extrema como el 96, viejos antes del 2000, o 2001 ya, 2001...de unas 100 personas debemos haber sido unos 12, y por lo tanto tu nivel de interlocutor va cambiando y va haciéndose mas difícil mantener, eso por una parte, y segundo, por lo menos en mi caso personal yo me cansé de estar sacando la vuelta y blablabla, siempre hay un recambio, y yo digo bueno la gente que tiene ganas de juntarse se va a juntar en la pega o en otras partes no en la pega, de hecho sería mejor quedarse en su metro cuadrado o esperar a ver como se dan los acontecimientos, tan poco incidir mas allá de lo dicho, por eso que el teléfono y el mail para mí hoy son, a lo mejor no el nivel de cercanía del conjunto, pero sí para saber ya por aquí va la cosa, y el hecho de que todavía, por lo menos la palabra de este viejo servidor público sea tomada en cuenta por alguno también me va diciendo que uno no está tan alejado. Viene la coordinadora del equipo prais de Iquique a ver como nosotros trabajamos, eso también es un producto de esto, donde está trabajando madariaga, entonces ahí vamos a ver en que va el cuento, entonces eso sí se va generando.

E2: ¿Pero trabajo reparatorio entre comillas?

S: No, cada cual mata su propio toro, que yo sepa lo que hizo arica con Coquimbo fue, pero fue una cosa mas epistolar, algo del punto de vista teórico, no práctico, no no hay muchachos, ni siquiera con las ONG, con las ONG hay intercambio con uno o dos personajes, pero no hay intercambio de pacientes pa' ca paciente pa' ya, salvo cuando ellos tienen algunos problemas y me envían un paciente para acá y listo nosotros lo atendemos, no hay este feedback, por la misma situación de cada una de las organizaciones.

E2: ¿Respecto a la rotación tengo una duda que es la oferta de profesionales que está dando vuelta que podrían llegar a contratar o que podrían llegar acá esta en equilibrio con los que desertan del PRAIS? Pregunto porque no es un tema que se trate mucho en las universidades como una especialidad digamos, por lo menos desde el punto de vista del pregrado entones ¿me imagino que están contratando gente joven sin importar si tiene estudios o buscan personas que tengan algún grado de especialidad en el tema?

S: yo por lo menos procuro que el que va a trabajar con mis usuarios por lo menos tenga la más mínima idea de que es lo que paso en Chile, no un nivel de experticia alto

E1: sensibilidad yo creo

S: haber yo creo que si eres psicólogo ya teni que tener una sensibilidad especial, es lo que esperarías

E1: no pero respecto del tema yo digo más que nada

S: mira, mas que sensibilidad yo diría que un respeto, porque yo puedo ser súper sensible, pero no hago nada, es mas productivo "yo respeto lo tuyo" y en base a eso yo construyo, es como lo que pasa con mi director de tesis yo se quien es, pero respeto su condición de historiador, entonces yo por lo menos trato que la gente que venga o que trabaje tenga relación con el tema y si no hay una relación profesional por lo menos una relación familiar con el tema, eso es lo que quiero que sea conocido, y que por lo menos haya visto ciertos cuadros, que son los que va a ver acá, por lo mismo que te planteaba al principio que el paciente siempre te está probando y si te ve mal parado te lo va a hacer saber

E1: y se corre la voz

S: y se corre la voz, por lo tanto ahí yo también corro un riesgo, entonces eso hay que tener mucho ojito, y además porque en este ámbito nos conocemos todos, es muy chico, todos sabemos que calza cada cual, eh...yo creo que a nivel general, por ejemplo cuando nosotros hicimos concurso se presentaron quince curriculums y eso que fue solamente correr la voz, si hubiese sido un concurso publico con diario y todo lo demás hubiesen sido cien, ahora de esos quince atingentes a la temática venían tres o que habían hecho su tesis en derechos humanos o que habían trabajado por ejemplo no se en, o habían hecho su practica por ejemplo en alguna ONG, etc., pero hubo gente muy joven o gente que ya venia de vuelta y es porque también esta temática no te da plata po.

E2: ¿La rotación tendrá que ver un poco con eso también?

S: yo creo que tiene que ver con eso también, porque además es desgastarte esta pega, imaginate teni todo el dia gente, ta ta ta ta ta, y como yo no soy muy dado a no hacerme cargo del cuento y meter la cabeza adentro.

E2: ¿Pero es como especialmente desgastante?

S: especialmente desgastante

E2: ¿Distinto de lo que seria otro equipo de salud?

S: por ejemplo yo trabaje cinco años en el servicio de psiquiatría agudos de El Peral, que es donde llegaban los hueones más locos del país, mas locos que un hospital psiquiátrico, por ultimo en un hospital psiquiátrico te los cedan un poco cuando entran de urgencia...

E2: no el peral es

S: pa' quedarse, y locos como una cabra de monte, así y todo el trabajo acá es mas desgastante, porque por ultimo el paciente psiquiátrico puro y duro tu tienes una red interna que te hace vivir para con el paciente, en que sentido, teni toda la infraestructura, toda la organización específicamente moldeada para eso, si no esta el tratante esta el paramédico, sino esta el auxiliar esta el segundo auxiliar, esta el medico residente, en cambio acá no teni eso, nosotros no tenemos servicio de urgencia, los profesionales que hay tiempo completo somos dos y el resto viene por hora, por lo tanto teni que a veces hacer de todo, y tener conocimiento de todo esto para de repente ver a una paciente que esta en crisis, pero que no quiere irse al hospital psiquiátrico porque le van a decir la loca o el loco, por eso te digo que es mas desgastante acá, porque aquí estas trabajando entre comillas con personas normales, por lo menos en el otro lado estai diciendo ya estos hueones están cagaos, esta enfermo, acá no, es parte de la norma están dentro de la norma, eres normal entre comillas.

E1: yo creo que eso seria más o menos...

Entrevista individual PRAIS SUR

E: Esta primera entrevista que concertamos contigo...como coordinador es para tener algunas nociones básicas...historia del equipo, funcionamiento general, es decir, cosas como el flujograma, ¿Cuando el paciente llega, si es que hay algún formato especial de las atenciones?... ¿Quiénes conforman el equipo?... ¿Que disciplinas?, ese tipo de cosas. ¿O si hay variables importantes que hacen que ustedes se consideren diferentes de otros tipos de PRAIS?

S: mmm...

E: Partimos siempre con la historia.

S. Ya ...ehhh...que te puedo contar de la historia...Te cuento un poco de mi historia, para que sepai mi rol en el PRAIS...yo llego a este PRAIS el año 99...sí el 99...y en ese momento el PRAIS ya llevaba 8 años, este PRAIS nace el 91, es uno de los primeros de los que se crea, y empieza a funcionar en atención de pacientes según lo que se encuentra constituido con la secretaria y el técnico paramédico que están desde ese entonces en septiembre del 91..ahí comienza la atención...y empiezan a atender con médicos, psiquiatras, psicólogos y asistente sociales, era un grupo bien grande en ese momento, deben haber sido unas 12 personas, 12 profesionales que luego empieza a reducirse, un poco por la demanda supongo yo que no era tanta como se pensó en un comienzo...ehhh...o más bien la gente se va reubicando en los puestos y los cargos que se van recontratando digamos...ehhh...este PRAIS atiende a 11 comunas desde San Miguel hasta Paine digamos...como todo ese eje digamos que debe ser alrededor 1 millón 200 mil potencia poblacional...y por lo tanto significa atender a todos los beneficiarios de esas comunas...ehhh...unas de las cosas que siempre ha tenido este PRAIS diría yo que siempre ha hecho trabajo en terreno, siempre ha ido a PAINE ...ehh...hubo un tiempo en que dejo hacerlo...y el 2000 volvimos a hacerlo hubo un lapso de cuatro años en que no se fue , pero Paine empezó a demandar y hoy día se va ha Paine y a Buin, ya desde hace tres años se logró regularizar la situación, va la asistente social un día a atender a Buin y otro día a Paine todas las semanas...ahora por que eso es tan importante, por que es una manera manera de formalizar la institucionalidad del programa desde lo que es el sistema de salud, por que antes de hacerlo de esta manera era como ir a atender a los usuarios nuestros, pero no en el sistema, hoy día es en el consultorio donde toma la hora, arma la agenda de la asistente social, proporciona las condiciones físicas y las condiciones materiales, y lo que nosotros prestamos es el trabajo de la funcionaria allá...ehhh...y eso también permite que el consultorio tenga diferente PRAIS allí... ahhh si alguien necesita hablar del PRAIS hay tal día tal hora...tienes que agendar... cosa que es un logro por que antes los usuarios se quejaban de que el PRAIS no era reconocido, en ninguno de los consultorios, tenían problemas en la atención, de las credenciales, que si estaban validas o no estaban validas, un día eso ya no es un tema, ya esta instalado eso ya.

Que otra cosa como de la historia,... ehhh...yo creo que otro elemento histórico es que se crea un programa que no se visualiza...ehh... se menciona, se define desde la salud mental, pero luego en términos orgánicos, queda allí en una suerte de marginalidad, o en una suerte de programa especial, pero en donde esa especialidad se diluye y no esta clara, hoy día no están así, hoy día nosotros estamos claramente

incorporados en el sistema, lo que significa hay una serie de ganancias y una serie... de complejidades, producto de estar en el sistema como tal...ehhh...la marginalidad te da la gracia de que no hay una suerte de control, no hay grandes políticas a seguir, y por lo tanto no hay control...en cambio en la incorporación a la formalidad te permite que haya más recursos, disponer de toda la red para hacer uso...y creo que en términos de pensar al programa...se ha arrastrado la concepción...eso es del último año...un poco hemos trabajado de que el PRAIS tiene sus fundamentos desde un lugar que es la salud enfermedad...y de lo del trauma ...ya...y el lugar ético está bajo la idea de la vieja ley de intercambio de la civilización..Así como uno da es como uno recibe, por decirlo así...y allí entendemos que el estado en algún momento reconoce que el el causo violación...de los derechos de la población...y luego una manera de restituir o dar cuenta de esa falta, es provocar una serie de acciones dirigidas a un grupo de la población determinada, a partir de lo que tiene el estado, pero entre eso una serie de beneficios, así yo entiendo lo que la comisión, las pensiones, las becas educacionales, y en eso ofrecer el sistema de salud público con esta entre comillas garantía de gratuidad a estas personas.

Esta la discusión entiendo yo, que es una discusión que a nosotros nos interesa llevar, esa posición con la posición de que los usuarios PRAIS debiesen tener su sentido, desde la idea que la violencia política genera hambre. Entonces están dañados, y por que están dañados necesitan un tratamiento.

E: ...una necesidad de reparación

S: Pero que tiene que ver con el daño. Uno podría decir: sí el estado de la modernidad se genera a partir de ofrecer a los ciudadanos una serie de garantías, entre eso un sistema de salud cualquiera sea, organizado de la manera que sea, entonces prever que estos ciudadanos entre comillas...garantizar las expectativas de vida. Entonces con eso un podría decir que siempre el estado desea garantizar la salud de las personas, no solo en el tratamiento de la enfermedad sino...y el estado en este caso también lo hace, pero por que establece una distinción a un grupo particular de la población, si sirviera hace una discriminación positiva. Yo entiendo al PRAIS desde ese lugar más, más que desde el lugar del daño, más desde el lugar que este grupo de la población...ehhh...necesita una serie de acciones desde la salud mental dirigida para que sean felices pensándolo.

Por alguna manera en términos ideológicos...yo entiendo que es así digamos...por que entiendo también que el trauma no se constituye a partir de un evento...Hoy día nosotros estamos trabajando la teoría del trauma...nosotros leer desde el psicoanálisis...leer el programa desde allí, bajo desde esa perspectiva la idea es...ehhh...los eventos todo lo que sucede fuera del sujeto no es algo que define lo que sucede en el sujeto, no es constituyente, es decir, no es por que yo viva la violencia esa violencia va a significar en mí algo que está definido, yo en términos subjetivos voy a ver que va a suceder aquí, y por supuesto que esto puede ser amargo, no es negarse a ello, pero si nos negamos, en términos medio políticos...de que el PRAIS se constituya a partir del trauma, por que también nos permite que el conflicto político se resuelva a través del trauma. Desde alguna manera, es decir, este proyecto no va a ser cuestionado, sino que aparece todo como una lectura de eran los buenos,...voy a ridiculizar quizás un poco... en términos de que este proyecto en sí no merece cuestión, y viene la maldad...que también provocamos como sociedad, y se divide el cuento como algunos dañados y los otros...víctima y victimario...buenos y malos y caemos en una suerte de dicotomía que entiendo que no resolvemos nada...o sea ni siquiera nos permite revisar el tema... o sea de alguna manera estas al lado de los buenos o al lado de los malos, el tema no les interesa, seguro que estamos en algún lado...que cada uno tiene una posición y seguramente más cercana o más distante,

entendemos nosotros o por lo menos queremos entender, que allí no está la discusión... entendemos que el ejercicio de la unidad popular como proyecto... debemos entender como la sociedad chilena hace para llegar a ese lugar, y en términos de las personas o de los sujetos, es poder entender también que eso no es lo que nos genera el trauma... la resolución de los conflictos a través de la violencia es un tema antiguo... y que esta fase quiere tener la característica de querer resolver vía institucionalización por un lado de entregar una serie de garantías... estoy pensando por ejemplo la unidad popular peleaba... dentro de sus postulados estaba la idea de una salud igual para todos, pero sucede que hoy en día llegan los usuarios y demandan algo que no fue logrado. Donde hoy día tenemos un sistema de isapres, una salud pública que está ahí debatiéndose entre privatizar y garantizar, entonces es contradictorio decir yo quiero lo que pelee, donde de alguna manera uno puede decir esto fracaso. Entonces de eso estamos hablando... cuando hablamos de PRAIS estamos hablando de un proyecto que fracasó entonces desde que lugar se para el usuario en torno a eso... ehh... creemos mucho más valioso escuchar eso... ayer un paciente me decía que él les decía a sus compañeros... que tanto paleábamos... si más arrancamos que lo que peleamos.

Eso diría yo nos marca una distinción con respecto a otros PRAIS... a eso hemos llegado ya que nos hemos dado el espacio para interrogarnos acerca del PRAIS... hemos trabajado durante unos siete años... que es que hay una práctica del equipo por interrogarse acerca del quehacer... hemos logrado instalar en lo que es la implementación programática del programa...

E: ¿Al parecer es una constante acá...?

S: Para nosotros es una actividad que programamos, en la cual se invierte tiempo... en la cual se invierte... a ver a mí me toca ver... negociar con la dirección respecto con las atenciones que tenemos que tener al año... perfecto... pero nosotros tenemos que tener tres horas semanales. Entonces es una instalación que de a poco... hoy día no la cuestionan, hoy día está dentro de esta programación destinado a investigar no todo... ahí cada uno ve como se incorpora, es un proceso... es difícil obligar a estudiar por decirlo así... pero sí es la idea de tener que estar pensando... en general una de las cosas que nosotros hemos tenido por mucho tiempo es garantizar las reuniones de equipo semanalmente... que eso hay otros equipos que no lo logran... en que nosotros hemos sido pesados programando... donde hemos decidido que esto funciona pero hay que darse el tiempo para organizarse como equipo, y una de las maneras de darse el tiempo es cerrar puertas, no atendiendo, dejar de hacerlo, y luego de las tres horas ahí veo ahí resuelvo.

El ir armando una serie de dispositivos va garantizando conformar estados de acción, una es la reflexión como equipo... unas de las metas que tira a los servicios, los servicios son las unidades de las cuales se organiza esta unidad... y nosotros somos otro servicio más, a los servicios se les pide reuniones una cada dos semestre con todo su personal, y esa es una de las metas que se les pide, frente a eso estamos bien... El permitirnos darnos espacio en reuniones de equipo y por otro lado el estudio e investigación, es lo que nos ha permitido llegar quizás a estas ideas que nos distan un poco... hoy día es cuestionar ciertos conceptos del mundo que trabaja con sujetos a reparar, con el ILAS, con el CINTRAS por que creemos que hay un abuso conceptual que es interesante de cuestionar o de pensarlo, es decir por ejemplo, el CINTRAS una serie de conceptos que hay que revisar, a lo mejor estuvo bien por un tiempo, el ILAS también, hay que leer que se quiso decir hace un tiempo, entonces es muy distinto hoy día, en ese momento era lo que te tocaba vivir.

Por ejemplo hoy en día entendemos el vínculo comprometido, es decir hay un compromiso ético, pero hay un compromiso que es regulado por ley como funcionario,

yo no puedo traspasar cierto...me entendí...yo no puedo traspasar cierto protocolo, o pasos a seguir. Eso hasta el año 88 era loco pensarlo así, por que allí no se iba al sistema público, por que no se sabía quien te podía atender, pero también hablar de eso es hablar que el sujeto al cual consulta debiera pararse desde ese lugar, pero nosotros promovemos que la gente utilice mecanismos de denuncias... ¿Cuales son?...las oficinas de reclamos... donde hay un procedimiento regulado por ley...pero es eso lo que nosotros hemos implementado entre comillas como sociedad... Por lo menos a mí me toca responder una vez al mes reclamos formales y con los tiempos y todo...

Entendemos que por ahí va el entender al otro tal vez como un sujeto...como un usuario que ocupa un servicio el cual usa...y es un usuario...define él cuando lo usa y cuando no, y es paciente cuando él lo decide...y en función de eso se organiza lo que es la atención, nosotros no tenemos lo que los otros PRAIS tienen que es como una suerte de evaluaciones judiciales y algo así...que en un momento se estableció en el protocolo que no se ha formalizado...nosotros no nos hemos mucho cargo de eso por que nos hemos distanciado de todo los conceptos de ahí que entendemos...un problema que tenía la gente que aplicaba el protocolo...es como media los problemas ...no se como se decía...entre moderados y graves...leve, moderado y grave... nosotros dijimos que no, por que no vamos a entrar a discutir eso, por que aquí el usuario viene se incorpora al programa, hace la entrevista que tiene que hacer con alguno de nosotros, una cosa que nosotros hemos establecido...que cualquier profesional que trabaja acá tiene que hacer entrevista de ingreso, por que es lo único que es netamente distinto a tu otro quehacer...ehhh...pero lo que hace particular a esto es ese proceso de calificación, esta situación de garantía en salud...de beneficio, eso es lo que es distinto, por lo tanto pedimos que el que trabaja acá se haga cargo de eso...ehhh...por supuesto que el peso mayor de la acreditación lo lleva la asistente social, que es el que hace seguramente el 80 % de la acreditación, pero el resto lo repartimos según la disponibilidad, entonces tu también lo encuentras también haciéndolo, por que de eso lo estamos hablando, por que si no unos están hablando del tema y los otros no estarían conectados con la práctica de ese tema. Nosotros cuando vemos un tema de calificación, o sea cuando cierta persona tiene o no derecho, por que alguien se confunde ...o por que la normativa no esta tan clara...lo llevamos a reunión y efectivamente todos pueden hablar de ello, por que todos tienen que estar al tanto de ello, y hay ciertas situaciones o problemáticas que son resueltas por el equipo, lo cual nos permite que haya una suerte de ejercicio colegiado de esa acreditación, que no sea algo más bien parcial... no?...y el equipo establece un criterio...ya esta situación que da cuenta o revela un impasse, procedemos avisar a la autoridad...al PRAIS interministerial...o no se que...pero nosotros mientras no haya respuesta establecemos este criterio...y operamos a partir de ese criterio...pero no dejamos a la persona sola...si uno se mete en el tema de la acreditación te vas a encontrar en cosas muy distinta desde Arica a Punta Arenas...si la persona que debería hacerse cargo no lo ha hecho, entonces nosotros aplicamos un criterio, y luego informamos del criterio que estamos aplicando y ahí podemos resolver.

E: Entonces las entrevistas de ingresos, la hacen todos los miembros del equipo, eso lo hace diferente de los PRAIS que hemos visto, que generalmente lo hace la asistente social o el trabajador social, y luego de ahí se derivaba al resto del equipo. Acá el flujograma....

S: acá el flujograma es que la persona viene dice quiero saber del PRAIS o quiero ingresar al PRAIS...perfecto...usted tiene que venir a una entrevista, traer ciertos papeles, y ahí yo le hago la ficha, se agenda una cita...a quien le corresponda...ahí llega esa persona aplica las normativas, llena la ficha...ehhh...da las ordenes para hacer credenciales y lo deja citado a lo que nosotros llamamos un taller de orientación,

de ingreso...que es básicamente explicar en que consiste esto y como es el funcionamiento del sistema...también en las dos instancias individual y grupal se le recuerda o indica cuales son las disciplinas que aquí se encuentran, que es psicología, trabajo social, medicina general, y lo que es medicina complementaria... acupuntura, medicina China, en eso...eso también es distinto...a lo que propone el sistema...que fue a partir de que habían recursos y les dijimos lo que nosotros necesitábamos, una cosa es que te lleguen los recursos y otra cosas es que si los necesitas o no, y en esa lógica dijimos necesitamos tal recurso...y en esa lógica, vimos que en el tratamiento del dolor crónico era interesante incorporar una disciplina médica...como hacemos con otra alternativa...y en eso apareció lo de la medicina China, y efectivamente esta aquí...no se como resulte esa cosa, hay que verlo con el tiempo...ehh... pero va con la lógica en que no soy yo el que decide por el otro, sino es el otro el que decide...y eso se opera en la entrevista...se le dice aquí usted tiene esto y esto otro y cuando necesite pida hora...listo y pide hora.

E: ¿No se le sugiere a la persona de lo que necesitaría...por ejemplo usted se beneficiaría de atención psicológica?

S: Así como tu lo dices...o sea...es decir...no hay indicaciones...solo sugerencias de todo...es decir como psicólogo yo te sugeriría que vayas a médico...ehh...y los médicos que hagan sugerencia...por supuesto que hay ciertas prioridades.

A mí me toca ofrecer un servicio y es el otro el que decide cuando lo toma, decide transferirme una situación de poder entre comillas, y que así como me la transfiere también me la quita, por decir...por x razones me puede decir que ya no quiere que yo siga siendo su psicólogo, también lo entendemos y queremos entenderlo así...pero la gente sabe que es así...el que decide es el otro...yo lo entiendo así...yo lo que hago es poner a disposición información a otro entre comillas...En términos de cómo psicólogo es también...yo entiendo que da mejores resultado en términos del compromiso, y del leseo de que no abandones tan rápido, cuando vienen derivados , una o dos sesiones...y la tercera con mucha dificultad...hay harto abandono, incluso uno se pregunta eso...por que la historia es esa que pasa ahí...y entiendo que es al revés...de que hay un concepto que nosotros no nos hemos querido hacer cargo... que le llaman la derivación asistida algo así que implica interrelaciones de que quiere decir...nosotros hemos cumplido solo con informar, cuando hay una derivación hacia otro centro... nosotros que tenemos que hacer...poner a disposición la información necesaria.

E: ¿Al usuario se reinforma?

S: Claro al usuario...o sea algo tan simple...yo vivo en Maipú usted tiene que ingresar en tal PRAIS...le daí un papelito anotado y no le teni una respuesta...o sea sí nosotros tenemos que dar una derivación al cardiólogo, nosotros no lo acompañamos lo que solemos hacer es hablar con el sistema y decir bueno nosotros tenemos un paciente que se enfermó del corazón y necesita tener hora con el médico, entonces cuando hay cupos de turno, entonces los médicos deciden que personas son las que deben asistir, opera como atención primaria..como consultorio digamos, y la verdad eso yo entiendo nos jactamos un poco por que hemos tenido un mejor trato, por que contamos con la disponibilidad de especialistas que cuenta toda la red, cosa que los médicos mandan al dermatólogo, cirugía plástica, alo que sea, entiendo que los otros PRAIS no es así y tienen que andar pidiendo favores, nosotros no dependemos de esos favores, entonces no significa que tengamos todo disponible, por que no tenemos todo disponible, hoy día la red no tiene hora pa traumatólogo...pero el consultorio x tampoco lo tiene...no digo que sea consuelo no es eso... pero quiere decir que nosotros podemos garantizar criterios...no quiere decir que cuando hay

casos excepcionales no haya que hacerlos, pero esto es tres ponte tu diseños ...el primero tienes que hacerlo, el segundo ponte tu se lo repite y el tercero tienes que decir el criterio y decir como se resuelve, es decir temas auge, como hacemos con el auge...con el uno no lo sabemos, con el segundo no, con el tercero pedimos a la autoridad como se hace con el auge, y hoy día nosotros se hace de esta manera y se hace con la gente de este COSAM, es decir es usar el sistema, no nos va mejor que al resto de la población, pero es un problema del sistema de salud..el plus de esta población es lo que demora, es la ganancia que tu quieres, esa es la ganancia... usted va a tener hora a psicólogo dentro de los quince días...o sea alguien que tenga más de quince años.. nosotros nos preocupamos de que tenga la atención dentro de unos días...nos preocupamos de eso...de médico nos cuesta más por que tenemos mayor demanda...hoy día tenemos una población alrededor de treinta mil usuarios...o sea es lo mismo que un consultorio y tenemos dos médicos y en los consultorios tienen diez....entonces es un poco de eso...por lo tanto seguro que no vamos a dar abasto...y la población tienen mayor demanda para eso po...por las razones que uno pueda llegar a analizar pero esa es la realidad.

E: ¿El equipo actualmente se conforma por?...

S: Actualmente hay dos médicos...ellos suman 55 horas...uno de media jornada y otro de 33 horas que es como tres cuartos de jornada...dos psicólogos jornada completa, dos asistentes sociales jornada completa, una terapeuta de medicina complementaria por media jornada, un técnico paramédico y una secretaria.

E: ¿Todos participan de la reunión de equipo?

S: si todos participan de las reuniones, puede haber reuniones diferenciadas, por ejemplo los médicos pueden tener sus reuniones, psicológicas también, pero eso depende del tema...más que nada...de las reuniones del equipo es el equipo.

E: ¿Ustedes plasman esto que las reuniones de estudio se plasman en documentos...o quedan solamente en lo que ustedes conversan?

S: ah...las reuniones...lo que pasa es que tenemos una modalidad distinta en las reuniones de estudios...en un primer momento se llamo taller de estudio...y...pero en general operan de una misma manera...luego varían, pero en general se hacen cargo de un tema y luego presenta avances de esos temas hacía el resto, ante dos o tres, por que esto también ha sido con otros PRAIS, con otros psicólogos de otros PRAIS, y con alumnos en práctica, ha tenido diferentes modalidades...pero el esquema central es que yo investigo un tema y presento avances de ese tema cada cierto tiempo, el avance quizás un escrito de unas dos o tres hojas y una discusión...esa –esa es la modalidad...y hoy día nosotros hemos querido centrarlo en la investigación del trauma...profundizar en eso..Es decir enfocarnos en eso...de eso ha habido algunos textos eh. Donde hicimos textos los publicamos he hicimos un boletín...también lo que hacemos es un seminario...un seminario al final de año...donde la idea gira en torno a los temas, en donde exponamos. Otras veces terminamos los seminarios con invitados, pero la idea que haya un lugar para divulgar eso que hemos pensado...o divulgarlo para nosotros por último...Confrontarnos...hoy día lo que queremos hacer es investigar.

E: ¿Estos seminarios, solamente se hacen con la red del hospital o también se invitan a otros PRAIS...?

S: Invitamos a la gente de los otros PRAIS... del hospital, ajena...invitamos.

E: ¿Es abierto...o sea ustedes tratan de compartir esto...?

S: Claro...invitamos a los que podríamos decir nuestros pares naturales de los PRAIS, algunos vienen otros no...Otras de las cosas que hemos logrado en torno a eso, es nosotros como psicólogos garantizar la reunión clínica, que hoy día lo compartimos con los psicólogos de PRAIS oriente, nos juntamos una vez a la semana, y permanente desde hace cuatro años lo que es la supervisión, que ya eso la reunión clínica es más bien aprender un caso...la reunión un poco en juego la teoría con la práctica y un poco eso..Ir aprendiendo...en cambio la supervisión apunta al caso...el poder ir viendo por donde va la dirección del caso y también como un mecanismo de control de calidad de lo que tenemos que hacer, poder ir tomando decisiones dentro del lugar más responsable.

Cuando yo te digo que se garantiza es por que esta incluido en nuestra programación, asignada tenemos como quién dice en términos...el tiempo y el presupuesto para aquello...entonces eso evita lo que uno dice...estar trabajando con el paciente y salir al pasillo a tener que contar el caso...o estar tomando el café y tener la necesidad de hacerlo...eso no corresponde, entonces para eso establecimos una solución.

E: Me queda claro que ustedes tienen harta interacción con el hospital...también con el PRAIS oriente

S: Claro en la reunión clínica...

E: ¿Hay otra interacción constante con alguna organización...otro PRAIS?

S: en estos momentos no...o sí hay reuniones cada cierto tiempo según la necesidad...y si nosotros necesitamos tener reuniones, vamos y proponemos y tratamos de organizarlas...

E: ¿Pero no es un constante...?

S: es que si es necesario sí, pero eso tiene que ver con las necesidades...hubo un momento en que hubieron reuniones mensuales con los equipos PRAIS, producto que no había un PRAIS central no...por eso mismo teníamos que hacer...si había la instancia y el espacio usémoslo...y así una serie de iniciativas y serie de jornadas que se ven propiciadas por los equipos...pero luego de llegar la entidad central tenía que llegar a hacerse cargo de su pega.

Entonces si sentimos que hay la necesidad...entonces se hace...nosotros invitamos a la reunión clínica...y a otras instancias...entonces si quieren vamos...sino entonces no.

E: ¿Llega gente derivada acá...se les deriva desde consultorios desde COSAM...?

S: Claro...claro para ingresar al programa, la gran derivación, pero también a algunas cosas, que nosotros con los consultorios por lo menos una vez al año, hacemos lo que nosotros llamamos un contaje, que es un llamado y reunión de actualización y les contamos a la gente que llega a tener contacto con el PRAIS, en que esta el programa con los asistentes sociales, con la gente que esta en el SOME, en información...eso con estamos en parte.

E: ¿Hay alguna proyección que haya en el equipo de alguna línea de trabajo en particular que se vaya a realizar en futuro, a parte de esta área de investigación?

S: Trabajar con las agrupaciones de usuarios, que es un trabajo que también lleva años...acá deben haber unas 15 o más bien 16 agrupaciones de usuarios...entiéndase agrupaciones de exonerados, de presos políticos...y con ello se va construyendo trabajo...con ellos operamos con la idea de poner a disposición cierta oferta y escuchar la demanda que nos traen, entonces de repente llegan con la petición de que necesitan esto y desde ahí se trabaja.

Hoy día la mayoría de las agrupaciones están en vacaciones por enero y febrero, entonces con ello siempre hay algo que hacer, pero más desde nosotros lo que hacemos con ellos es una conducción...El año pasado organizamos una jornada con las agrupaciones...y se eso lo que queda es el documento...en donde nosotros les contamos estas teorías sobre el trauma y el PRAIS... y sobre eso estamos trabajando y haciendo un boletín que queremos que quede para ellos y viendo ellos lo que también pensaban acerca de esto...pero así como gran cosa...no...la línea de investigación es un tema...también somos centro de práctica...y los trabajos son a corto placistas, la idea es que no se haga un hábito y las cosas se hagan por que hay que hacerlas...Eso es una cosa que se ha instalado por lo menos hace diez años...y es que hay que sentarse a programar..Entonces una vez al año cerramos el PRAIS y los hacemos...entonces me entiendes...hay que dejar evitar el hacerlo por que hay que hacerlo....yo siento que eso daña la dinámica de trabajo... el desenvolvimiento... yo creo que es la pega del profesional...hay que pensarlo.

E: Tiene que ver con el rol del profesional el que siempre hay que estar siempre pensándolo...más que simplemente ejecutar.

S: Pero también entender que lo que viene desde afuera es impuesto es mediado por uno...yo no me siento que solo es una parte de la pieza de engranaje...no niego que no seas la pieza de engranaje, pero eres una parte que accionas el trabajo...hay cosas que yo sé como se hacen y tengo que pensar que requieren revisión...

Como desafíos hay una base de datos que tenemos que hacer...hay que incorporarse a toda la red informática del sistema de salud, ya sea auge GES.

Con los usuarios, es tener la discusión y también con los otros PRAIS acerca del trauma, por que estamos pensando...ya han pasado 17 años, pudo haber sido concebible por la evaluación del contexto en esa época, ¿Pero hoy día será lo mismo?...¿Tendrá que ser lo mismo?...yo creo que hoy en día las cosas tienen que ser pensadas...tienen que ser evaluadas.

E: ¿Lo que me gustaría preguntar es cual es la diferencia que crees tú respecto a lo que ustedes hacen como equipo respecto a otros equipos de salud mental de la red de salud?

S: Yo creo que...tiene este plus que tiene este beneficio una garantía.

E: ¿Pero desde el punto de vista de su praxis?

S: Yo entiendo que el médico debería hacer la misma práctica aquí que en la consulta privada...entiendo que yo también debería hacer lo mismo.

E: la pregunta en el fondo que de todo lo que hemos leído siempre se ha puesto el énfasis por diferenciar la población, por diferenciar los problemas que podría tener esta persona, que no serían los mismos que los demás en comparación a otra persona que no tuvo un momento de represión en su vida...la pregunta en fondo ¿Es si esa diferencia se plasma en la práctica o si en el fondo esas

personas las ves con otros ojos o son los mismo?

S: Yo creo que es lo mismo...en la práctica sería que es centro de atención... ¿Ya? Y en la práctica sería que el decide si el viene a trabajar eso que sería efecto de la represión...efectivamente el motivo de consulta es la consulta y de ahí se ve si esto esta relacionado con el momento de represión. Efectivamente puede ser que los problemas actuales estén relacionados con el evento represivo...pero no hay que justificar en la mirada de uno.

Peri mira lo que se puede decir es que aquí hay estructuras parecidas, que pudieran funcionar de alguna manera...si a este le paso lo mismo, lo golpearon y si estuvo mal en comparación al otro...y ahí se podría encontrar la diferencia a modo de comparación...mmm...desde el como trabajas eso es lo mismo que podría decir que lo trabajo en la consulta privada...

Entrevista grupal EQUIPO CINTRAS

E1: De que se trataba esta entrevista, nosotros tuvimos una entrevista con Beatriz, ella nos dio una entrevista más o menos de introducción a la institución. Nosotros estamos haciendo nuestra tesis para optar al título de psicólogos en la Universidad de Chile, y la tesis se trata sobre el estado actual de las instituciones que le brindan atención a víctimas de la dictadura. Dentro de esas instituciones elegimos a cintras. El enfoque de la tesis es hacer como una mirada evolutiva de la institución, bueno, en algún momento nos centramos en el daño y las concepciones del daño, pero al conocer las instituciones nos pareció más interesante hacer esta mirada de cómo han ido evolucionando sus practicas y sus conceptos a la vez que va evolucionando también el medio en el que están insertos.

E2: Practicas y concepciones en relación al daño, netamente en torno a eso

E1: entonces, para hacer nuestra tesis hicimos una revisión bibliografiita donde pretendíamos sacar la concepción teórica del daño que se desarrollo en instituciones chilenas, y en estas entrevistas queríamos aproximarnos mas profundamente a las prácticas en la institución cintas y que las definimos como directamente destinadas a impactar en el daño en el nivel que sea como Uds. lo conciban. La primera entrevistas con Beatriz era principalmente para conocer a Cintras, saber que profesionales trabajaban acá, como se financiaban, etc.

S1: Eso entonces lo tienen claro, entonces les interesa saber como abordamos el tema nosotros.

E1: claro, las prácticas, nuestra primera pregunta seria como eso, ¿que cosas se hacen en Cintras?

S2: entonces es atingente lo que tenemos.

S1: nosotros les preparamos, bueno, la Cecilia que es la psiquiatra justamente viene llegando de Buenos Aires, donde hizo una presentación a chiquillos también de psicología junto con otros compañeros de Uruguay,

S2: y Brasil, la universidad de la Plata, donde había que presentar los modelos de intervención, entonces utilizamos estas dos transparencias que queríamos mostrarles para introducir a la conversación, para que mas o menos les quede claro como es nuestro trabajo.

S1: Hay que sacar el tarrito, la tapita, apagar la luz, cerrar las cortinas también para que se vea mejor

S2: A ver, ¿cómo lo detengo para que no siga avanzando?

S1: Con el cursor, lo apresas y pones el dedo permanentemente para que no siga avanzando, jajaja.

S2: bueno, este es...son dos diapositivas, uno es como se relaciona Cintras con la red de salud mental, entonces cintras es una ONG que ustedes saben tiene veintitantos años de vida y que evidentemente el desarrollo y la relación con organismos gubernamentales y no gubernamentales es totalmente distinta a la que tuvo años atrás en donde había dictadura. En este minuto, nuestra relación con organismos de salud mental es una relación amplia, nosotros tenemos una concepción de Salud Mental Comunitaria por lo tanto está marcado en como nos insertamos.

A ver, nosotros nos relacionamos desde las fuentes de derivación, que son la red general de salud, es decir, atención primaria, secundaria, en fin; las agrupaciones propiamente tales de familiares de víctimas, otras instituciones estatales como el ministerio del interior, la comisión de derechos humanos, el programa prais, en fin; y demanda espontánea que son gente que ha estado, nos conoce, o familiares de pacientes que se yo, llegan acá. Pusimos en destacado el Prais como sistema de reparación estatal que por razones de capacidad de cobertura y capacidad técnica también en términos de complejidad clínica, nos deriva mucho paciente, y nosotros a su vez establecemos una relación bidireccional.

Estas personas que llegan por diversas fuentes son acogidas por el equipo, la acogida la realiza tanto el personal administrativo como nuestro trabajador social, y determinamos si esas personas tienen problemas de salud mental o física. En realidad esa es una distinción académica no más porque las personas integralmente están dañadas; me faltó poner ahí la parte del trauma psicosocial como elemento. Pero bueno como nuestro tema es salud mental, acá nosotros determinamos en la primera entrevista si esta persona que trae un problema de salud mental relacionado con derechos humanos está asociada directamente que se yo un problema de pareja en un contexto como el de cualquier ciudadano, o es un problema de pareja por ejemplo de alguien que viene saliendo de la cárcel, se encuentra con su pareja y se produce el conflicto, esta directamente relacionado ¿me entienden? O si el perfil patológico de esa persona no corresponde a nuestra oferta de servicio, nosotros no podemos trabajar con personas que tienen adicciones o trastornos de personalidad severos, ¿ya? Y si es del perfil de beneficiarios entonces ingresa a nuestro trabajo. Si no esta asociado o no podemos abordarles derivamos a estar personas al sistema de atención primaria o especializado dependiendo de los casos, y rederivamos dependiendo de la necesidad, todo esto está en red para que ustedes se vayan haciendo una idea. En caso de personas que además tienen problemas de salud física, lógico relacionado con el trauma se atiende en forma integral y la compañera fisioterapeuta y el medico colega que esta en formación de psiquiatría nos apoyan en eso, y yo también que algo me acuerdo de medicina general; y si no esta relacionado derivamos también a atención primaria y secundaria.

Una vez evaluada esta persona, nosotros desde esta acogida José Miguel nos trae el caso a la reunión que acabamos de tener antes que ustedes llegaran que es la reunión clínica donde vemos los ingresos de estos casos y determinamos en conjunto si amerita o si no amerita y que diseño terapéutico integral vamos a realizar con esta persona. Una vez que ya está ingresado este beneficiario lo vamos abordar de manera integral, insisto que aquí se me fue todo lo que es el trabajo que acompaña que es intervención psicosocial

Esta persona puede traer hasta un trastorno psiquiátrico severo hasta un trastorno emocional pasando por el espectro de patologías, y por ende los servicios que otorgamos son aquí los que ustedes ven, consulta de psiquiatría que puede ser más profunda o que puede integrar o no tratamiento farmacológico, y nosotros y los psicólogos realizamos psicoterapia, nosotros no nos adscribimos a una línea terapéutica específica, eso lo va a hablar después la marce, bueno, la consulta psicológica y acá esta la intervención psicosocial que si bien la responsabilidad está depositada en el trabajador social, todos estamos involucrados en el apoyo psicosocial, que incluye reparación bueno, después lo detallaran, después viene la ... y también la psicoeducación, y si requerimos de interconsulta vemos la interconsulta que es lo que veíamos antes, y bueno, dentro de nuestro trabajo esta evaluar periódicamente en equipo los casos y en particular aquellos que nos demandan más esfuerzo y donde estamos entrampados que se yo los traemos acá y lo vemos. Si la persona completa el proceso, que puede ir desde una intervención en crisis de 6 semanas, hasta un período de un año y la terapia esta diseñada de una vez por

semana durante un año, pero como digo puede ir desde una intervención breve hasta una terapia de largo aliento, y como te digo esta persona se va de alta, se hace posteriormente un seguimiento y muchas de estas personas frente a situaciones contextuales hacen una retraumatización, algún juicio, el encuentro de un familiar, eventos de impunidad, algo que paso en la sociedad que va a afectar y va a incrementar los síntomas y volvemos a reingresarlo y diseñar un plan.

Eso para que les quede un poco más claro el trabajo.

E1: No para hacer una mirada panorámica está súper bueno.

S1: Eso de ahí es un día en Buenos Aires un sábado por la tarde, jjeje.

S2: yo quisiera acotar que más de la mitad de nosotros está inserto en el sistema de salud publico o a nivel académico también, entonces eso estamos digamos adscritos al modelo de salud mental comunitario, nos da una visión y es la visión que tenemos como equipo, es mucho más implica que un trabajo individual u otro acotado

E1: esa visión es interesante, me gustaría saber si ustedes pueden hablarnos un poquito mas de esa visión de salud mental comunitaria aplicada a Cintras, porque igual nosotros les queríamos pedir como esfuerzo, si bien es bastante difícil, que pusiéramos entre paréntesis nuestras propias opiniones y que habláramos como institución para tratar de conocer más lo que es cintras. En cintras ¿como se plasma esto de la salud mental comunitaria?

S3: yo me atrevería a decir que tiene un enfoque más clínico-comunitario, sin perder de vista la parte clínica a cada una de las personas que son atendidas se les da una perspectiva de trabajo comunitario.

A ver en particular yo lo que trabajo con ellos son como áreas o campos donde se movilizan las personas, entonces para eso también hay que incentivar todo lo que es el trabajo de redes. Lo comunitario propiamente tal no esta visto como de nosotros tener que andar en terreno sino que la visión de intervención es desde un punto de vista clínico comunitario

E1: ¿como un enfoque, una forma de ver, pero que se puede observar en la práctica también, en la intervención?

S3: sí.

S1: yo creo que esto, disculpa, que como para enriquecer un poco esa Diago, porque tiene como la mirada por esta necesidad de encontrarnos en un dialogo común, muy desde la lógica de la salud pública no?, pero yo creo que compartimos toda esta lógica de la red y a propósito del modelo comunitario como se inserta en Cintras, yo creo que eso tiene que ver con la concepción del trauma básicamente, como entendemos que impacta distintas dimensiones del ser humano, por lo tanto esto, cuando la ceci hablaba que hay un sujeto que llega, necesariamente ahí hay uno de los elementos claves del modelo comunitario que es el trabajo en equipo, ahí hay una instancia que nos convoca y nos horizontaliza en términos que el diagnóstico que se hace es integral, por lo tanto aquí cuando vemos un caso vemos las distintas dimensiones, como el trauma ha impactado estas dimensiones y como se expresa, por lo tanto el plan de tratamiento tiene que ver con una mirada mas sistémica e integral del trauma y del sujeto, eso es uno de los elementos claves del trabajo en equipo pero que incorpora también, como decirlo, coloca al sujeto en el centro, no? Un sujeto que esta dentro de la lógica de la salud mental comunitaria, que es un sujeto que vive de esta manera que lo expresa de esta manera, y que tiene también un poder en relación a lo que ha significado el trauma, y es un poder a veces que se diluye como impacta el trauma, y por lo tanto eso también tiene que ver con los objetivos terapéuticos, de cómo en el fondo es la finalidad terapéutica, la finalidad ultima es recuperar a este sujeto en sociedad y que sea reinsertado, que logre darle sentido a la vida

agarrándose de un proyecto que va diseccionando luego de ir elaborando digamos el trauma, em...eso, hay otros conceptos que a lo mejor mis compañeros quisieran ir elaborando.

E1: ¿tú cuando hablas de trabajo en equipo te refieres a multidisciplinario?

S1: claro

E2. Ustedes decían que la forma de abordaje que tenían con los beneficiarios de la institución obedecía un poco a la concepción que ustedes tenían de trauma, a mi me gustaría preguntarles ¿cual es la concepción que ustedes tienen como profesionales de cintras respecto del trauma, que entienden por trauma y como eso se refleja en la practica dia a dia que ustedes tienen acá?

S4: bueno estamos hablando de un daño que es causado desde el estado e intenta dañar al sujeto como señalaba la compañera, en todas su dimensiones desde el punto de vista psicológico, físico, social, y a través de él a todo el entorno que lo rodea, la familia, el contexto al cual pertenece, al partido a la organización eh, el origen es eminentemente político social, entonces a partir de eso la intervención nuestra también tiene un posicionamiento; si bien no es político partidista tiene que ver con los valores y principios que guían los derechos humanos, ahí es donde somos militantes, eh y es desde esa perspectiva donde intentamos hacer este proceso de sanación, de curación, de reparación.

Respecto de mi trabajo que por donde ingresa la persona que es derivada o desde la red o desde las agrupaciones, o de las instancias gubernamentales, me toca ser el primer enganche. Estamos hablando de personas que por años mantuvieron oculta o encapsulada la experiencia, que nunca la compartieron, por lo tanto es importante ahí generar la confianza suficiente para generar un proceso que tiene un costo, un costo emocional, estamos hablando de personas que incluso se resistieron por años a recurrir a otra instancia de salud, y que incluso algunas habiendo hecho un recorrido largo nunca contaron el meollo, a veces sintomatologías largas o procesos largos de enfermedad, trastornos o conjuntos de trastornos, bueno eso es un elemento favorable en las organizaciones de derechos humanos, tiene que ver que hemos llamado vínculo comprometido, un elemento de confianza necesario para empezar a trabajar procesos, entonces en esta primera entrevista me toca evaluar todo ese tipo de cosas, la vivencia, la experiencia, la situación social la situación familiar, de que manera esa vivencia o experiencia represiva afecta el tema laboral, la situación económica social, como digo si a veces la reunión tiene que durar dos horas, dos horas dura la reunión, la conversa y tal ves es el primer espacio donde la persona empieza a tirar para afuera todas estas situaciones.

Todavía resulta sorprendente escuchar a compañeros que dicen que por primera vez cuentan esta experiencia, y con todo el compromiso y la carga emocional que eso significa, llorar, y no se po, para uno es sobrecogedor ese...y todavía uno no deja de emocionarse por las vivencias, por las experiencias sufridas por los compañeros. Esa es la primera instancia, después efectivamente es traído aquí al equipo clínico, se comparte esa situación, se evalúa, se hace un plan de tratamiento, una forma de intervención a partir de lo que la persona trae o pone en la mesa, emm... También respecto a lo comunitario nosotros no solamente tenemos estas intervenciones aquí entre cuatro paredes, nuestro compromiso y modo de atender esta situación pasa también por hacer declaraciones públicas, estudiar los fenómenos que hoy repercuten en la gente, seminarios, charlas, conversaciones con las agrupaciones, pronunciamientos políticos respecto de la situación, a las propuestas gubernamentales, eso también tiene que ver con nuestra forma de entender el daño y las eventuales propuestas de reparación; un ejemplo claro de eso es nuestra participación permanente con la agrupación de familiares de detenidos desaparecidos de Parral, donde si bien en un momento hubo una atención de tipo individual, después

grupal, eh que fue abrir la experiencia de cada uno de ellos, también fue ir posicionando a nivel comunitario, organizarlos, estructurar la organización, eh, desarrollar proyectos a nivel comunitario, de ellos con su comuna, su relación con la comuna, em, en fin las formas las actividades para primero romper el tema del secreto o la vivencia son variadas, y aquí sirve todo, todo lo que respecto a lo que son las intervenciones clínicas aquí nadie se adscribe a una forma de intervención, todo lo que le sirve al paciente se usa, ese es un principio básico también, histórico en Cintras.

S2: yo quisiera acotar que evidentemente esto del trauma psicosocial estamos hablando de un contexto histórico, un contexto socio histórico que es dinámico, entonces va el contexto generando en las personas modalidades de comportamiento y de relaciones que van variando de acuerdo a ese contexto, es decir, en este minuto muchas de esas persona que vivieron la represión o que estuvieron por esa razón fuera del país tienen que adaptarse o no adaptarse de acuerdo a su subjetividad a esto, a lo que hay, y ahí entonces se van a ir desarrollando distintas forma patológicas o emocionales o relacionales en fin, va instándose una constelación sintomática diversa, opero que esta absolutamente relacionado y esto no es solo para nosotros digamos, esto es para todo lo que es salud mental, el contexto y el contexto socio histórico determina el comportamiento de las personas, más allá de su individualidad, y eso es algo que de hecho nosotros estamos tratando también de probar por algunas formas de investigación, entonces no lo podemos encasillar, yo creo que eso también es parte de lo que ustedes nos están consultando, es una mirada permanentemente en relación a lo que pasa, y eso determina, que quizás es como completar el cuadro de lo que ustedes nos están consultando.

E1: Fíjese que es súper interesante porque uno de los objetivos de esta entrevista es ver como lo que nosotros vimos en los artículos aparece también en la practica y yo siento que aquí estamos hablando de algo que aparece de los primeros en los artículos que es la concepción de hombre como un sujeto biopsicosocial, como un daño que se plasma en todos esos ámbitos y la atención integral, y parece que estamos hablando que lo integral se ve en el diagnóstico, en los objetivos, en el plan de tratamiento, y eso tiene que ver también con la variedad de profesionales que hay también en cintras, esa es como la relación. Ahora lo comunitario, lo que tu me decías no me quedó muy claro, ¿el trabajo que tu hacías de integrar se refería como hacer agrupaciones?

S3: por ejemplo, justamente, acá tenemos un grupo que funciona, un grupo de mujeres víctimas de represión política, algunas de ellas, varias de ella...

S2: disculpen chiquillos yo me tengo que ir

E2: No, muchas gracias por la disposición de tiempo, fue muy provechoso.

S1: que le vamos a decir, las chiquillas llegaron anoche muy tarde de Buenos Aires, así que...la vida continua, ella se va a su consulta.

S2: para que veas que estamos insertos en la red.

S3: lo que pasa es que si consideramos los postulados del modelo comunitario por ejemplo para que se entienda un poco mas, unas de las características del trabajo que hacemos acá es co-construir un plan de intervención, no es un plan de intervención que imponemos, sino que se democratiza digamos con las persona, nosotros podemos ver, ya los clínicos analizamos la situación de la persona pero a la ves cuando se le reporta a ellos "mira nosotros creemos que podríamos por aquí que te parece a ti cuales son tus expectativas de tratamiento, cuales son tus intereses, tus preocupaciones" y los integramos al plan, entonces que no aparezca como un plan impuesto sino es co-construido y ese es uno de los postulados que plantea el modelo, por ejemplo, y así lo hacemos. Muchas veces podemos ver necesidades evidentes en

la persona, pero si no están sentidas poco podemos hacer al poner el objetivo en el tratamiento, a no ser que la persona tenga interés en trabajar esa área. Otro de los postulados...

S1: *espérame un poquito, un poco reforzando esa idea, nosotros José acá nos trae el caso y a veces tenemos que hacer, el tiene que hacer una segunda sesión, porque no nos quedo claro el motivo de consulta, o sea no partimos desde el diagnóstico sino que se trabaje primero el motivo de consulta, entonces muchas veces el José se va con la tarea de indagar un poco mas un motivo de consulta que no nos queda tan claro.*

E1: ¿Y eso lo hacen con un objetivo especial?

S3: *justamente*

E1: ¿Como centrado en la persona?

S3: *porque es distinto cuando tu agarras desde el diagnóstico la sintomatología cierto, y vas a abordar eso, es muy distinto agarrarse del motivo de consulta que es lo que tiene sentido para la persona y porque viene pa' ca en el fondo.*

S4: *ahora, no necesariamente la gente hace una asociación respecto a como vive hoy día una serie de síntomas, respecto a una situación traumática detención de tortura que pudo haber sido hace 20 o 30 años, eso, nosotros con la experiencia que uno tiene efectivamente puede concluir que hay una relación y es una relación directa, en el tema relacional, los conflictos de pareja, en el tema de sustancia u otras, pero la conexión habitualmente no la hace la gente, son otros los motivos de consulta muchas veces asociados a la cosa física, dificultades para dormir o en mucha gente hay sintomatología que es cíclica y que esta asociada al tema de los aniversarios, pero tampoco logran darse cuenta muchas veces de esa situación, y eso en los procesos psicoterapéuticos lo van mostrando lo van clarificando y recién enganchan y hacen la conexión.*

S3: *o eventos también que suceden a nivel nacional, o sea no es menor que en las noticias salio por ejemplo el centro de exterminio de Simón Bolívar por ejemplo, nos produjo a nosotros una sobredemanda, nos produjo recidivas, recaídas por así decir en algunos casos, o cuando murió a mamo Contreras te fijas? Son alertas para nosotros que hacen que la gente se descompense.*

S4: *el pinocho.*

S3: *Pinocho claro cuando muere, o el mismo acercamiento del 11 de septiembre remueve muchas cosas en las personas entonces igual hay eventos situacionales de contexto que hacen en las personas aparición de sintomatologías y que vuelven a consultar. Refiriéndome al enfoque también desde lo comunitario, para ir asociando ya, el modelo postula los cuatro niveles de intervención en el área salud que son promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, se hace una evaluación efectiva de que nivel esta la persona que necesita en alguna área, por ejemplo si hay una persona que necesita una rehabilitación especifica en un área se hace pero además sin perder de vista que uno tiene que incentivar estimular, favorecer acciones en el ámbito promocional o preventivo de su salud mental, por ejemplo en una persona especifica como te digo se hace rehabilitación, pero siempre el enfoque de apoyo también esta dado para que esa persona se integre a otros grupos de su comunidad, participe en actividades promocionales que le hagan bien me entienden? Se integran esa mirada como un continuo, aunque este en un plan de intervención de rehabilitación me entienden? Se aprovechan otros dispositivos, se aprovechan las organizaciones de base como se dice, em...bueno el trabajo de red efectivamente esto de vincularnos unos con otros, de hacer que las personas formen o rearticulen sus propias redes de apoyo tanto emocional como social también se incentiva eso, aunque yo no, por ejemplo si la persona yo no voy a ir al organismo X sino que, puedo*

hacer una llamada de repente pero si conecto contacto, vinculo los intereses de la persona etc. y esa persona tiene un acercamiento, o en lo laboral cierto. En lo mío, personalmente tengo que hacer que las personas se mantengan ocupadas también, trabajar y mantener su tiempo libre en forma optima que los hagan sentirse bien, satisfechos con la vida que llevan, em...lo otro, bueno tiene que ver con como integrar la mirada, o sea como integrar las áreas de desarrollo de la persona, o sea familia, trabajo, comunidad, grupos sociales, organismos, política si es de interés, todo el amplio espectro, el abanico digamos hacer que esa persona se sienta integrada, siempre y cuando se quiera integrar o no a alguna área, pero si estimular a eso, em... efectivamente y bueno otra de las cosas que también hacemos, que es como el cuidado que hay que tener con estas personas en el sentido de tener un seguimiento también con ellas, de cómo van en sus distintas áreas, como se van sintiendo, si van sintiendo de que calidad de vida su existencia está mejorando.

E1: ¿esa es una evaluación que se hace durante el proceso o se extiende mas allá digamos, mas allá del alta se mantiene un contacto con la persona en ese seguimiento o es mientras dura el proceso digamos de la intervención?

S3: no, no igual hay un vínculo

E2: igual sigue el contacto

S3: si, hay gente que se va de alta e igual quedamos de alguna manera vinculados

S4: Mira estamos hablando de pacientes que llevan más de quince años vinculados de alguna u otra forma con nuestra institución. Tiene que ver con esta, este proceso de...

S3: incluso hay visitas a instituciones a las que vamos a dar una capacitación por ejemplo, y están ahí, un ex paciente por ejemplo.

S1: yo creo que esos son los pacientes históricos, pero igual hay una preocupación por los pacientes digamos que llegan puntualmente, que reciben y se atienden acá con un tratamiento, estamos...

S4: pero yo insistiría en el tema contextual, en el tema de la impunidad

S3: Sí

S4: mientras se mantenga vigente este impasse, muchas de las personas que vivieron la represión política van a estar cíclicamente haciendo síntomas, van a estar decayendo, y lo hacen sobre una situación ya previamente dañada, entonces es una acumulación, una exacerbación de síntomas, el tema del patio 29 es como la guinda de la torta, una crisis, un terremoto emocional que no solamente afecta a los que estuvieron ahí directamente involucrados, son todas las agrupaciones del país, los familiares que ponen en tela de juicio todo lo que paso en ese proceso, y si no es eso después es otra situación; entonces lo contextual condiciona pero directamente la situación que esta encarando cada uno de ellos, el grupo familiar y la sociedad en su conjunto, a eso me refería con que hay en este minuto pacientes desde hace más 15 años que prácticamente se funden con nosotros, van, vienen, mejoran, vuelven, por este contexto donde la impunidad ha sido la tónica, donde todos los gobiernos de la concertación han promovido y se la han jugado por la impunidad mas que por otra cosa; para muestra sigue vigente la ley de amnistía en nuestro país, mientras eso se mantenga dificilmente vamos a poder aspirar a otro tema que para nosotros es súper importante que es el tema de la justicia como el elemento simbólico mas reparador, más que cualquier otra medida que también han sido insuficientes, pero la justicia es un elemento central en el proceso de reparación.

S3: y otro comparativo que yo hago, a lo mejor no mucho, pero metafóricamente hablando digo yo, el modelo comunitario plantea la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, la reforma psiquiátrica plantea cerrar los hospitales de larga

estadía, integrar a los usuarios a su comunidad, insertarlos en dispositivos de tipo ambulatorio, en los trastornos psiquiátricos por ejemplo, acá por ejemplo la desinstitucionalización la veo desde el punto de vista de el silencio que hubo con respecto al tema de la represión política y la vulneración de los derechos humanos pasan también abrirse, a contar, a romper el silencio, a decir que lo que paso fue verdad, es decir todavía nos encontramos con personas que dicen “o eso fue verdad” o las viejitas que andaban buscando a sus seres queridos en la agrupación de familiares de detenidos desaparecidos hoy día ya no les dicen que están locas, que sus familiares andan en el extranjero ganando plata, te fijas? Hay una, yo hago ese comparativo como asemejando la desinstitucionalización psiquiátrica a este evento que rompe el silencio que decía José Miguel, que se abre, que se expande, se integra el tema sobre la mesa en este país, ¿me entienden?

E2: ¿una pregunta ustedes dicen que el tema más fuerte reparatorio es el tema de establecer justicia?

S5: facilitaría mucho las cosas

E2: ¿esa es una necesidad de los pacientes o es la visión que ustedes tienen respecto de lo que sería más beneficioso terapéuticamente?

S1: Yo creo que las dos cosas, esa pregunta es media tramposa, porque es cierto que hay un modelo que habla como de la, un modelo de reparación integral, donde hoy día estamos falentes en una de las dimensiones principales, si es que hay impunidad no puede haber justicia, eso es algo que nosotros nos matriculamos con eso, tiene que ver con nuestra mirada, pero también tiene que ver con la repercusión en el paciente, esto que te hablaba la cecilia del contexto, lo que tu señalabas del patio 29 no?, todo eso tiene que ver con las investigaciones que se hacen que hay jueces que sabemos que hacen una muy buena investigación, pero todo se concluye ahí, porque esta vigente una ley que permite que hay impunidad en el país, obviamente eso es una variable del contexto no menor que influye en la traba que tenemos de que haya una reparación integral, un tema además súper complicado, este país hoy día se la ha jugado por una reparación económica que además genera una serie de conflictos personales de que estoy recibiendo plata pa callarte y con eso tení que quedarte tranquilo, entonces esa dicotomía no es así, yo creo que nosotros nos matriculamos con ese concepto, creemos que justicia es salud, pero por otro lado sabemos también como repercute también la impunidad en los procesos de reparación de las personas, y eso es algo que aquí tu ves a diario.

E1: o sea no es gratuito, es algo que nace de la observación que han tenido ustedes durante toda su existencia.

E2: claro, es algo que nace de la experiencia de ustedes. Otra pregunta, cecilia hablaba un poco de los contextos sociopolíticos, de cómo van influyendo en el fenómeno, en cada paciente también, eso uds ¿como lo han ido tomando, han cambiado un poco la concepción de las practicas de ustedes, la mirada, se han encontrado con nuevos desafíos, desde la experiencia desde que llevan trabajando ustedes acá?....porque a mi me queda la sensación de que el trabajo que ustedes hacían en dictadura era muy distinto del que se hace en entrecomillas la transición, porque quizás uno se encontraba con otras cosas en la dictadura y ahora hay nuevos fenómenos como el tema de la impunidad, entonces el tema es preguntarles a ustedes ¿si en este hacer camino al andar se han encontrado con desafíos en la practica en los conceptos que ustedes manejan detrás de esas practicas?

S1: ¿que decí José querí contestar eso? Bueno José es el más antiguo del equipo, el que lleva más años y ha podido ver los ciclos de los equipos

S4: sí, bueno eh...es que eso tiene mucho sentido, durante la dictadura había un

enemigo común y en eso estaban las organizaciones de derechos humanos, las agrupaciones, las agrupaciones de víctimas, efectivamente se unían en la lucha contra la dictadura, hoy en día nuestros defensores, quien nos defiende de nuestros defensores es un tema de Illapu, el tema de la impunidad a 17 años de asumir o incluso inmediatamente después del 90, es un elemento más que se suma a lo que fueron las violaciones de derechos humanos durante la dictadura, incluso yo podría señalar que las personas por ejemplo de militancia socialista sienten hoy día otro elemento cuando ven que su partido, el partido de Salvador Allende este icono importante para la historia de nuestro país y para el mundo, quienes debieran hacerse cargo de esos valores y todas esas cosas hoy administran el poder para interés personales, y administran un modelo que no representa para nada las luchas que dieron ellos, las luchas de los detenidos desaparecidos entonces es un elemento más que se suma al dolor, a la pena, a la rabia, al daño, a la frustración, a la experiencia traumática, contra eso también nos hemos enfrentado, y es algo que además se administra, se administra el tema de la desesperanza, el miedo

S5: la incertidumbre

S3: la incertidumbre, la gente hoy día cuales son las cosas que más nos aparecen, el tema de la desesperanza, la frustración, la impotencia, la rabia, todo aparece mezclado, y de verdad para los equipos es cada vez más difícil poder manejar todo este tipo de situaciones, por lo tanto los esfuerzos se redoblan para denunciar ahora a quienes debieran estar enarbolando esas banderas de luchan por la verdad por la justicia que fueron unos de los temas que llevaron a la victoria entre comillas a la democracia, entonces todo eso es contradictorio, y en ese mundo de contradicciones hubo que batirnos, de hecho hubo crisis en los equipos de salud. Estamos hablando de la primera, del periodo del noventa, equipos que se quebraron precisamente porque algunos apostaron que el nuevo gobierno estaba asumiendo políticas de reparación, otros que nos mantuvimos incrédulos a esa situación vemos que lamentablemente esos designios nos daban la razón y la impunidad se consolidaba...y hay acuerdos que se plantearon en finales de los ochenta que siguen vigentes, plenamente vigentes hasta el día de hoy, entonces también es complejo para los equipos que siguen trabajando. Habría que sumarle a todo eso los equipos que se quemaron, el desgaste de los equipos, ante la incredulidad, la incertidumbre, es difícil, bueno, de hecho cintras para poder mantenerse vigente tiene que hacer esfuerzos triples para poder vender el proyecto afuera, Chile aparece como el país que tiene la mayor cantidad de leyes de reparación, aparece liderando comisiones a través de organismos internacionales respecto a como se deben manejar las cosas y nosotros nos encontramos con otra situación; y efectivamente si uno ve todo el mapa latinoamericano en nuestro país efectivamente ha habido avances importantes, pero son todas situaciones cosméticas, es como políticas gastopardistas dicen por ahí... pareciera que se hacen cosas pero en la práctica son poco efectivas cuando se mantiene este contexto de impunidad, eso es complicado, sumamente complicado.

E1: ¿Pero, cintras desde sus inicios tenía este enfoque de atención integral? ¿O se fueron agregando de a poco?

S3: yo diría que Cintras es el único organismo que incluye este nuevo profesional que se llama terapeuta ocupacional, en algún minuto Cintras era, llegamos a tener talleres laborales, de apresto, de capacitación, porque estaba este profesional que es el terapeuta ocupacional, y muchos de los programas que ya existían Codepu, Illas, la misma vicaría nos mandaban pacientes, algunos compañeros pero gravísimos, tuvimos en algún momento muchos pacientes con esquizofrenia em...

S1: trastornos psiquiátricos graves

S3: claro, psiquiátricamente estaban muy graves, estaban muy mal, y era por esta ampliación del equipo; incluso la kinesiología en el equipo también es algo que no

estaba en los demás equipos, y no están.

E1: todavía no están, bueno nosotros estamos contactando y tratando de tener todavía esto mismo con llas, y ahí también hay psicólogos, psiquiatras y

S3: *trabajador social*

E1: y trabajador social claro.

S3: *que ha sido como el esquema que históricamente surge desde el primer minuto de la dictadura, y donde la labor de acogida está encomendada al trabajador social, y eso es lo mismo que se repitió después en los equipos prais, el trabajador social es el que después hacia la labor de acogida de incorporarlo al programa, de hacer las derivaciones*

S1: *y yo creo que a propósito de los cambios, de ir incorporando recursos, se retoma kine porque la población ya envejecida e, el daño físico que tienen ya es crónico, entonces vemos la necesidad de recuperar este recurso que estaba en algún momento instalado y hoy día la demanda es increíble*

S3: *y los resultados cuando hace intervenciones también son espectaculares.*

S1: *Todavía no me ha tocado a mi, jeje*

S5: *yo creo que cintras tiene una visión del paciente que debería ser siempre, o sea es la atención integral de las personas como un ser biopsicosocial, y so yo creo que es muy bueno y que debería ser siempre así, ya el termino que se ocupa mucho en la medicina complementaria es holístico, debería ser visto completo, si uds piensan que nuestros pacientes fueron castigados, fueron torturados, fueron humillados, sus parientes padecieron o que sus parientes fueron presos o torturados, tienen también que pensar que son personas que las emociones las dominan en algún momento, como a todos, pero las cosas que a ellos les pasan son mucho mas terribles que las que nos pasan en tiempos de paz digamos, y el problema principal y es lo que se olvida generalmente es que fisiológicamente somos un ser, las emociones no están separadas de nuestro organismo, si nosotros tenemos rabia nos duele la guata o se nos aprieta la garganta o nos da diarrea o cualquier cosa, si nosotros tenemos un dolor en alguna parte es todo el cuerpo el que sufre no solo ola zona del dolor, porque nos adaptamos, y podemos estar mucho tiempo con ese dolor, pero va a llegar el momento en que nos va a pasar la cuenta y nos va a exigir atención, entonces nosotros tratamos de que esa gente, de que nuestros pacientes tengan toda esa atención, o sea, sabemos que son personas muy dañadas, sabemos que son personas sin recursos, entonces para nosotros es realmente y yo creo que uds lo pueden notar aquí para nosotros es un placer poder atender a esa gente y poder ayudarlos de una forma en sus penas sus dolores, hay muchas cosas como decía José miguel, hay muchas cosas de las que el paciente se priva nada mas que porque tal o cual cosa le va a recordar otra, eso es muy común, lo de septiembre por ejemplo, los pacientes que tiene dolor de espalda en septiembre se les agrava todo o se les focaliza en una parte, es impresionante como el hecho solo de recordar el momento o en que estuvieron presos o desapareció su familiar les causa problemas físicos, o sea la somatización es exacerbada en nuestros pacientes, entonces el problema de la rehabilitación física parte primero por ayudarlos a superar sus dolores y segundo por ayudarlos a vivir una vida mas parecida a lo que vivían antes, o sea, yo lo que les digo a mis viejitas de siempre "hay que seguir adelante" entonces tienen que estar bien, tienen que estar bien físicamente para poder seguir adelante, no podemos enfermarnos nosotras mas encima, y nosotras estamos para ayudarlas en ese proceso y para hacerlo un poco menos difícil ya? Eh...por ejemplo hay pacientes que fueron torturados con corriente y la electroterapia es una de las terapias mas efectivas contra el dolor, entonces hay que hacer toda una preparación psicológica para que ellos acepten nuevamente la electroterapia como una algo que les va a hacer bien, y*

realmente se vuelven adictos a la electroterapia, y se ríen después, ya toma otro peso, ya pueden vivir con eso mejor, por eso la fisioterapia es lo mas importante en Cintras.

(ríen todos)

S1: La modestia...como ven los poderes está bien distribuidos aquí.

E1: nosotros vamos a ponerlo con negrita esto en la tesis

S5: exacto (ríen todos)

S3: de hecho en la experiencia en la agrupación de familiares de detenidos desaparecidos la kinesiología tuvo un impacto inmediato ah? Las compañeras reconocen que desde el primer día que desapareció su familiar son adictas a las benzodiacepinas, no ha pasado un día sin que ellas duerman sin las benzodiacepinas, hacer un taller de kinesiología, de mejoramiento de la calidad de vida a partir de relajación y todas esas cosas ella reconocen que pudieron dormir sin medicamentos, sentirse un poco mas relajada, aprender a conocerse entre ellas, en fin fue un impacto favorable para ellas, para su funcionamiento

S3: y pasan fenómenos tan extraños, en relación tu estas hablando de la agrupación, por ejemplo ellas durante 30 años han trabajado juntas en la búsqueda de sus familiares, nosotros hicimos un taller al principio, no el año pasado, fue el año pasado y que yo a mi me impresiona todavía eso, los resultados porque ellas mencionaban que durante 30 años trabajando juntas, poniéndose de acuerdo en marchas, sesiones, reuniones, asambleas etc. y no sabían como se llamaba la compañera, ellas sabían que era la familiar de...Hija de...mamá de..., pero el nombre 30 años juntas y no lo sabían

S4: o donde había nacido

S3: que es lo que hacían hoy día

S5: detalles de la vida que...

S3: que era de sus vidas, las cosas que les pasaban

S5: 30 años juntas y no se conocían

S3: yo creo que otro fenómeno que yo le agregaría al tema de la justicia, la necesidad de que exista justicia igual, piden verdad, antes aún incluso algunas refieren "sabemos que no va a haber justicia, pero queremos la verdad"

E1: por lo menos

S3: resignación ahí...

S4: claro, una condicionante de resignación de conformismo, por ultimo con eso ya esta bien, y así lo mencionan o sea "yo se que no los van a castigar, pero quiero que hablen, quiero que digan donde están que paso con esto que paso con esto otro" o por ejemplo esto mismo de saber donde están sus familiares, ellos quieren encontrar sus familiares y les produce mucha rabia cuando aparecen otras personas en sus localidades que les dicen pero si a ti ya te pagaron por tu muerto, que seguí protestando, te fijai?

S5: y es tanto así la necesidad de verdad que nosotros tuvimos incluso una conversación entre nosotros porque los abogados derechos humanos a consecuencia de estas entrevistas de la nación creo que fue, estaba saliendo información acerca de cómo fueron torturados, entonces conversábamos hasta que punto había sido buen que ellas supieran que les habían hecho, y después nos enteramos que habían sido ellas las que habían pedido que les dijeran que les habían hecho, como los habían torturado, entonces la necesidad de verdad es tanta... además yo me gustaría agregar

algo sobre la reparación, o sea normalmente cuando uno comete un error lo arregla disculpándose, lo arregla pidiendo perdón, ella dicen “¿a quien vamos a perdonar, quien nos ha pedido perdón como para perdonar? Nosotras estamos dispuestas a perdonar, ¿pero a quien?” o sea ellas fueron humilladas,

S3: donde esta el arrepentido

S5: tu marido se fue con otra, eh cosas terribles les dijeron, y hasta ahora no ha habido nada mas que dinero que decía Marcela es para ellas a veces una vergüenza, pero una reparación social un reconocimiento así que ellas lo sientan como reconocimiento, porque tu puedes hacer muchas cosas respecto de una persona, pero si la persona no siente como tu esperas que lo sienta no sacas nada, entonces la reparación social, la reparación con ellas tiene que ser de acuerdo a lo que ellos necesitan no? No lo que se le ocurra a nuestros gobernantes, y eso ellas no lo han sentido. Entonces eso sigue, siguen los problemas siguen los dolores, siguen las penas siguen los dolores, siguen los problemas psicológicos.

S3: además es la falta como dice falta esa parte de quien es el arrepentido, donde esta el arrepentido, quien reconoce que cometió un error, un crimen, como no aparece no es evidente, además esta permanente el temor de que esto vuelva a pasar, y es así como se trasmite también a las generaciones que siguen, a los hijos, no no temerai en problemas, te fijas en algunos, esta cosa de la posibilidad, son mas vulnerables.

E1: a propósito de eso

S3: entonces por eso es importante para que nunca más

E1: ¿nos recuerda, nos recuerda se está acabando el tiempo?

S1: no es que se tiene que ir entonces...

E1: no a propósito de eso nos recordábamos también hay una línea que se está como empezando a desarrollar parece en Cintras por lo que nos contaba también Beatriz que tiene que ver con una concepción del daño familiar, y con la transgeneracionalidad del daño, eso ¿como están en eso ahí, a nivel de practicas se ha plasmado en algo o todavía esta como en construcción esa área digamos en cintras?

S3: hay dos aspectos

S1: a ver, hay una que es la área de la investigación donde estamos haciendo un estudio sobre el daño transgeneracional y ahí bueno, a nivel internacional y luego de la segunda guerra mundial los Alemanes estudiaron mucho el daño transgeneracional y como el trauma se iba transmitiendo ¿no? A las futuras generaciones, nosotros dentro de la investigación agarramos los chiquillos postdictadura ¿ya? Estamos en eso básicamente eh...pensando que va a haber una bueno ahí hay un tema polémico, una mayor expresión del daño y para eso estamos aplicando una escala que es el mini quip para ver los daños en esta población para comparada con una población que aparentemente no tuvo nada que ver. Ahora hay algo que igual esta entremedio no, que es la dictadura en el fondo que venia detrás de las dictaduras, un modelo económico que se instala y que genera daño, por lo tanto va a ser interesante como ese camino que nos abre como es la temática de los derechos humanos en el siglo 21, cuales son las expresiones, cuales son las expresiones que hoy adopta, que para nosotros hoy es una línea que se nos esta abriendo, ahora los familiares, bueno uno los va, nosotros ya estamos atendiendo a los hijos de , a los nietos de, que tiene que ver con asumir los legados de la familia o de no seguir, la búsqueda de esta impronta de dejar morir, de no duelo porque o sino lo matamos antes de tiempo, antes de saber la verdad antes de ver justicia, entonces esta impronta que se le coloca a la familia esta súper estudiada en cuanto a la debilidad del vínculo a los pseudoniños no, estos niños que se comportan a los pseudoadultos, estos niños que se comportan como

adultos, que asumen el cuidado de los padres o la madre de no alterar ahí mayormente porque ya esta alterado, entonces hay una serie de manifestaciones que nosotros vemos y que tienen que ver básicamente con la alteración del vinculo no? Y que eso se va expresando en estilos de atribución ¿no? Y bueno eso que les cabe a ellos de cargar con un tremendo legado que muchos de ellos también no están dispuestos a asumir digamos, como este deseo de hacer su propia vida y cortar con algo que los marca profundamente.

S3: o al revés de lo que tú mencionabas también se dan situaciones como hombres adultos que tienen un comportamiento como de adolescentes, que es algo que hemos visto.

S4: permiso, me tengo que retirar

S1: ¿Cuanto tiempo más tienen contemplado chiquillos?

E1: bueno la entrevista estaba concebida para unas dos horas, pero no creo que falte mucho más, unos 15 minutos.

S1: porque sino ofrecer otra sesión más, si vemos que les quedan cosas pendientes

E2: ¿ustedes como equipo cual es la concepción que tienen de reparación, porque han nombrado hartos elementos, pero un poco para ir ordenando eso?

S5: integral

S4: Integral, no hay reparación posible en un contexto de impunidad, eso es básico, no es homologable el daño causado a estas personas respecto al daño físico que hoy día se usa para indemnizar a alguien que sufrió un daño por perdida del algo, para nada, eso es incompatible con este tipo de situaciones por lo tanto cualquier criterio medico, psicológico o con esas características que hoy día definen reparación pecuniaria o pensiones de esas características es incompatible, porque aquí insistimos hay un dalo que ha sido causado por el estado, por lo tanto lo que corresponde es reparación social, moral, recuperación del buen nombre de las personas que fueron dañadas en su dignidad, esta también todo el tema dentro del contexto de reparación social los memoriales, nombres de calles en fin, todo lo que dignifica a la persona que fue desaparecida o ejecutada, o incluso respecto a lo que fueron los expresos políticos torturados, la dignificación de sus nombres , todo o que fue su trayectoria

S3: y de su posibilidad de trabajar en los sistemas públicos los expresos políticos no pueden trabajar hoy día

S4: la reincorporación, y respecto al tema de la reparación pecuniaria, en la medida que establecen las convenciones internacionales, no en esta medida austera y simbólica, pensamos que eso en ninguna parte de los ordenamientos internacionales aparecen definidas así, por el contrario pensamos que ellos fueron doble o triplemente discriminados, en el minuto de la detención de la exoneración y después la discriminación por su participación política social, entonces hay mucho que reparar desde el punto de vista económico, porque además son familias que se empobrecieron, que dejaron de desarrollar sus proyectos personales individuales, por lo tanto también hay que reparar todo lo que fue la perdida del proyecto vital individual o familiar, o sea el ámbito de reparación es mucho mas amplio de lo que hoy día han planteado y han venido planteando los gobiernos de la concertación, se ha limitado, ha habido una mirada demasiado reduccionista, muy estrecha y todo apegado al tema económico, nos parece que debiera ser mucho mayor.

Respecto al tema de la salud, pensamos que es todo el estamento de salud estatal quien debiera asumir la carga de reparación, por lo tanto es la atención primaria, secundaria, terciaria, con todos lo recursos a disposición de la gente, como una atención oportuna digna, de buena calidad, hoy día son personas que se están

envejeciendo y muchos de ellos presentan problemas osteoarticulares, cáncer en muchos familiares de detenidos desaparecidos por todo o que afecta el sistema inmunológico, y a veces no ha sido de muy buena calidad, por ejemplo respecto a los expresos políticos, se les hace estar entre un fondo de pensión de exonerado o de expreso político, esa es una situación una dicotomía absolutamente ficticia, aquí son situaciones muy distintas, eh...cuando muere el expreso político el recurso no queda para la familia o para la cónyuge, la posibilidad de estudio para los hijos, en fin, todos los criterios han sido reduccionistas, economicistas y no incluyen la globalidad del daño.

S3: y debiera haber una mesa intersectorial para poder apoyar a esta reparación

S4: sí, absolutamente

S3: o sea todo el tema vivienda, hay montón de gente que es exonerada, retorna al país sin trabajo sin casa viven de allegados donde familiares, mas encima no pueden trabajar porque tienen el estigma de haber sido preso político, les cuesta insertarse laboralmente, em...el mundo laboral em...como te digo salud, educación, son varios sectores los que debiesen hacer una cosa mas integral de reparación donde todos estuvieran ahí haciendo acciones

S1: es impresionante eso, como han perdido, yo pensaba a propósito del viaje que hicimos, pusimos la tele y en un momento estaban dando un programa de las abuelas de mayo, como ellas estaban reconocidas socialmente

S3: programa de televisión!

S1: convocadas en un programa, después vamos a la plaza de mayo y están alrededor del monumento las pañoleras, los símbolos de las abuelas de mayo colocados ahí, que son medidas de reparación sociales, aquí esto no lo podemos olvidar en el fondo ¿no? Y se reconoce y hay un espacio público.

E2: una apropiación del espacio público

S1: son respetadas

S5: ¿una qué perdón?

E2: una apropiación del espacio publico

S1: exactamente, y fuimos a una feria y estaban ahí los pañolitos, los pañuelos de las abuelas de mayo trabajados en plata te fijai? Entonces estaban en distintos lados

S5: es parte de la cultura allí

S3: un reconocimiento necesario

E2: una memoria social

S4: la memoria

S1: la memoria claro

E1: la memoria, acá el discurso es como olvidar para empezar de nuevo

S3: dar vuelta la hoja

S4: lo que se ha llamado la memoria pasiva, el discurso inducido de que en honor a la pacificación, por la pacificación social es necesario olvidar, y si caemos en eso se repite la historia

E2: uno se da cuenta que los memoriales están en el cementerio acá, pero no en el espacio cotidiano

S4: no en el espacio público, donde transcurre...

S3: sabes que otro fenómeno que ha pasado, bueno no se, pero por ejemplo, esta el memorial o el monumento no se que cosa es eso, de las expresas políticas, de las mujeres que esta en los héroes, eso fue diseñado por alguien te fijas que no hubo un acuerdo una puesta en común de que es lo que queremos de cómo queremos ser representadas nosotras como expresas políticas, se pone una cosa que además es feo, horrible, no se entiende, no las expresas políticas por lo menos que participan acá lo encuentra horroroso, o sea no hay una instancia en donde se les haya preguntado como

S5: les hacen cosas y les tienen que gustar, y entonces hay una reparación que no es reparación en el fondo.

S1: impositiva

S4: y hay otro tema que tiene que ver con...

S3: y que nadie las ve porque nadie sube a esa placita de la alameda que está como...

S4: la reparación debe ser integral, a cada una de las personas que fue afectadas debiese llegar el beneficio, por ejemplo, familiares de detenidos desaparecidos se define madre, hermanos, hijos, y en consecuencia que es todo el grupo familiar y a veces mucho mas el que sufre las consecuencias de la discriminación, de la estigmatización y esas cosas, debiera ser también acorde la sociedad en su conjunto debiera estar informada de la situación de reparación, que no aparezca como un beneficio especial y particular hacia un sector de la población, informada en que sentido, en que lo que hoy día hacemos por este grupo de personas es un deber del estado, no se hace en desmedro de otros, porque estoy diciendo esto? En algún minuto una de las diputadas de derecha empezó a denunciar que la cantidad de millones que hoy día gasta en salud el estado para estas personas va en detrimento de aquellas políticas en el tema de la drogadicción, de la delincuencia, entonces esta homologando situaciones que son absolutamente no comparables, distintas y descontextualizando absolutamente el rol del estado

S1: la responsabilidad

S4: la responsabilidad del estado de reparar a las personas que fueron, donde en algún minuto el estado puso toda su infraestructura y todo su recurso económico para aniquilar, exterminar en fin, todo lo que significaba aplastar un movimiento social, entonces la reparación también tiene que ser informada a toda la sociedad

E2: ¿ustedes hablan de la amplitud del fenómeno y de la reparación como algo que tiene que ser asumidos por todos los estamentos de la sociedad, tomando en cuenta las limitantes que tienen que ver con la impunidad, los grupos de poder y todas esas cosas, ustedes sienten que como institución tienen limitantes y que les haría falta la participación de otras disciplinas en la práctica de ustedes?

S3: sí

E2: ¿cuales serían esas disciplinas según ustedes?

S3: abogado

S5: medico general

S4: son varios piensa que aquí el fenómeno habría que evaluarlo desde otras disciplinas, desde la psicología social, sociología desde la antropología, de que manera hoy día la impunidad hace que esta sociedad se maneje de una manera distinta, fenómenos como la apatía, la anomia la desesperanza, y de que manera eso se rompe se revierte, yo pienso que hace falta la mirada de

S1: yo diría sociólogo

S3: hay un comparativo con otros países que también en todo este trabajo de reparación me acordaba de Guatemala, esto de trabajar

S4: lo transcultural

S3: además, por ejemplo trabajar coordinadamente por ejemplo los procesos de exhumación, trabajar los equipos legales jurídicos en coordinación con los forenses y lo psicosocial. En los países donde trabaja esta triada en forma coordinada en conjunto, respecto a los resultados, los logros terapéuticos que hay en las personas es mucho mas óptimo que lo que pasa acá, nosotros hemos tenido intentos de coordinarnos con el estamento legal, el forense, pero no nos ha ido muy bien, nosotros estaríamos representando el área mas psicosocial de esta triada en los procesos de exhumación, sería óptimo poderlos coordinar y poder trabajar en conjunto en la búsqueda de familiares, cuando se les informa a los familiares el como se les informa a los familiares, y así han quedado las embarradas que han quedado digamos porque eh... juristas o los mismos jueces dan las informaciones que producen en las personas

S4: sin soporte sin contención

S3: Nada

S1: yo creo que mas que nosotros, exacto, si, desde el estado no hubiese una especie, me da como susto decirlo a propósito de estas mesas que se han ido generando así como poco funcionales, pero si por lo menos los distintos sectores del gobierno del estado tuvieran una coherencia política entorno al tema de derechos humanos, yo creo que nosotros, eso a nosotros obviamente nos beneficia mucho, nosotros tenemos por acá desarrollado la línea de la salud mental, no nos hemos metido en forma extrema, hay otros que están haciendo otras cosas, pero yo creo que sin duda como esta mirada de contexto y de lo que esta pasando hoy día yo hecho de meno la mirada del sociólogo acá, pero eso para mi no tendría mayor impacto sin el nivel estado no se genera una plataforma de políticas coherentes no? Y coordinadas.

E1: o sea de todas maneras va a estar limitada la población a la que ustedes van a poder intervenir, se necesita algo mucho mas general, como una política estatal

S5: pa llegar a lograr el tema de la reparación integral

S1: porque este tema lo sufrimos nosotros, pero cuando escuchamos conversaciones con otros que están en el estado es lo mismo no mas, se convierten en estas mesas "oye a mi me pasa lo mismo que a ti pero no puede hacer nada, estoy amarrado, no me consideran ¿no? No se cruza la información" es como bien complicado yo creo que eso ya es un tema de país, eso lo vemos en todos lados.

E1: para terminar yo creo que dos preguntitas, primero como ¿que le viene a cintras ahora, como mirando hacia delante, que le depara el futuro a cintras, hay ustedes ven algún cambio importante que se venga ahora o sigue mas o menos igual, hay algún desafío o un fenómeno que ustedes consideren como un desafío y que quieran abordar a corto plazo?

S1: bueno ese tema lo hemos estado analizando, creemos que nuestra inserción en lo que es la formación de pregrado y dispositivos de la red de salud tiene que ser mas, tiene que haber una mayor presencia, todo lo que es capacitación, formación, docencia, eso es algo que hemos estado discutiendo como una línea a corto plazo a desarrollar, el lado de la investigación también que va de la mano con esto

S4: y desde el punto de vista clínico yo diría que tiene que ver con todo lo que se maneja a nivel de lo jurídico, y lo que eventualmente paso con los detenidos

desaparecidos, en muchas de las reuniones que hemos tenido con esta comisión especial de la presidencia y muchos abogados, todo apunta a que muchos familiares nunca van a encontrar restos de sus desaparecidos, y ese es un elemento concreto sobre el cual hay que trabajar y con la sociedad en su conjunto, que se esta la posibilidad de nunca dar por terminado un proceso que quedó inconcluso, esto de los duelos congelados, entonces ahí vamos a tener que echar manos a algunas formas de duelo simbólico, de cierre simbólico, un caso dramático.

S5: las reparaciones de tipo social ahí cobran mucha vigencia, el tema de la memoria

S3: además la espera también de que desde lo oficial se diga, esa información de que nunca lo vamos a encontrar la gente quiere que se lo digan oficialmente y que en lo posible muestren evidencias de en que se basan para decir eso, ¿me entienden? O sea no basta que vengan y les digan no tu nunca mas vas a encontrar, tienen que tener el porque, porque nunca voy a encontrar a mi familiar, que se sabe del caso judicialmente que hace que usted me diga eso, quieren saber porque, y que alguien se haga responsable de decirlo, pero aquí nadie se ha hecho responsable, nadie

S5: y una de las consecuencias de eso es que hay familiares que todavía fantasean con la idea de encontrarlos vivos

S3: claro esa parte, a raíz de eso justamente que quieren eso.

E1: eso es como el desafío, y la ultima pregunta que nos...siempre con lo que leímos de Prais de cintras de ilas, de codepu aparecía como desde el inicio una necesidad de diferenciar el daño desde un montón de puntos de vista, desde la etiología que venia desde el estado ¿no cierto?, la forma de presentación, el pronóstico, se hacia un esfuerzo teórico... para diferenciar este daño de otros daños que habían abordado la psicología, la psiquiatría y todas las disciplinas que podemos decir

E2: de otros fenómenos de la salud

E1: ahora desde el punto de vista de la practica que es lo que nos interesaba mas en esta entrevista grupal, ¿como encuentran, que cosas los diferencian a ustedes, así como a nivel teórico desarrollaron diferencias, distintos conceptos, las prácticas que los diferencia a ustedes una institución que interviene en víctimas de la dictadura de otra institución que trabaja en salud mental comunitaria, a nivel de las practicas que consideran ustedes que los diferencia, que los podría diferenciar?

S3: uno yo creo que tiene que ver con la experiencia, definitivamente la gente reconoce, valida a cintras como institución también porque empezó a trabajar por esos años, es decir hay una historia, hay un respaldo, em y una postura escondida detrás de esta institución, que avalan, que la gente la siente como legitimado, versus por ejemplo, yo estoy diciendo lo que escucho de los usuarios, versus otros equipos de salud por ejemplo algunos prais, yo he escuchado comentarios que dicen sí es que contratan profesionales muy jóvenes que no saben lo que pasó en esa época o...por ejemplo los mismos entrevistadores de la comisión Valech que ellos dicen que les faltaba conocer más parte de la historia antes de haber hecho las entrevistas, sienten eso, esa diferencia de la experiencia en esta materia

S1: yo diría que la experiencia, la sistematización de la experiencia, em...la teorización no?, el hecho de estar ahí produciendo material, colocándolo al servicio del concierto nacional, internacional, el hecho de estar en red es lo que nos diferencia tal vez de las otras ONG, ser un referente para los prais, para los otros equipos de salud, y que utilizamos ¿no? La misma lógica, el mismo...podemos dialogar con el aparato público en eso, em...

S4: bueno y lo que yo señalaba, la presencia de dos profesionales que el resto de los equipos no lo tiene, que es la terapia ocupacional y la Kinesiología, eso no estaba históricamente apareciendo en los primero equipos no estaban estos dos profesionales, estas dos formas de mirar le problema, y cuyo aporte ha sido tremendamente significativo, muy importante

S5: ¿tú te referías a los equipos de salud comunitaria de la salud pública?

E1: en general

E2: en general, claro, que trabajaran con cualquier tipo de problemáticas

S1: y yo creo que el tema de derechos humanos es un tema de especialización, que hoy día los equipos prais tienen avanzado algo, los equipos de atención primaria están todavía muy falentes en eso, eso tiene que ver con la proyección que estamos haciendo también en cintras, de trabajar con ellos en lo que es su formación profesional, y somos un referente para esa red, o sea nos piden las capacitaciones y yo creo que esa es una cosa que tiene que ver con la vigencia de este equipo, con su especialización.

E2: eso sería yo creo, les queríamos dar las gracias por la disposición de tiempo que han tenido con nosotros, y yo me voy muy conforme con lo que hemos visto acá porque creo que responden a todos los puntos que traíamos para conversar con ustedes. Bueno las gracias y también las gracias porque nos ha costado un poco tener acceso a las instituciones que trabajan en esta temática, consideramos que algunas instituciones son muy cerradas y creo que cintras ha tenido la mejor disposición con nosotros, para trabajar nuestra investigación

S1: eso tiene que ver con una línea de trabajo nuestra

S3: compartir

S5: académica también

S1: el abrirnos y ser un referente para los chiquillos de distintas universidades, acá no hay diferencias, ser un centro de práctica el ofrecer el centro de documentación, donde ellos vienen a consultar, en ese sentido creemos que tiene que ver con la lógica de mantener la memoria viva, de que los chicos si hay interés por el tema que bueno, vengan muchos más

Entrevista grupal EQUIPO PRAIS NORTE

S1: en general es una intervención como de tipo integral, intentamos trabajar en equipo, nosotras hacemos intervenciones de psicoterapia individual...Marcela Delgado hace intervenciones de medicina familiar, y regularmente nostras trabajábamos con un psiquiatra, él que no esta por problemas administrativos. En lo general el enfoque es integral, por lo general la psicoterapia que yo hago es una parte más de algo mayor que si significativamente tiene impacto, pero que no sirve de nada si nos esta otra parte, que es lo médico, el control psicofarmacológico, las intervenciones psicosociales, una contención de equipo, el saber que pueden venir acá y que hay un espacio donde se pueden sentir como protegidos en cierta medida, en relación al resto de la red que no presta mucha contención. Eso es en lo general

Yo vengo recién integrándome al PRAIS norte, pero yo antes trabajaba en el occidente además. Y por lo tanto se...jajaja...el funcionamiento y se del norte en termino de lo que ellos hacen por las coordinaciones que tenemos en los PRAIS, pero yo le agregaría que en estas prácticas reparatorias el trabajo grupal, es decir yo hago psicoterapia individual, talleres además, como otra manera de intervención con el objetivo de desprivatizar el daño y también en esta desprivatización tan necesaria para sostener las retraumatizaciones que se producen a nivel de la información, de la impunidad, del entorno, el trabajo comunitario, por que la verdad lo que yo pienso digamos, que el concepto de reparación es muy limitado, lo que nosotros podemos hacer , y es muy limitado ya que es un pedacito dentro de un contexto social, político social, entonces nos enfrentamos en lo cotidiano que estamos muy bien trabajando en distintos ámbitos, individual, grupal , talleres y eh...en sucesos de impunidad, de injusticia que remueven el piso y tu te encuentras en pacientes con la sintomatología que retrocedió, que se yo y eso es una constante que se repite cuando hablamos de reparación a mi me pasa que no me gusta engrupirme mucho con el tema ya que es muy frustrante, también para uno y que aparezcan sucesos que hagan retrocederme entiendes o no?

E: parece un tema de expectativas realistas

S1: claro... ¿Que es reparación?...por que uno puede tener muchos conceptos de que es reparación, pero sin lugar a duda que los PRAIS son un elemento que contribuyen a eso a nivel de sin pretender asumir las reparaciones que tiene que hacer el estado... ¿no es cierto?...y la sociedad también, entonces yo diría que esa entonces yo diría que un elemento es lo comunitario como avance a la desprivatización a nivel del daño que se ve muy fuerte, la elaboración de las retraumatizaciones, otro parte reparatoria que implique un acercamiento a los distintos niveles de las organizaciones y las agrupaciones,,contribuyen a factores de reparación....y eh...sin caer en las distintas tendencias que podemos tener los psiquiatras, los psicólogos, los médicos, yo creo que hay un pilar fundamental que nos sustenta a todos que seria el caso del vínculo comprometido, entonces yo creo que eso es básico, para poder trabajar estos temas que son difíciles.

E: ¿El vínculo comprometido lo hemos revisado en harta literatura digamos, pero en que sentido lo estas ocupando tu ahora?

S1: en términos de llevarlo a la práctica , no hay mucho escrito ahora , en el sentido de un termino que se difiera tanto, pero en la práctica se traduce en la certeza de yo o

como equipo digamos, nosotros lo traducimos en este compromiso explícito, y ese compromiso explícito involucra muchas veces acompañar en lo que sea al las agrupaciones, a los usuarios en las actividades que realizan por un lado, en todo lo que sea comunitario en términos....pero más allá de eso va en el compromiso como equipo...eh, y a nivel individual en esto de ser explícito, de que en general para los pacientes, es súper importante saber a quien tienen al frente, sobre todo yo tengo la visión de una ONG y la visión de PRAIS, y yo te diría que como PRAIS es súper importante saber a quien tu tienes al frente, por que es el mismo Estado quien te esta reparando, el estado es el que causo, el estado es el que repara por lo tanto tu tienes adelante a alguien que esta representando al estado, por lo tanto si tu no eres explícito en tus convicciones y te preguntan de muchas veces de que partido eres antes de atender.. Se están sentando y te lo preguntan, entonces si tu no eres explícito y clara al respecto no hay confianza

E: ¿es un requisito?

S1: yo diría que si... desde mi visión digamos

S2: El mismo vínculo comprometido pero con más forma implícita, como sostener por ejemplo un encuadre donde hay personas que que llegan a consulta una vez y después no vienen....eso que en cualquier otro lugar le darían exalta administrativa, acá uno sabe que tendrá que esperar, que llamar, que tendrá que decir que esto puede pasar...como todas esas pequeñas cosas que...encuadre muy implícito...como acá usted también puede desconfiar...acá usted tiene el derecho a desconfiar...usted...esto es normal que le pase...como confirmar un montón de situaciones que durante mucho tiempo...eh no se confirmaron socialmente, es como validar la experiencia también...por que también el vínculo comprometido es como también la pretensión de uno, lo que muchas veces del otro lado no hay compromiso, entonces es ser constante en eso para que en algún minuto se pueda establecer confianza, y considero que eso es lo más reparador, el vínculo con la persona...cuan involucrado te puedes quedar...cuan involucrado emocionalmente...no paralizado, sino que tratando de pensar en conjunto con la persona.

S3: Volviendo a la pregunta inicial que tu hacías a propósito de las practicas, si bien entendía ustedes empezaron a propósito de lo teórico que sustenta esta práctica... emm...yo creo que una cosa súper interesante que se da en el PRAIS que yo conozco, es que los quehaceres y que has escuchado de ellas es que son súper diferentes, por lo tanto la manera de entender lo que hacemos acá es diferente en cada uno de nosotros...emm...yo por ejemplo no creo en la ideología de la reparación me parece una eh...sin embargo reconozco que es un espacio de reconocimiento de acontecimientos históricos que son fundamentales en la historia de nuestro país y que además marcan el recorrido de manera evidente...y que exista el PRAIS es un reconocimiento desde el estado de que existen ciertas marcas ciertos quiebres...y que si bien yo creo que no tiene que ver con la reparación si tiene un cierto efecto reparador..mmm...así por ejemplo que desde el ámbito académico hay gente interesada en conocer esto, pero no en términos subjetivos específicos y también lo pienso por que desde mi experiencia de atención acá mis pacientes son súper heterogéneos, en términos de la sintomatología, de las condiciones socioeconómicas, en términos de cómo llegan acá... o sea acá yo tengo pacientes que podría atender en la consulta privada, y tengo pacientes que podría atender en un COSAM de la zona, y eso me parece que da la posibilidad de desembarcarse de la idea de un quehacer estandarizado...mmm...y eso nos hace a nosotros la tarea más difícil ya que tenemos como que ir afinando...como además trabajamos en equipo caso a caso... como r eactualizando, equilibrando y eso me parece a mí interesante, pero me parece que no funciona así en todos lados, pero es una de las gracias de este lugar de

trabajo...son cuatro psicólogos, falta uno que trabaja en el hospital psiquiátrico..Ehh...de tener la posibilidades pensar esto desde diferentes lugares de proponer ehh...diferentes quehaceres y no estar sometidos a una norma, a una normalización de lo que hacemos, sin perder el rumbo de lo que es la salud pública, desde donde estamos sometidos a esa norma, en donde se da una especie de tensión para mi punto de vista muy interesante...y...me parece desde lo que tu señales mas que la práctica...como la práctica se piensa por que este es un espacio público...y que además como decía Cecilia nosotros somos el estado...en donde desde un punto de vista infantil el estado sería como el lobo que se come a la abuelita, y después el lobo es el que tiene que reparar a la abuelita..hay una serie de contradicciones, una serie de vacíos, una serie de intereses contrapuestos que me parecen que hacen de este lugar un lugar imposible de normar, y algo que además que nosotros hemos tenido la discusión a parte de una serie de otras cosas, desde cosas más domesticas del equipo, pero hay algo en el quehacer, que si bien yo no te podría hablar de nosotros hacemos que los pacientes ingresan y se sigue cierto protocolo, si bien nosotros tenemos protocolo, cuales son tantas sesiones de terapia o luego se funciona así con el psiquiatra, hay algo de eso que no funciona así ,para nosotros ha sido un desafío normar algo de este quehacer... es decir sistematizar algo de lo que hacemos, entonces me parece interesante tu pregunta ya que es algo que se esta pensando acá...y que esta en construcción.

S1: puedo decir algo....yo le cambiaría el nombre al programa, así como programa de reparación como que me incomoda, lo encuentro demasiado pretencioso, de hecho unas de las dinámicas, en las que caen los otros equipos es como esta doble omnipotencia vs. Impotencia, que al final tiene que ver con el cansancio de los equipos, pero es muy pretencioso, yo creo que además la reparación es como un constructo muy imaginario, por que lo que puede llegar a ser reparatorio para una persona, es algo que se construye en la medida que se va construyendo el vínculo, pero siempre es algo intangible creo yo.

S2: Pero a mi me pasa, por ejemplo cuando tu ibas a hablar, por ejemplo eso a ti te resulta reparatorio?, como reparación?, por que yo creo que hay niveles, y en esto niveles yo lo veo más macro, no así en la persona a nivel individual, localmente no se yo, la verdad es que hay un tema que podemos hacer desde la salud, y si lo enmarcamos, en un análisis muy limitado, claro, podría ser reparatorio lo que dices tú, pero si nosotros entendemos la salud como algo mucho más amplio que tiene que ver con las redes de apoyo...a mi me gusta mucho más Martín-Baró, ya que explica mucho más desde el enfoque que deberíamos tener los profesionales que trabajamos en derechos humanos que lo que tiene que ser el enfoque de salud, nosotros es muy pretencioso el nombre, esto es una postura mía, eso tiene que ir de la mano con el contexto sociopolítico, ya que es un programa político, por lo tanto en este contexto, en donde se entregaron tres huesitos y esos tres huesitos no le pertenecían, no es nada, y no es nuestra responsabilidad así como PRAIS norte, como terapeutas. O sea que es lo reparatorio?

S3: Lo que pasa, por eso es que yo decía en un principio que a mí no me convoca la idea de reparar, a mí me convoca la idea de un reconocimiento emocional, de un quiebre histórico, de un quiebre personal de las historias de las personas mismas, bueno pero además me parece complicada la idea de reparación, ya que supone que el otro sabría o permite deducir lo que el otro podría hacer, y una de las cosas con las que me encontrado acá es que por lo menos a mí se me han desarmado los sentidos comunes, por ejemplo en el caso de los familiares del patio 29 en el caso de lo que ellos podrían necesitar, o cuales son las historias de familiares de detenidos desaparecidos , por que también...no ha sido reconocido esta etapa de la historia, pero también esto ha servido para que se construyan una cantidad de mitologías a

propósito de eso, donde uno supone que las cosas van para algún lado, hay mucho sentido común al respecto, sentido común que nos lleva a pensar que algunos son buenos, otros que son malos, que las cosas podrían haber sido pensadas de otra manera, etc. Y yo en ese sentido aquí me he aliviado encontrarme, con que las ideas previas que yo traía a propósito de la historia no son tales, por ejemplo a propósito del ejemplo del caso del patio 29, los huesitos...ehh... con una paciente donde un familiar estaba en el patio 29, donde lo traumático es otra cosa que se encadena de alguna manera con ese hecho, para mí fue impresionante encontrarme con el hecho que no iba con la lógica del sentido común que a su padre lo sacarían de la casa, luego que lo hicieran desaparecer, después le dicen que aparece y luego que no aparece...ehhh, cruzaba estaba trezado con todo eso, por eso mismo me parece que es tramposa la idea de la reparación

S1: Pero también hay un tema de impunidad, bueno claro ese es un caso, a eso me refiero, a un nivel que puedas contener y no se efectivamente aquí el tema no es los huesitos, muchos de ellos ya a estas alturas ya han asumido el destino digamos, pero a nivel macro en el tema de la reparación, si hay un tema que tiene que ver con la impunidad...de las recaídas...y

S4: Si bien este país es el único que tiene un programa integral que como objetivo tiene que reparar, arreglar el daño, hecho por el mismo estado, es como el país que tenemos, es un cinismo, donde se pretende que estos equipos contratados bajo malas condiciones laborales, resuelvan tantas cosas...aquí solo podemos trabajar la salud física y mental, pero eso no arregla nada, nosotros tenemos un montón de actividades, que a mí siempre me sorprende por que, este programa debería haber un solo psicólogo por que se habla en esos términos y se piensa que el daño solo ha sido ahí, pero hay muchas otras cosas, también necesito comer, necesito educación, me quitaron mi casa, mi auto, mi familia, entonces hay montón de actividades, donde en el tiempo yo he visto pocas prácticas, desde la medicina familiar de acompañar el paciente desde todas sus historias, sus eventos, sus crisis, todo el paso en la vida esto que sucedió en el país nos sucedió a todos, algo que estábamos a un lado o al otro, y así se ha visto que daña a todos, también la actividad que se hace acá en medicina es muy distinto a las prácticas tradicionales, acá se hace un trabajo tendiente al que hace el psiquiatra el psicólogo, y sobre todo, dentro del acompañamiento se demuestre la confianza por el otro, que te vean en el funeral de alguien, que te vean en la marcha por no se qué... confianza que a lo mejor no han desarrollado con el psiquiatra que años que la han visto.

S1: y muchas veces años atendiéndose acá también

S2: Yo estoy ahí en la UNIAC con la gente que esta con la beca Valesh, que están estudiando que la universidad se avivó e hizo un programa universitario a personas que no tenían ni siquiera el pago básico, entonces, pese a todos esos prejuicios que yo tenía al principio, me di cuenta que es súper bueno, ya que se entrega un beca a personas que ni siquiera tenían cuarto medio, o sea que a personas que están ahí como estancadas hace mucho tiempo, entonces me pareció igual interesante y generalmente yo me he dado cuenta que para muchas personas ha sido más reparador ir para allá el estar en un grupo pertenecer a algo y estar así como actualizándose, saber mover el Maule, ocupar el computador, que haber venido pa acá y haber hecho lo que se les ofrece acá ahora también por otro lado hay personas que han ido gracias que han tenido un tratamiento previo y eso les ha permitido poder ir y sentarse como en un grupo, entonces como que va todo de la mano, me parece que hay una política de reparación, pero hay pequeñas intervenciones que están aisladas y no hay una coordinación todavía entre esas intervenciones que se dan en distintos ámbitos

E: ¿Iba a hablar?...Me gustaría que te explayaras en lo que es la medicina familiar, por que yo no ubico mucho en ese como concepto... ¿tu dices que la práctica es distinta?

S4: La mirada es distinta, ya que es una especialidad que es súper antigua y que ahora esta volviendo, como ha principio de siglo se tiro hacia la especialización, y todo el mundo esta especializado, por ejemplo el especialista en ojo derecho, y después con eso se esta viendo que con eso se llevo a una fragmentación del sujeto, y a que no dio resultados, entonces se esta volviendo hace como diez, treinta años a la línea de médico de cabecera, ese médico que iba a las casas que veía a toda la familia desguaguas a viejitos y que acompañaba en los eventos principales en la evolución de la familia, entonces en el PRAIS justo también se vio indicios de esa línea, por que los psiquiatras que dieron inicio al PRAIS eran de la línea de Inglaterra, que es una línea de medicina familiar que cumple esa cosa y que uno parte casi como de la familia, pero hay una confianza que tienes con el grupo, te creen o no te creen y hacen caso de tus indicaciones, entonces en la medicina normal acá uno va, por ejemplo la paciente que tiene diagnosticado un cáncer nos cuenta que no se quiere hacer quimioterapia o radioterapia, por que no quieren, entonces es por que allá falló algo, no le explicaron, ella tiene el derecho a elegir si no quiere hacerse el tratamiento, pero tal vez si hubiera habido un acompañamiento con alguien que le explicara, le dijera, la atendiera, al acogiera, entonces quizás hubiese sido otra la elección de la paciente, y acá en el PRAIS yo creo que el daño no fue algo directo, como fue una cosa social y abarcó tantos ámbitos mucho a la familia, entonces se fueron dando dinámicas muy anormales de funcionamiento familiar, y una cosa muy restrictiva, media paranoica y un tema de violencia muy severo, incluso uno se pregunta como aquí mismo?...y eso entonces se trabaja a nivel familiar, uno se va dando cuenta como a nivel grupal esto tiene más logros, y la gente además siente que hay cambios positivos, entonces si queremos reparar lo que inicialmente se hecho a perder y que genero todo este sistema de funcionamiento, aparte las muchas cosas que se pueden hacer, como una mirada que abarque a todo ese grupo, siempre hemos dicho por que...pero el daño esta ahí es transgeneracional...

S1: además quiero agregar algo, además esto nos da el plus de poder trabajarlo, psicoterapias, talleres y poder abarcarlo, ehh desde una mirada transgeneracional no tan solo con la intervención de psicólogos, psiquiatras, sino de este equipo como multidisciplinario, y nos da el plus de abarcarlo desde una mirada...como más fluido yo siento, por que como existe esta confianza basal, y como Marcela conoce no a un puro individuo, sino al sistema total de ese individuo...madre, nieta, abuelo, inclusive muchas veces a los mejores amigos, es más fluido es como abrazar el tema transgeneracional, que esta fuertemente instalado, no desde esta mirada: padres, hijos, nietos, sino de una mirada mucho más sistémica.

E: ¿O sea es un enfoque, que de todas maneras se plasma en la práctica y que se puede detectar, o sea se cita a la familia digamos...?

S4: Ingreso como familiar, entonces uno ya sabe quien es quien, quien pertenece a todo este grupo, entonces se ve quien tiene necesidades y ahí tratamos de ofrecer los servicios que se puedan

S3: por ejemplo un médico tu vas a un especialista, y la mayoría de las veces si te duele el colón, te revisa el colón, y Marcela atiende una hora promedio a cada paciente y pregunta y constata que le pasa, lo revisa entero, lo pesa, entonces los paciente vienen por un síntoma, vienen por que les pasa esto, entonces la Marcela... y la Marcela se sienta y escucha lo que los pacientes tienen que decir, y además ella

es la fuente de derivación principal para psicología.

S4: *están también las derivaciones asistidas, que si generalmente nosotros derivamos o cualquier médico deriva a un PRAIS a no se...ponerse dientes y justamente esa persona tuvo su tortura ahí...entonces los dentistas aunque sean muy buena leche, ellos van a llegar y hacer su trabajo, y no piensan lo que puede significarla intervención...el sonidito, entonces nosotros hemos tenido experiencias muy buenas con pacientes que hay que darse el trabajo de hablar con el profesional o el auxiliar, a parte de todo el trabajo con el paciente, ya que ha habido muchos trabajos que se han perdido y que nosotros tenemos amigos cercanos que se han muerto...por hace diez años nadie les preguntó, y nunca dijeron y por ejemplo, no se llegaron a poner la prótesis de mamas ya que les dio un ataque de histeria y les dijeron que se fueran... además yo creo que también es importante el nexa que se hace más allá...yo creo que es muy importante que sea familiar y un complemento en términos de médico familiar, pero el nexa como médico de poder ver que esta sintomatología de un hecho x depresivo y poder tomarse el tiempo y hacer una intervención con eso...eso yo encuentro que es como bien positivo en términos de intervención ya que le permite al otro posicionarse también de lo que ha podido hacer, de su cuerpo, de su ánimo, de su personalidad, que se yo...y de lo que puede hacer digo yo...y desde lo que puede hacer, por que te da el control, el saber que...ah a mi me duele la guata y no es por que yo sea histérica...como por que el médico de al frente me dijo que yo era histérica, son los nervios, me entiendes, como ellos se lo explican, poder encontrar una fuente que sea coherente...ah es que tu viviste esto y entonces esto, mira... siempre me acuerdo de un caso que comenzamos a ver en el occidente que en muchas mujeres...por que venían con el lado derecho o izquierdo no me acuerdo muy bien... era el derecho...que venían mal, y tenía que ver con un tipo de tortura, y que después fue súper importante para esas pacientes por que alguien que dice especializada pudiese hacer la conexión, pudiese explicarle y darse el tiempo y poder acompañarla y que se yo.*

S3: *Y darle esa actitud de cómo sobreviviente, más que enfermo stress post traumático. Entonces yo creo que es como un plus súper importante que también lo da la experiencia, que también yo creo que no hay que generalizar, digamos...ella tiene mucha experiencia y logra derivar bien y hacer las conexiones, pero yo creo que como rol eso debería conocer como se da en la práctica*

S5: *volviendo un poco a la primera pregunta, escuchando los comentarios del resto del equipo, de mis compañeros yo me trataba de imaginar si yo extrapolo todos los comentarios de esta reunión hacia una ONG o hacia una consulta particular, pudiese ser lo mismo en términos...entonces cual es la relevancia de que sea de parte del fisco el hacer este tipo de acciones, y yo creo que tiene que ver con un tema que no se ha tratado acá, pero para nosotros es fundamental que es como el sistema de salud acoge a su gente o aquel que necesite una ayuda en ese ámbito vs. lo que hace el PRAIS , probablemente la gente de salud es la que más maltrata a sus usuarios, también la gente de salud es el sector fiscal más mal pagado de todos, es el sector fiscal junto con la educación el que más demanda dinero, ya...es aquella junto con la educación más sensible para la gente en general, entonces cuando tu te encuentras en la ventanilla con una persona, que no te va a dar una hora para que esperes 6 meses, sino que te va a dar una hora para el mes siguiente o pa dos meses, tu ya vas teniendo una entrada distinta, y más encima le ponemos todos estos ingredientes que ya hablaba Marcela, el vínculo comprometido, cercanía, el mismo tema del trabajo, la aplicación de ciertos patrones que hemos consensuado, quizá lo más antiguo para corresponder al tema del programa, de que se va a atender, cuando y cuanto tenemos que atender, yo creo que eso mucho más a la larga nos sirve más de handicap de lo que tenemos que hacer, y hay una diferencia al tema de las ONGs y que lo que nos*

diferencia, además nosotros atendemos desde la súper estrella hasta el más marginal de los marginales, situación que no se produce, en las ONGs se atiende al que tiene más cierta cercanía ya sea política, militante o de historia...sin embargo la oferta que tienen las ONGs versus la oferta que tenemos nosotros no son comparables, nosotros quizás tenemos diez veces más de oferta de lo que pueden tener las ONGs, y debemos pensar que estos pacientes nunca van a llegar a un centro que pueda prestar la prestación necesaria, entonces junto con eso más esto otro, hace que este sentido de reparación que tienen los usuarios, en estas cuatro paredes se prolonguen más allá, y yo no puedo pretender...eso es una opinión muy personal...yo no puedo pretender hacer reparación, en cuatro paredes al abrir y cerrar las puertas, ya que el mismo tipo de aquí, es el que tiene problemas en la pega, el que le hace falta plata para comprar la leche, el que tiene problemas con la señora, o el que tiene que mandar a los cabros chicos al colegio y no tiene la plata para comprar los útiles... entonces yo digo no hay un ámbito de reparación aquí, puedo decirlo, entonces si más encima al tipo que estaba acá adentro, le digo sabe que vamos a ver si hay hora ...o en un mes más lo vamos a atender con otro especialista, claro...versus los seis, un año que está esperando afuera por esto, a que le digan en un mes más, o da para pensar que acá me están acogiendo, que acá está mi nichito...entonces aparejado con todo esto tu vas sintiendo, a esta cuestión de verdad y no es otra mentira, esto es una cuestión de verdad y no es que no haya justicia, yo siento que aquí me están haciendo justicia, que me están devolviendo que me quitaron, yo creo que ese es el sentido que tiene para los usuarios, por que sino existiera eso no tendría ese momento explosivo ya ingreso desde el año 98 hasta ahora...hemos cuadruplicado la población, con recursos que teníamos del año 92, solo el año pasado volvimos a tener recursos...entonces también te da para pensar...si bien lo que yo hago, con este grupo de gente que yo atiendo aquí, si yo extrapolo al grupo privado con un profesional de una ONG, claro tienen la misma pega, pero que es lo más importante que se hace desde un ámbito público, tenemos esta posibilidad de hacer esto, antes se atendía en unos sucuchos al fondo del consultorio...y ahora ya estamos metido en un hospital, o sea estamos visibles, existimos, así como existe nuestra gente, entonces claro...a lo mejor me volví muy para atrás, estaba pensando en que nos hace la diferencia, cachai eso...

E: La intersectorialidad al parecer es un tema súper importante, por que como nos decías tú en el caso del dentista digamos, puede hacer parecer el sistema de salud más que el equipo PRAIS, el sistema de salud algo que te acoge más que simplemente el equipo PRAIS que esta oficina que esta en el tercer piso.

S1: Además es un plus en términos...a mi me pasa que yo tengo amores con ONGs y con PRAIS, por lo tanto no voy a hacer muy objetiva...yo creo que se prestan para lo mismo pero con funciones distintas...peor que también hay una infraestructura que es muy distinta, o sea aunque quisieran las ONGs atender, no pueden por que están súper limitadas las platas y ahora aún más, por que los fondos no vienen para Latinoamérica, y menos para Chile, ya que no estamos catalogados como tercermundistas, entonces ha costado y con el CINTRAS con el prestigio que tiene se ha mantenido firme y con la Unión Europea y toda la cosa de lo latinoamericano, pero emm...pero aunque quisiera, las metas son otras, y quizás también en ese sentido... ehh... como todas las cosas que tienen aspectos positivos y otros que no son tan positivos...yo creo que como a nivel de equipo, los PRAIS no hay una visión de la gente como a una determinada ideología y por que ...yo creo que tu lo notas, es mucho más heterogéneo, por que el CINTRAS, FASIC o el ILAS, tienen la gente va y sabe a donde va...hay peritas y hay manzanas...no se va encontrar tutti fruti... de alguna manera la gente acá también puede encontrarse con distintas posiciones, desde mi punto de vista tiene un plus, como hay otras cosas que quizás nos ha pasado la cuenta internamente como PRAIS, obviamente las ONGs son mucho más

bloque que el PRAIS en su conjunto, y los PRAIS han actuado más en bloque pero a nivel territorial, los históricos, yo creo que eso también, hay un gran porcentaje de la población, que quizás y sobre todos los beneficiarios que vienen acá por que tienen otra características a los beneficiarios que van ONGs que les da ese plus esa flexibilidad, que se sienten más cómodos.

A mi me gusta esto cuando tu hablabas de la validación, por que estaba pensando que en general, en la tortura existe un quiebre de la confianza por el otro, y eso es lo primero que se daña.

S2: El informe Valesh, marca como un corte rotundo, muchas personas que después de haber ido a declarar, vienen acá al PRAIS por primera vez y que siguen llegando todavía,

S1: Entonces ya haber ido donde otro y que ese otro te escuche, y que el otro valide... el dolor la experiencia, en sí eso ya es positivo, ya el solo hecho de dar ese paso es súper importante.

S3: Por ejemplo, en torno al reconocimiento y la validación, cuando la gente llegaba a Valesh a decir...o sea a dar su testimonio...llegaban como si nada le preguntaron...y ellos respondían...me violaron, y ellos no entendían por lo que habían pasado era tortura, ...respondían, no me pegaron, me mojaron...no me dejaban dormir, a mi me parece interesante que luego que se hace este documento en que por toda la publicidad que tuvo, o sea interesante, o sea no me parece que haya sido mejor, por que las muchas personas no se sentían tan dañados, luego que esos golpes pasaran a ser tortura o detención política y todo eso...bueno vaya a saber uno los efectos que tuvo para esas personas, por lo menos si se reconoce que eso pareciera...algo común no lo es tal...entonces yo creo que con ese tipo de detalles tiene que ver el reconocimiento.

S2: O sea que te llegue un libro a la casa y que te diga usted no esta loco, sino que usted esta registrado que fue torturado.

S1: claro tiene un impacto, pero también hay una población que mayoritariamente fue torturado igual y no quedo en el informe.

S2: a bueno ese es otro tema.

S4: yo lo veo en el hecho de la validación, a donde vinieron por ejemplo en el occidente hubo una lista de 800 personas en lista de espera, y que tiene que ver con que aún no esta reconocido, pero ya es una validación, tu experiencia no pasa por esto, por que esta anotado, tu experiencia es real y tienes todo el derecho a sentir y validar lo que estas sintiendo, y vas a tener hora igual, por que afortunadamente no pasa por el librito.

E: Claro.

S4: Por que sino estaría medio chile afuera.

S3: Pero más allá de los nombres que aparecen en el libro, marca la publicación de un hecho histórico con palabras que antes no habían sido usadas, o se usaban en luz baja, o sea es un documento histórico y eso me parece que no es menor, más allá de los aciertos o desaciertos que tenga.

S1: Históricamente se hablan de cincuenta personas, o sea también eso histórico o no, de que me sirve si es un tercio de la población que realmente fue, pero para las personas...

S2: *Ojala hubiesen todas reconocidas por la ley, pero yo encuentro que es súper importante el tema del tener una atención que muchas personas incluso a mí me han dicho...que miserable...hay algunas personas, las menos, que han podido hacer algo muy distinto con esa plata, que más allá de la plata el tema de la continuidad, como el saber que voy a recibir todos los meses hasta que tu te mueras una cierta cantidad de plata, te da otra sensación de seguridad que va más allá de la plata...¿cachay?... que tiene que ver con un tema de seguridad y continuidad,*

E: Si entiendo, ahora de todas maneras el informe Valesh siempre ha sido como...motivo de polémica...por mi parte no estoy tan de acuerdo con que sea... si que marca un hecho histórico, pero creo que no es todo el aporte que esperábamos acerca de la reconstrucción de la memoria del país.

S4: *Pero también se ha visto que el Valesh, provocó muchas retraumatizaciones, entonces si yo veo, y la ganancia que tiene en el exterior, para mí es una política estrictamente lávate las manos, hicimos esto...ta ta ta... y ya y san se acabó.*

S3: *Yo creo que la constitución de la comisión misma fue polémica...y fue por que teniai ahí a la mitad de las personas que no querían concentrar los esfuerzos.*

S4: *Pero ha tenido una ganancia política externa inmensa, eso ha implicado una visión de Chile que no es real, en el exterior, eso ha implicado que las platas que se destinaban en D.D.H.H. bajen, por que eso ocurre.*

S1: *Si pero eso es los usos que se han hecho, de este informe*

S4: *si yo creo que hay una intención política ya que es un programa que es político con daño político, por lo tanto tú no haces nada azaroso, tú vas y este producto lo ofreces así, y este producto visto como producto es altamente re traumatizador...si yo veo cuales son las ganancias del sector dañado y la sociedad, para distinguir solamente, por que aquí yo creo que estamos dañados todos vs. las ganancias que ellos tienen como comité político, yo creo que es estrictamente un tema político que retraumatizó mucho más y que las ganancias que no van directamente con la reparación, y es más yo creo lo central tampoco en el informe es la reparación, pero es una opinión personal. Yo creo que el costo ha sido altísimo.*

S5: *Yo estoy en desacuerdo, o soy beneficiario de PRAIS, y lo que te puedo decir a nivel general el informe si es un hecho histórico y en que sentido... ocurrieron 30 años del golpe, y es una población si bien sabido que existía, nunca el estado se preocupó de ella, lo que si bien yo estoy de acuerdo contigo, y que tiene que ver cuando se tira, nunca las víctimas va a obtener privilegios políticos por que son parte de los vencidos, en esta ideología de vencedor/ vencido nunca va a estar este reconocimiento, por eso el que exista PRAIS ya me genera una cierta mm... descoordinación una cierta coordinada distinta, cachay..Como una contradicción dinámica, yo creo que se refiere más que nada hacia la familia, o sea en un momento los que fueron tildados de ladrones, de vende patria de esto y esto otro, pueden al interior de sus familias más allá del reconocimiento social externo...ehh...dentro de la familia queda la sensación de que este es para mi mi caballito de batalla, con esto yo ya me puedo presentar nuevamente al mundo, cachay.*

El hecho por ejemplo, yo encuentro mucho más pedestre, o se a hace un año atrás voy por el persa y me encuentro que entre los libros que tenía un tipo estaba el Valesh, el tipo lo vendía en 15 lucas, y los libros en el persa son bastante bajos para que la gente los pueda adquirir...mmm...y el librero es comerciante y huele lo que va a pasar cuando el que pare consulte acerca del libro, y si lo tiene en el persa a ese

precio... a mí me esta diciendo que es lo que quiere el público y como yo se lo voy a vender, entonces a lo mejor claro a algunos cualquier instancia que huele a estado van a estar descontentos y tienen razón para ello, yo también tengo razón para ello, y quizás este es el espacio donde yo me pueda quejar de verdad me entiendes... pero hay una inmensa mayoría que no ha ocupado los beneficios que se ofrecen, pero que ese elemento configura una identidad distinta, no tan solo pa ellos, ya que la retraumatización también es parte de este cuento, pero te torna una identidad distinta al tema del interior de su familia.

Ojo si bien yo tengo discrepancias respecto del informe no puedo dejar de...que si es un hecho histórico que si nos permite avanzar en ciertas cosas, y el hecho que ya hagamos hecho este informe después de 30 años con el dictador Augusto Pinochet a punto de morirse, con la derecha tratando de empoderarse, con la derecha weviando para que el tema de intercambio de gobierno, entonces ojo eso no es gratuito.

S4: Yo estoy de acuerdo, con eso contigo, o sea o eres del Frías Valenzuela...jajaja... o sea ese Informe es del Frías Valenzuela y se va a pasar como el Frías Valenzuela, no como el Salazar, me refiero que es un hecho histórico y en eso estamos, pero como sabemos que esa lectura a posterior nosotros sabemos que no es real, pero el legado que nosotros llegamos a nivel macro, no estoy negando que hay un porcentaje de beneficiarios que les ha servido, pero a nivel macro se va inscribir así como el Frías Valenzuela, 50 muertitos en Iquique una cosa así, no es.

S3: Pero de hecho en el Valesh no sale la cantidad, dice en el informe que no son todos los que sufrieron prisión política y tortura, sino que son solo los que pudieron ser calificados y a mi me parece que eso puede ser una distinción interesante ya que no esta diciendo que eso es lo que ocurrió y es un libro súper gordo y además interesante, esta bien escrito y etc. Y después dice esto son los calificados, quedaron muchos afuera y por eso que ahora se piensa otro, el problema de los números me parece que no es lo relevante

S4: es que no estoy hablando de que sea lo relevante los números, no es la idea

S5: el tema es que a mayor cantidad, no la cantidad...todas las propuestas que planteó la comisión fueron acogidas, las casi cien propuestas que habían. Otra dificultad es que en enero, se va abrir de nuevo el Valesh se va a configurar de nuevo la comisión y van a llamar a más gente a volver a dar su testimonio, en el programa nos va a quedar la cagá ya que a las personas les va a hacer administrarse pobreza ya que sus familiares no van a poder ser todos beneficiarios sino que un porcentaje de estos, o sea el padre que tiene tres hijos va tener que elegir a uno para que obtenga los beneficios y va a pasar lo que paso en su momento en Taiwán, en Japón, lo que paso en su momento en China, es decir un sacrificio en la familia, el iluminado, el intelectual el que más cachaba, entonces nosotros nos vamos a sacrificar como familia

E: Bueno me queda claro que hacen psicoterapia individual, grupal, que tenían hora de psiquiatría que ahora ya no tienen parece, hacen medicina familiar también, también hablo Paula de intervenciones sociales y cecilia de intervenciones comunitarias... ¿me gustaría conocer ese lado, ya que esotro es más conocido más típico, y las intervenciones psicosociales y comunitarios, quien las realiza solamente tú?

S1: las realizo aquí y hace diez años en el occidente.

E: ¿Bueno no se si algunos tiene conocimiento del proyecto, o si no...?

S1: Pero ustedes lo conocen yo trabaje allá con ellos.

E: ¿En que va a consistir el área para más o menos tener una idea?

S5: ¿Cuál es la proyección o lo que se hace?

E: La proyección...

S5: Ah...la proyección...

E: lo que se hace y la proyección, las dos cosas nos interesa.

S5: Nosotros PRAIS NORTE, trabajo comunitario como tal es muy poco, es una de las áreas que tiene mayor deficiencia, la única intervención comunitaria que se hace, como más regularmente y continua, es el trabajo con la agrupación de usuarios, ya... que es un trabajo que se hace ya sea en reuniones semanales con ellos, ya sea en asambleas mensuales, o ya sea en algunas peticiones que ellos están haciendo como usuarios, eso es lo más concreto que tenemos, la validación de los dirigentes dentro del servicio, la validación de estos dirigentes en la forma mediante ellos se han organizado, en los consultorios, en las municipalidades, un poco pensado también que cada actor es parte del escenario de la intervención, por tanto eso es lo más concreto que tenemos, ya...ehhh...el año pasado por lo menos estaba la idea de salir hacia las comunidades más rurales en este servicio, como por ejemplo Colina o Lampa, para tantear como estaba el terreno y para visualizar intervenciones en el futuro, ya...por lo menos este año para trabajar en esos lugares, que significa eso ocupar las dependencias que tienen los municipios, ocupar las dependencias que tiene el servicio, con el objetivo de que esas personas lleguen ahí regularmente y el hecho que se movilicen hasta aquí es un coste económico bastante alto, estamos hablando unos cuatro...cuatro mil quinientos pesos por vez...personas que muchas veces sobreviven con 143 lucas, entonces la idea es que se haga al interior de las comunidades, ya que es ahí donde se atiende nuestra gente, y lo que nosotros podemos hacer es ir uno o dos veces al mes a hacer una intervención una por el tema económico, pero también para ver el tema de identidad, es distinto trabajar con personas que viven en el perímetro urbano, comparado con las personas que viven en partes semi rurales, y Til-Til es una de las zonas que tuvimos mayor detención, y es donde el dolor y el duelo están todavía a nivel individual y muy secreto, no ha salido a la luz...hay una cantidad de violaciones a los dd.hh y eso no está en ningún informe.

S4: y en ningún registro, son gente que no han socializado la experiencia, no han sabido lo que le ha pasado a sus vecinos, y tienen pocas posibilidades de explicarlo y de interpretarlo, que eso tiene que ver con un problema político, a mí me tocó ver y me llamó la atención...ehhh...como la falta de educación limitaba tanto a la experiencia... o sea tipos que no sabían que les había pasado, o sea no estaba la posibilidad de explicarse la experiencia

S5: yo parto de la siguiente base, que en el pueblo hay tres autoridades, el profesor primario, el cura y el paco encargado del retén...si el paco le saca la cresta a todos o solo a algunas personas lo que pasa es que el paco se queda viviendo muchos años en el pueblo, por eso mantiene a la gente en represión ahí mismo por lo tanto, por lo tanto después que termina la dictadura sigue permaneciendo ahí, por tanto es el recordatorio per sécula que se tiene siempre, siempre, siempre...y se mantiene la relación, por lo tanto es un trabajo distinto que podemos hacer con la población rural.

E. ¿Y el proyecto que hablaba Cecilia, este de...en el ámbito rural?

S5: No uno es el ámbito rural, el otro es hacer talleres psicoterapéuticos grupales, con una población definida, hemos hecho talleres de mujeres que se mantienen hasta hoy día y talleres de transgeneracionalidad con niños, hijos, nietos, sobrinos también.

E: ¿Ese sería acá en las mismas dependencias?...

S5: Mi idea es poder replicar estos talleres con toda la población que tenemos, obviamente ajustándolos a las características propias, lo otro es que a partir de la experiencia de Cecilia poder potenciar talleres específicos con determinadas categorías de pacientes, o familiares de detenidos desaparecidos, o familiares de exiliados, o presos políticos, por lo tanto probablemente podremos trabajar algo distinto, ya...este año pretendemos firmar por lo menos tres convenios con la agrupación de familiares u organizaciones de dd.hh, ya sea o ONGs, etc, para sistematizar nuestra práctica, yo creo que a esta altura ya estamos bastante maduros para poder contar que es lo que hacemos, ya...y eso ha sido una de las falencias que hemos tenido históricamente, un poco por que a nivel de recursos, estuvimos mucho tiempo a honorarios, mucho tiempo...por lo menos en mi caso 8 años, y no había mucho tiempo de sentarse y pensar las cosas, por eso que ahora ya están las condiciones de poder sentarnos y darnos esos espacios, y poder pensar en lo que hacemos, empezar a escribir y poder sacar la experticia que tenemos...como te digo es muy distinto lo que puede tener CINTRAS, bastante más heterogéneo, la población es diferente...y también para poder hacer cosas más entretenidas también para uno, por que estar todo el día viendo pacientes, claro llega el momento que a mi me pasa, y nos el la idea llegara ser robot como en la industria automotriz, no hay un espacio para discutir, es decir me pasa esto y esto otro, y poder darnos también plazos, o sea poder darnos un plazo que de aquí a tres meses ponernos a terminar esta investigación es la quinta pata del gato montes, por eso ponernos a tener estos espacios, por que ya estamos maduros para eso.

E: Le hacía la pregunta respecto a lo comunitario, ya que la psicoterapia individual o grupal es algo que ya conocemos más, lo que podría ser médico es algo más familiar para nosotros. Pero una pregunta interesante es ¿como el programa PRAIS tiene un trabajo comunitario, el trabajo social, fundamentalmente por que es uno de los objetivos que esta en el protocolo, digamos del 2005, decía más o menos aportar desde el sector salud, la reparación integral pero no simplemente con tratamiento, sino que había que desarrollar promoción y prevención?

S3: Pero eso tiene que ver yo entiendo con poder insertar a los pacientes en la red de salud en la red de los beneficios sociales, por eso también por ejemplo el asistente social en este programas es súper importante, lo que decía Marcela el como se trabaja la pobreza no solamente la económica, sino que la pobreza de información, de cultura, eh...por que además si hay algo que existe en los beneficiarios PRAIS con el aislamiento de diferentes maneras, por que la población puede ser heterogénea, pero todos a propósito de cualquier evento quedaron como aislados de algo, de la familia, del trabajo, de la vida social, entonces en ese sentido insisto que no hay reparación, pero hay algo de reconocimiento y hay algo de trabajo que se hace acá de hacer el enganche con el individuo nuevamente, y es por eso además que tenerlos acá en el hospital es súper importante, por que buscamos atenderlos dentro del sistema de salud, y además que son pacientes normales y no tipos extraños.

S4: Les hablaron del trabajo grupal...cuesta el trabajo con grupo, a todo nivel, junta de vecinos, centro de padres...pero aquí cuesta más por que esta el tema de la desconfianza, y los centralismos, que yo sufrí más y tú menos...y todo eso...entonces una gran acción es incentivar las agrupaciones sociales y conseguir instancias que

están perdidas, si se lograron que tuvieran acceso los paciente Valesh para que tuvieran un lugar de reunión, bueno que se logre obtener una casa para que los pacientes PRAIS de los Valesh se puedan reunir, por que hay lugares del estado que se están perdiendo y en Chile como no hay participación por lo tanto hay desconocimiento de eso

S3: Ahora también mientras escuchaba a Marcela, es una cosa difícil que creo que hemos conversado en otra ocasión, trabajar en derechos humanos es súper políticamente correcto, esta súper de moda, uno es el bueno de la película, etc...pero es complicado estar en este límite, de no hacerle cariñito a la guagua mientras llora, y a propósito de lo comunitario, que yo a propósito lo he discutido contigo de la agrupación---de los exonerados...que ellos quieren que uno haga con ellos cosas que no corresponden, que unos los agrupe, que uno les tenga un lugar a donde agruparse...poco menos que les demos una secretaria para que les tome nota, y eso también es para nosotros un desafío que es muy delicado, como hasta donde, por que también hay una demanda súper voraz...de parte de grupo y en general, esto puede sonar súper torpe, pero el Valesh puede sonar más discretos en sus demandas, que los exonerados...creen que hay que tenerles casa, autopoco más que una nana para cada uno, en cambio que los otros tiene demandas más liviana, entendiendo que este es un programa de salud, y eso es un desafío para los PRAIS en general, como poder conjugar.

S2: Claro, no caer en un paternalismo, no crear falsas esperanzas.

S3: Como decir que no, ya que en muchas ocasiones, como decir que no como profesional...ya que como profesional como independiente me parece que hay cosas que no hay que hacer, que no corresponde, yo no soy la mamá, ni la ama de llaves de nadie, y en algunas ocasiones se podría dar, yo creo que eso es una de las dificultades de este trabajo, y estar en este lugar tan cargado...por que nosotros somos buenos...por que trabajamos en dd.hh que se yo.

E: ¿Y la prevención y la promoción se da con los pacientes que atienden acá, se da afuera o no se da?

S5: A ver...yo creo que es como en dos patas...la primera pata es como conociendo como funcionan los estamentos de salud, los circulares son papel, sabiendo ya eso de base en la forma que yo creo que hemos tenido mayor éxito, es cuando vamos y conversamos con el encargado de tal programa x para que atiendan a nuestros pacientes de formas más urgentes, o cuando tenemos la agenda llena y le decimos que atiendan a nuestros pacientes con una atención extra, yo creo que para eso el programa Valesh nos ha servido bastante, en que sentido, en que el estado permite que puedan adquirir prótesis para ellos, en el caso real con dental se están atendiendo pacientes que no son programas Valesh y eso es mejor para la estrategia, ellos ya pueden pedir hora directamente sin la necesidad de pasar por este ducto, ya son reconocidos como, los pacientes PRAIS, que no va a hinchar las bolas, sino que va con cierto papelito, y que entre comillas es un paciente especial, pero lo cual no es impedimento para que sea atendido en otro lado, entonces para mí ese trabajo es mucho más valedero que enviar circulares o hacer otro tipo de cosas, considerando que si yo compraré servicios afuera sería como un privado, y si luego en medio de las atenciones no hay acuerdo con ese...entonces a la mitad de los tratamientos los pacientes no vana a quedar en nada, en cambio en el sistema público aunque se me vaya el cristiano ya hay una estrategia...obviamente que lo otro de mandar circulares se tiene que hacer...y eso se ha hecho pero es mucho más factible la praxis misma, por eso que estamos insertos aquí y no en otro lado, tiene que ver con eso.

S1: *Eso de promoción y promoción, viene desde la salud pública para que se vea bonito en el tratamiento...ahora nosotros hemos pensado en mucho tiempo... prevención de que?... prevención de la retraumatización...ya eso se trabaja acá, pero también hay un pequeño porcentaje de gente a la cual podemos llegar, y promoción... promoción de que?...promoción de los derechos humanos?...promoción de que?...de la memoria, entonces eso tarda mucho de ser, tal vez teniendo con que hacerlo con agrupaciones más firmes, ahí metiendo esa cosa, yo insisto es como un trabajo de hormiga, en que a cada paciente el tema de la prevención y la promoción...sí...pero hay que tener más cosas concretas con los actores...*

S5: *falta un desarrollo*

S4: *faltan redes sociales con actores.*

S3: *pero aún así en el sentido de la salud pública, en el sentido concreto acá la prevención y la promoción funciona por que cuando se ingresa la entrevista permite que hable de toda su familiares, permite que se le pregunte por su condición de salud y enfermedades, etc., permite que la Marcela lo vea pronto, además en general, en términos de salud pública los pacientes del PRAIS están súper bien atendidos, y eso es un lujo por que es salud pública, y eso en prevención y promoción , yo creo que sí algo funciona tiqui taca es eso, o sea esta todo el camino de ingreso y de atención, como para que alguien no te llegue de repente, que no tenga una enfermedad que no pudimos percatarnos algo así, o incluso cuando nos llega alguien en el ingreso y nos damos cuenta que tiene una emergencia, las cosas están dadas para que esa emergencia se resuelva con prioridad...en una semana por ejemplo...por ejemplo la semana pasada llego un paciente a ingresarse de títtil...sin entender mucho, con su mujer con cáncer parece muy avanzado que lo habían detectado, hace un año año y medio, no sé no lo teníamos muy claro, y ya no se quería hacer el tratamiento por que no sabía lo que era el cáncer, y al parecer ya estaba con hora para el instituto, ...y yo lo veo mañana y si me parece...o sea en ese sentido en términos de salud pública funciona, yo creo que eso es algo a destacar en este lugar,*

S1: *Con un impacto tal vez mínimo de los que debieran recibir eso, pero bueno es lo que se puede hacer y uno queda tranquilo.*

S5: *Lo que yo veo es que...miraron la misma promoción son los propios actores, o sea yo estoy pensando en eso, la única forma la cual puede percibir el usuario, por lo menos en salud, es a través de los consejos locales de salud y es una idea la cual se les ha machacado bastante a los usuarios, para que puedan entender como funciona el sistema, y hoy tenemos que en casi la mayoría de los consultorios tenemos un representante de la agrupación de PRAIS...como tal...el presidente del consejo consultivo norte es PRAIS, dentro del San José, es lo mismo...entonces...eso igual me significa que de alguna otra forma, esta manera de asociarse, de poder volver a ser líderes de su propia organizaciones o propios programas locales, se ve reflejado ahí y eso ha sido mucho más que en cuatro paredes, por que se corta casi el 60% de los presupuestos de cada una de las unidades, cachay, entonces no es un dato menor...de hecho debe ser esta, junto con la de Paine, del PRAIS sur la que están funcionando permanentemente todas las semanas, con reuniones etc.*

E: respecto del flujo de los pacientes, ¿a los pacientes se les hace un ingreso...el paciente solicita una atención especial y además se le asignan horas, o la persona que lo ve determina...?

S5: *En el ingreso ahí se ven los gallos...*

E: ¿La persona que ingresa es la que sugiere...sabe yo creo que sería bueno que

usted viera...?

S3: O sea las personas consultan...por que les dijeron...saben...oiga tengo este problema de salud...o a mi hijo le pasa esto...o sea ellos ya vienen con una idea de por que están pidiendo el beneficio.

S5: O sea el 95% de las personas que vienen acá es por que se encontraron con el compañero o alguien les contó...

E: ¿Y para sacar la tarjeta me imagino, no para pedir psicoterapia...?

S5: Casi todos llegan en esa, entonces la entrevista pasa, a tener una clave, que es lo que puedo obtener dentro de una hora yo...

S1: la idea es tener una entrevista con más de un profesional para tener un diagnóstico bien integral, y así poder hacer una lista de problemas diagnósticos de todos los grupos, y de ahí ofrecer que tenemos, entonces un plan de acción...que muchos no necesitan.

E: ¿Cuando un paciente recibe una atención eso lo excluye del resto de las atenciones...o puede optara todo?...

S5: A todo...

S3, S4 y S2: A todo...

S3: como excluye, ¿a que te refieres con eso?

E: ¿No se po por un problema de recursos digamos...donde el paciente esta en psicoterapia individual, no entra a psicoterapia grupal, por un problema de cupos, ese tipo de cosas...?

S4: Como además hay poco recursos, hay que priorizar, entonces se prioriza con el protocolo por la gravedad del daño, ya al que requiere...lo que requiera...o sea por lo menos hacerlo bien en eso, no a medias en varios...

E: ¿Ese es la distinción que se hace en la complejidad baja, mediana y grave, no se si se ha profundizado, ya que se encuentra enunciado, tan brevemente?

S5: Ese es el elemento, es el protocolo que hizo el doctor Carlos Madariaga, que es un protocolo que todavía no esta aprobado por el MINSAL...a propósito

E: ese protocolo...jajaja...un dato no menor...digamos

S4: Claro por que se piloteó, en algún equipo, a parte de todo el trabajó...se dijo piloteen esto, ya...entonces no se pudo hacer lo mejor posible, pero a mí desde el punto de vista médico, pero el protocolo igual con esa estandarización que señala...permite muy bien trabajar,...por que con cada paciente...ya tranquilo esto no es muy cercano de PRAIS, esto es un tema grave, pero le corresponde a otras instancias, yo no soy Dios para tratarle esto, esto se atiende en un COSAM... y la mayoría hasta ese minuto, veíamos puros graves, ..Y decían ustedes ven puros leves, mándelo al COSAM, derívelo a la red, mentira los pocos que lograban acceder ahora, estaban muy mal entonces eran casi todos, de alta complejidad, pero también de esos a uno se les perdía, entonces uno se preguntaba, es PRAIS... ¿tendrá que ver con el daño?... ¿tiene una relación y se debe tratar acá?

S5: es como sistema actual, en que sentido...es que no todos que estén en la Isapre cachiyuyo van a ir al local cachiyuyo, a su red privada de atención...o sea no por tener la categoría de atención de PRAIS nosotros tenemos que verlos a todos, hay algunas cosas que si bien lo puedes tener como cualquier paciente, no son atingentes a lo que nosotros podemos hacer, entonces va a ser una pérdida de tiempo tanto pa ti, el profesional y el que esta esperando la hora afuera. Entonces eso es lo que uno se juega en las entrevistas, en los ingresos

E: ¿Y en este momento no son con más de un profesional...?

S1: No por falta de horas...sería lo ideal...y depende de los equipos, porque con un buen asistente social, se puede hacer una excelente entrevista...o uno malo o uno típico de servicio...nada, nada...

S4: una crítica para los colegas, pero una bruja típica asistente social, que es solo es un espécimen es aquella que solo entrega beneficio de tarjetas, en cambio lo que se debe hacer en el PRAIS es una buena entrevista, el diagnóstico de lo que hubo, de lo que ha estado actuando, y las necesidades, a parte de orientar, acoger, dar la confianza...

S5: Ahí te juegas el 50% de tu buen tratamiento...

E: Otra consulta sobre la intersectorialidad digamos... ¿ustedes trabajan con otras áreas de su sector digamos...des su sector norte...y hay algo más entre sectores...o sea con PRAIS u otras instituciones...un trabajo más coordinado?

S5: ¿A que te refieres?...

E: Derivación de pacientes a otros PRAIS...

S5: a otro PRAIS si...

S4: Cuando no hay horas para psiquiatra, a hospitales psiquiátricos, y cuando la complejidad lo amerita a sus centros municipales de salud mental...por ejemplo a los COSAM y todos los crónicos a los consultorios, y convenios con cosas particulares, cuando no hay en el servicio se logran convenios, por ejemplo operaciones, exámenes raros también.

S5: El servicio tiene una relación privilegiada por el J, por la cercanía, ya que antiguamente el J era prestador de salud de la red pública, por lo tanto hay un convenio firmado, y el servicio el J le vende a precios especiales, muy bajos toda la oferta clínica, entonces muchas veces cuando el San José, no da abasto, se compran intervenciones clínicas al otro lado, y ahí también van nuestros usuarios, en realidad no hemos tenido problemas con eso.

E: Me quedan dos preguntas, una es sobre un tema interesante que apareció, en la entrevista en las ONGS, es sobre el vínculo comprometido, digamos ellos se refieren mediante un acompañamiento a la persona más allá de lo que uno podría decir formal, podría decirse ir a una marcha, o a un evento, en que este ahí un representante se CINTRAS o de PRAIS, ¿me imagino que puede haber una tensión, ahí por ser ustedes un ente estatal, y a la vez estar en manifestaciones...?

S5: Es que el paciente hace la diferencia...

E: ¿Si?...

S4: Somos muy valorados por los pacientes, yo creo que uno de los mayores logros, es que después de que me han visto, allá o acá o no se que, hay una confianza que ...allá bien... y con eso hay una puerta a hacer un montón de intervenciones por que no van a estar refractarios, y no se da esa tensión , por que la salud mental estatal es el hermano pobre de la salud en Chile, y salud mental en dd.hh es la hermana requete pobre de la salud mental, entonces es como que somos todos de los mismo y no... no hay tensión, como si fuéramos los sapos del estado...

S5: Al contrario, se intensifica mucho más la relación, por como te digo, este tipo de instancias que te genera identidad, o sea estoy cagao pero tengo otro que también esta cacao, por lo tanto somos dos, ya no estoy solo, esa es una parte, y lo otro, es que...ahhh...esta no es pura clínicamente, sino que hay además un vínculo político, frente a esto, por lo tanto no es solo la que me atiende aquí en la sala, sino que va mucho más allá, que tiene una percepción social frente a esto, entonces a la larga te genera, un doble vínculo, en el 100% de los casos un vínculo bastante comprometido, y que es distinto al vínculo de la ONGs, por que en ellas tu sabes tu vas dateado, es del mismo partido, de una organización, o por lo menos se sacó la cresta en la dictadura...y cuando los pacientes llegan acá a ti no te conocen, bueno la mayoría, algunos te conocen de antes, o algunos llegan dateados de otro lado, cuando tú estas aquí eres un ser neutro, no tienes ni militancia política, no tienes una fachada, no eres apadrinado por tal o cual partido, ya?...no eres amigo o familiar, del presidente o del secretario, o del dirigente...

E: Es un terreno más fértil para la desconfianza, un desafío más...un desafío más a la tarea

S5: por eso cuando uno aparece en un horario distinto al de un funcionario público lo valoran, más que la cresta...con eso una u otra forma te vas ganando ciertos espacios, que tienes distinto peso en todo sentido.

E: la última pregunta es de uno de los objetivos que aparece en el protocolo, no aprobado aún, dice aprobar a la construcción de la memoria histórica del país, uno es aportar a la reparación desde el sector salud, y otro es aportar a la construcción histórica del país, ¿como equipo particular y como programa PRAIS a nivel nacional, ustedes sienten que eso se está haciendo, se va a hacer en el corto plazo, mediano o largo plazo?

S5: A ver...yo creo que se hace todos los días, en que sentido...que por lo menos en el norte ya casi todos, las comunidades, a lo menos uno de ellos ya sabe a donde estamos, y sabe que vemos a los presos, a los exiliados, en ese primer mote...o ah ese conshesumadre...ahh el buena onda... ya ..ahh...a allá arriba atienden a los de la Michelle o atienden a los de Lagos o a los del Salvador Allende, etc.

Entonces eso también es parte de esta memoria colectiva, si ya salieron estos informes, si el tema de los dd.hh. se ha judicializado y si esa ha sido la única beta de memoria que hemos tenido por que no hay otra, ya que memoriar que villa Grimaldi, que Londres 38 son solo sitios que solo gente conoce que tiene cierta vinculación con el tema, el memorial tiene un ámbito cerrado, en Londres 38 no hay ningún cartelito que me diga que este fue un centro de tortura, Grimaldi metida entremedio de los cerros y que se abre cuando hay actos o recordatorios, cuando hay una personalidad extranjera, cachay...pero esto es real y lo vez todos los días, nosotros somos personas que comemos, que defecamos, que tenemos calor o frío, nosotros somos de verdad, entonces cuando digo que sí se hace, sí se hace todos los días, y que

estemos hinchando, y llamando, y preguntando a que hora va a atender el especialista, o que por ejemplo a diferencias de otros programas de salud aquí...a las ocho y media...y si es a las cinco y media es a las cinco y media, no es ni veinte pa las nueve ni a las diez, ni a las cuatro...no acá es así por que el tipo que está allá afuera es más importante, y sin los efectos que la dictadura dejó nosotros no existiríamos, de partida no estaríamos conversando hoy día, cachay...pero helecho que estemos aquí, que tengamos recursos propios, el hecho que nosotros podamos decir a la farmacia oiga cómpreme este medicamento y no este otro, helecho que podamos tener acceso a la agenda médica de todo el complejo y ser considerado como uno más en la red de atención primaria o entes derivadores, ya?...eso para mí es memoria, estoy vivo y estoy presente y que tiene que ver con una cuestión mucho más allá que la reparación...pa mí no hay reparación pa mí es un derecho...entonces vale más la pena que tener un monolito o que tener un mural...si son bonitos...na na na...pero a mí me importa mucho más el tipo que atiende al paciente, o que atiende a la familia, o a la gente, pa mí es más importante esa acción que cualquier otra, por que es ahí donde tu haces, funciona o no funciona este cuento...si hicieras un catastro no hay ningún reclamo contra los equipos, si contra el sistema y eso es lo que pelean más los usuarios, helecho que ustedes hayan elegido hacer su entrevista acá, parte de una base.

S4: es que yo siento que se ha trabajado tan poco en memoria, y al igual que promoción y prevención por que queda bonito en la frase de salud integral, faltan cosas y en una de esas cosas que faltan, es que los PRAIS no tienen voto en las cosas que van cortadas desde arriba, que puede hacer un súper psicólogo o un súper dotado en algún tratamiento, pero sin participación de la gente, de los usuarios, y de la gente que trabaja con los usuarios.

S5: Es que so esparte de las dinámicas sociales, si nosotros fuéramos parte de esa discusión al interior del ministerio

S4: otro gallo nos cantaría

S5: Es que no estaríamos discutiendo, ya que estría todo listo. A mí lo que me llama la atención es que hayan tantos programas que trabajen la temática de dd.hh. que no estén agrupados en una sola coordinación nacional, tienen solo un asesor presidencial en la temática, pero yo no se que mierda pasa en educación, en vivienda...

S4: Tal vez otro pequeño aporte, si se sistematiza...

Entrevista grupal EQUIPO PRAIS SUR

E1: bueno imagino que Joel les comento un poco acerca del proyecto, nosotros estamos haciendo nuestra tesis para titularnos como psicólogos en la universidad de Chile, y el tema es el estado actual y de las practicas que se realizan en las instituciones que le brindan atención a los afectados de la dictadura, y el PRAIS tenia que estar digamos porque es la respuesta del estado, es el programa del ministerio de salud que esta destinado a intervenir en este grupo de personas, nosotros en nuestra investigación estamos haciendo dos entrevistas, ya participó el Cintras, y el PRAIS Norte, ahora estamos haciéndolo en el PRAIS Sur, tuvimos una entrevista ya con Joel, la semana pasada y en esa entrevista lo que nosotros buscábamos era conocer algunas características especiales del centro, conocer mas o menos las disciplinas que trabajan aquí y básicamente cosas que fueran importantes en el análisis si es que encontrábamos alguna diferencia era mas para conocer el equipo, así que ahora, la segunda entrevista que nosotros hacemos es para conocer las prácticas del equipo, propiamente tales, y en nuestro estudio definimos prácticas como prácticas reparatorias, porque entendemos que en una institución hay una serie de practicas que no necesariamente tienen que ver con un beneficio que se le va a entregar a un usuario, entonces las practicas reparatorias las definimos como aquellas que desde su punto de vista intervienen en el daño, como sea que lo conciban, o sea son practicas destinadas al usuario y al daño, siempre partimos con la primera gran pregunta, ¿qué hacen acá, que practicas tienen? ¿Hacen psicoterapias, intervenciones de grupo, ese tipo de cosas?

S1: yo creo que con la primera entrevista con Joel, como coordinador del equipo él les habrá explicado no cierto que la cosa no es tan así como si hacemos psicoterapia si hacemos esto sino partir del hecho de que somos un equipo multidisciplinario y que por ende hay asistentes sociales, psicólogos, médicos generales, terapeutas de salud complementarias medicina complementarias y de aquí parte cada una de nuestras acciones diarias, es decir, nosotros como equipo tenemos una visión de conjunto que tiene que ver digamos con esto de la reparación y no necesariamente con de que nuestros usuarios sean dañados o estén dañados, sino que es mas bien una reparación en todo el contexto de la palabra, lo manejamos como equipo, desde ese punto de vista, pero nuestro accionar tiene que ver con cada una de las profesiones que integramos el equipo, em... tenemos actividades que son comunes como la reunión de equipo, la programación, la evaluación, y talvez hablar de algunas cosas puntuales por área ya? Por área nosotros nos definimos como el área de salud física, el área de los psicólogos y el área de las asistentes social y de allí nosotros nos reunimos independientemente, salud física...días distintos probablemente y captamos temas que tienen que ver con esa área y a partir de allí son nuestras acciones o nuestras actividades por decirlo así, por eso hablar así de si hacemos psicoterapia o no es un poco como en la nebulosa queda así como muy en el aire, ahora desde el punto de vista, me imagino que Uds. lo saben acá hay dos médicos, hay un terapeuta, hay dos asistentes sociales, hay dos psicólogos, hay una psicóloga en practica en este minuto, entonces allí digamos nuestras actividades son distintas en algún momento, dentro del área física que es en la cual yo me desempeño acá en el PRAIS bueno es la atención directa del paciente desde el punto de vista de la morbilidad, tenemos la atención de algo que tiene que ver con el programa en si, por ley, que es la ley 19992, donde nosotros hacemos una evaluación del daño físico que pudo haber dejado la tortura o la prisión política, eso tiene que ver digamos con una acción directa, y el resto son actividades dentro del programa general donde participamos

todos los profesionales que tiene que ver con un taller de información a los usuarios que ingresan al programa, que es un poco explicar que es el programa, cuales son las leyes que tienen relación con la gente que nosotros otorgamos la credencia digamos y pasan a ser usuarios del programa y todos digamos tenemos el día que nos toca a cada uno de los profesionales para acoger digamos a la gente y explicar lo que tiene que ver con el programa la tarjeta el uso, el origen, etc. ehh... el resto tiene que ver con nuestras reuniones desde el lado de la salud física en donde en este minuto estamos en la programación días en que hacemos análisis de casos clínicos y días en que nos reunimos con la otra parte del área de salud física para ver algunas cosas puntuales que tienen que ver con el que hacer, programar algún nivel de investigación o algún estudio de un tema específico que en este minuto andan en el aire porque no le hemos dado una forma concreta, en este año, eso es un poco de nuestro punto de vista.

S2: Lo que yo quería agregar también soy medico es que nosotros no tenemos acciones programadas para la reparación o sea hoy día vamos a hacer el taller o no se la terapia, no!, o sea tenemos actividades puntuales como las del proyecto de ley Valech, pero mi percepción es que no hacemos acciones directas con nombre y apellido de esta hora a esta hora vamos a hacer psicoterapia, vamos a hacer relajación, no, nosotros lo que hacemos, por lo menos los médicos generales es tratar la gente comorbilidad, enfermedades comunes, enfermedades que tienen que ver con la salud mental, la salud física, se derivan a las diferentes especialidades, en el fondo lo que hacemos es una parte mas del engranaje del sistema pero un poco mas localizado, donde las personas saben que aquí pueden encontrar mayor respuesta, mayor disponibilidad de horas, o una orientación mas personalizada, pero así ¿acciones concretas, tendientes a la reparación? Yo percibo que no, tampoco tenemos la concepción de daño, no nos gusta

S1: Estigmatiza.

E1: También es algo que conversamos con Joel en las entrevistas

S2: y eso es algo súper importante como equipo, primero porque a nosotros no nos gusta atender a las personas con el tema del daño porque es un estigma, positivo o negativo como tu quieras, pero es un estigma, y no todos los usuarios están dañados, hay personas que no tienen idea de ningún daño, de lo que les paso a sus familiares a sus amigos, a su abuelo no se que y que son beneficiarios como podrían ser del programa de la mujer, y también hay que acogerlos y también hay que atender sus demandas, y en estas personas seguramente en los primeros años o un poco mas seguramente tenía mas que ver con personas entre comillas, por denominarlos de alguna manera, directamente dañadas o directamente secueledas, nuestro que hacer es mucho mas amplio, y por lo mismo yo diría también mucho mas amplio, es menos estigmatizante, menos etiquetarte.

S1: además que los mismos usuarios no se sienten con el cartel de dañados, talvez hay algunos que si quedaron con algunas cosas pero la regla general y lo que nosotros recibimos desde la salud física, llegan por una patología y una morbilidad común, tal como dijo la carolina, vienen demandando la atención medica, como pueden ir al consultorio, como pueden ir al sapa a una urgencia, etc. y acá digamos lo que los hace distinto es que acá tienen esto de la acogida que la relación es mas directa talvez mas personalizada, pero en el fondo vienen por la patología común, o sea a estas alturas por la patología común morbilidad común, y acá nosotros seguimos el accionar del sistema, el sistema publico de salud, la red, el ministerio, etc., y que nos otorga la posibilidad de dar los distintos caminos, la especialidades de atención, los medicamentos, los exámenes, etc....

E2: ¿En este sentido este programa no se diferenciaría de otro programa de salud mental como un cosam?

S1: yo creo que si porque es diferente talvez el tipo de usuarios que acoge, talvez el que va al cosam tiene una patología de salud mental entrecomillas común , por decirlo de alguna manera, no es como el que viene para acá que ya viene con una vivencia o siendo beneficiario porque otro la vivió, me refiero a un familiar que se yo, y le toca el beneficio, pero el programa PRAIS en general lo que da es una credencial de salud que le permite una atención gratuita en el servicio publico, esa es la gran reparación.

S3: esa es la atención especializada del equipo, que también es de lo que la gente se informa, por mi parte también quería un poco contarles lo que es el área social, nosotros compartimos la visión no de la victima, sino también tratamos de fomentar en el usuario el tema de la autogestión respecto de, bueno, la gran mayoría viene a ingresar al programa y sabe, conoce de que se trata, viene por la gratuidad vienen los familiares saben que esto les permite atenderse gratis a varias generaciones de su grupo familiar, ellos saber perfectamente a lo que vienen, nosotros la gran parte del tiempo la dedicamos a eso al tema de los ingresos y también atendemos cuestiones sociales, pero siempre relacionadas con el tema de la salud, porque sabemos que existen otros lugares donde los pueden asistir si necesitan ayudas económicas u otro tipo de gestiones que tengan que ver con lo social, pero básicamente como te digo la gente viene a inscribirse, entonces por supuesto hacemos la contención necesaria cuando tienen no cierto una carga importante relacionada al relato sobre lo que ocurrió, pero nosotros tratamos de fomentar el tema de no la victima, de no el dañado, porque ellos son capaces, si bien es cierto con su historia con la experiencia traumática que a lo mejor tuvieron de salir adelante y quizá incorporarlos también con todo lo que tiene que ver la red social, orientarlos mas que nada y si es necesario por supuesto derivarlo a alguna red social, pero la gente por lo menos en el tiempo en que yo estoy, cachan perfectamente de que se trata, su posición frente al programa, porque como te digo viene mucha mas gente a ver el tema del beneficio que a relatarnos a encontrar otra cosa que no sea eso, a lo mejor bueno, acá hay de todo, recibimos una cantidad importante de gente, pero básicamente eso.

S4: ¿Fíjate que yo pensaba, si uno lo pone en el marco de lo reparatorio (va a explotar o no? Refiriéndose a la grabadora)

S3: ¿Eso es lo que suena?

S4: parece que lo reparatorio tiene que ver con el acceso a esta tipo de beneficios y eso es quizá lo más peculiar en relación a esto que se pueda llamar como reparación, y en función de eso en la otra acción que hacemos dirigida hacia ese grupo es la actividad grupal el taller de orientación e ingreso que le decimos "TOI" que es básicamente explicarle a la gente el programa, como funciona en que consiste, cuales son sus derechos, como hacer para alegar, como hacer para pedir y demandar cosas como corresponde digamos, eh...eso, y eso es un taller a la semana donde se le cita a la gente y eso nos vamos turnando, es una actividad también del equipo, no es que la haga alguien, la hace todo el equipo en algún momento, lo mismo la actividad de ingreso, es cierto que las asistentes sociales se llevan gran peso de la actividad de ingreso, pero la hacen todo el resto en una proporción de su tiempo, porque es lo distintivo, y si nos distinguimos de un centro de salud o de un centro como un cosam, es primero porque nos comparamos con un cosam?, porque podríamos compararnos con un consultorio...

S1: Es más cercano sí

S4: Es mas parecido, en términos de que es una población la cual tiene acceso a una serie de servicio, y aquí los servicios van a medicina no cierto, alópata no cierto, hasta la medicina alternativa en la salud física y la salud mental, ¿me entiendes?, es mas parecido a la concepción de lo que podría ser un consultorio a un cosam como yo entiendo los cosam desde hace tiempo digamos.

S1: Si yo creo que siempre ha existido, o por lo menos es la impresión que tengo, se supone que todas las personas que vivieron la represión de alguna u otra manera o violación de derechos humanos en época de la dictadura tienen que estar dañados psicológicamente, o sea, tienen que estar dañados psicológicamente, de hecho parte de todos lados cierto de todo mundo la comparación o sea son como un cosam? No tenemos nada que ver con un cosam, o sea somos un equipo de trabajo de salud integral vemos una serie de aspectos, no necesariamente nosotros vemos gente que este con un problema de salud mental, porque se hace digamos dependiente, y de hecho digamos también fue política del ministerio de salud publica y del gobierno, de los gobiernos democráticos el hacer el PRAIS un programa dependiente de salud mental, porque existe la política de que si son del PRAIS están dañados, o sea son personas que ya están estigmatizadas que ya están probablemente traen una carga digamos, pero no necesariamente tienen un daño hasta hoy, los más entre comillas, cercanos talvez, a tener una entre comillas, secuelas de la dictadura son en probabilidad los que sufrieron prisión política y tortura, donde hubo una lesión física y tu la puedes constatar después de 5, 20, 30 años, pero así y todo habiendo una ley y a la cual como médicos de acá tenemos programado para atender a la gente y evaluar bajo la ley que salio, nosotros no tenemos demanda, que interesante no? Te fijas, o sea no hay una demanda del usuario que fue torturado que fue preso político a hacer una evaluación de su secuela, eso nos quiere decir dos cosas, que la gente igual no esta con el minuto que ellos vivieron una situación extrema, trabajan, están incorporados a su vida, etc., o sea están viviendo una vida normal, te fijas? o sea existe como toda una cosa de que tienen que estar dañados, y por ende digamos los hace dependientes y nosotros como los papitos a cuidarlos, como trata de hacer en cierta forma el estado, el gobierno, el ministerio de salud.

S2: Yo quería agregar algo a eso, por un lado hay como una percepción, yo diría mas bien un prejuicio que parte del propio estado al encasillar los PRAIS como dependencia de salud mental, pero por otro lado si Uds. leen la norma no hay ninguna actividad de salud mental que este normada, o sea, la norma dice claramente atención de salud integral, no dice no lo que pasa es que tiene que ser un psicoterapeuta o un psiquiatra, no!, la norma es muy clara y es muy general en el termino que es atención de salud, nada más, entonces hay como todo un contrasentido entre lo que nos rige que es la norma y el discurso filosófico, político, lo que quieras, detrás de la figura en la cual funciona administrativamente el PRAIS, por eso nosotros nos sentimos mucho mas cercanos a un consultorio.

E1: ¿Cuántas áreas había? Hay un área de salud física, un área social, y un área psicológica, y el área social tu nos contabas ¿se dedican a hacer los ingresos?

S3: o sea una parte del tiempo, el resto del tiempo

E1: ¿participan de las intervenciones grupales también?

S3: además trabajamos en el equipo de trabajo comunitario, tenemos atención social también que tiene que ver con gente que recalifica, vale decir ya ingresaron pero con el tiempo tienen nuevos integrantes en su grupo familiar y desean incorporarlos o porque tienen dudas o inquietudes nosotros también hacemos la orientación en este tiempo que dedicamos a la atención de publico, em...y también participamos en la

línea de trabajo de estudio, cierta investigación que tratamos de dividir nuestro tiempo en atención de público, línea de investigación y lo que tiene que ver con lo netamente administrativo.

E1: ¿y lo comunitario a que se refiere?

S3: Lo comunitario nosotros aquí en el mismo equipo con algunos miembros del equipo trabajamos con las agrupaciones de la zona sur, entonces les prestamos asesorías, tratamos de mantenernos en constante contacto con ellos, hacemos jornadas de usuarios donde tratamos de hacer participar no solo a los dirigentes sino también a las bases....visitamos a las agrupaciones, tratamos de enganchar y ahí en el caso de que ellos lo necesiten estar presto a acudir también, eso vamos desarrollando durante el año.

E2: Joel nos contaba que trabajaban en las localidades de paine y buin.

S3: un día a la semana vamos a atender público a esos sectores, porque la gran mayoría son adultos mayores entonces se dificulta mas su integración y en las atenciones que realizamos en esos lugares nosotros hacemos ingresos al programa, las recalificaciones y las atenciones sociales usuales, nosotros también estamos tratando de vincular a la gente cuando es necesario, por ejemplo si una persona necesita en la fonadis audífonos, prótesis, en esos casos realizamos los contactos necesarios con asistentes sociales y derivamos las instituciones, lo que es la exhibición del servicio militar también hacemos los certificados, en buin nosotros vamos a un consultorio y en paine en un centro comunitario que también funciona como consultorio.

E1: Es lo que nos comentaba Joel que ustedes estaban insertos en la red allá, no era como que fuesen sólo...

S1: Otro PRAIS.

E1: Claro

S3: Si claro estamos insertos allá, tratamos de aprovechar también esas instancias para los usuarios, entonces es necesario derivar y estar al tanto también de las condiciones, igual intentamos dedicarnos a lo que es paine y buin porque ellos son localidades que no tienen tantos recursos, entonces tratamos de aprovechar lo que hay contarles a la gente y explicarles lo que tienen acá también en este lugar, igual la demanda es bastante alta, se mantiene, bastante alta.

E2: ¿Cuántos profesionales trabajan allá? Me imagino que va la asistente social.

S3: ¿De acá? Solamente las asistentes sociales, vamos una mañana, una vez a la semana una mañana, no es mucho tiempo.

S4: Mira en paine comenzó la historia que querían un equipo allá. Los usuarios querían un PRAIS allá, pero luego se empezó a trabajar en la idea de tener una sucursal allá, que luego cayó, fue cayendo por su propio peso, y derivó en la asistente social pero a la vez ellos contrataron una serie de psicólogos, entonces habían horas especiales de psicólogos para los usuarios PRAIS, horas de médicos para los usuarios PRAIS y creo que estaba también la Loreto ¿no?

S3: En paine, si que ese fue como uno de los acuerdos que se hicieron.

S4 Claro que se hicieron, pero eso fue cayendo, por la misma demanda, las horas de médicos ya no estaban siendo ocupadas, las de psicólogo supongo que también habrán caído, y lo de buin también se planteo en un comienzo que como buin no tenía psicólogo y no iba a contratar por un tema de presupuesto, entonces había un psicólogo de acá que se iba una mañana para allá y eso cayo al año o una cosa así porque no había demanda, había uno con decirte, entonces no tenía sentido que el psicólogo se trasladara por uno cuando ese uno podía venir acá también, entonces en costo-beneficio sumando y restando, eso, y lo que si hay demanda es la demanda del asistente social, lo que tiene que ver con el ingreso y eso, que es lo que realmente aquí se demanda digamos, que tiene que ver con el acceso a este beneficio.

E2: ¿Como es la demanda aquí de salud mental? Es alta, mediana, porque tu me señalas que allá no hay mucha demanda, me imagino que acá tampoco

S4: Claro, es decir, de los servicios que ofrecemos acá es el que tiene el menor tamaño

S2: Es lo normal

S1: lo de siempre en los consultorios

S4: Es decir los consultorios pueden estar hoy día atestados con lo que son los casos auge, la depresión

S1: y porque tienen la depresión como auge.

S4: Entonces eso los compromete, pero si uno piensa la demanda espontánea eso no va mas allá del 5% de la población, y acá cumplimos con eso, alguna vez pudimos dar cuenta de eso, y en general del PRAIS nadie escapaba de eso, que es el criterio nacional, que no es muy distinto.

S1: y que es otra idea, no otro hecho que refuerza la idea de que no es están todos dañados

S4: Y yo te diría aunque lo estuvieran fijate, porque quien tiene el poder de decir que tengan que atenderse, porque si yo ando cojeando por la vida puedo seguir cojeando ¿y? es como esta idea omnipotente de que yo porque lo defino yo como dañado tiene que ser recuperado, es como el concepto de reparación que es medio conflictivo pa' mi gusto ¿ya? Porque promete algo que no esta en las manos de quien lo esta realizando cumplirlo, en este caso le dice a los PRAIS ustedes van a reparar pero los PRAIS o los profesionales de ahí no tienen ninguna posibilidad de lograr.

E2: es como una expectativa ficticia.

S4: Y por lo tanto no se resuelve, no se si hay necesidad, yo creo que la gente de repente se inventa...se inventa me sonó muy fuerte, pero de alguna manera se estigmatiza para ocupar a la carolina entorno a la idea de que tiene que estar dolida por lo que sucedió hace 30 años, y viene muchas veces con esa demanda "sabi a mi me pasan muchas cosas por lo que me pasó el 73" pero luego eso a la tercera sesión ya cae, ya cae y lo que aparece con mayo fuerza es el conflicto con la pareja o el conflicto con los hijos o el conflicto vital actual, o la soledad, la vejez...

S2: Lo normal

S4: Aparece lo de hoy día, y lo de hoy día es de hoy día, es cierto que en esa historia

esta el referente y es cierto que pueden hablar mucho de cómo la persona esta en todas estas situaciones y eso puede ser trabajado en su contexto pero no es lo preeminente.

E2: Entonces en lo que tu nos señalas hoy día se trabaja en modalidades dentro de la salud mental, psicoterapia individual o frente algunas temáticas ponte muchos pacientes llegan con algo, ¿se hacen talleres grupales?

S4: Nosotros no hacemos talleres grupales, pero por una cuestión de estilos, de estilos, en algún momento si se hizo algo parecido a eso, me estoy acordando de la Gladis, pero era cuestión de estilos de trabajo digamos

S1: Nosotros estuvimos en una intervención grupal por una patología física donde ayudo ella, se trabajaba con un psicólogo, digamos cuando tenia que ver con la ansiedad y el manejo de angustia digamos frente a la patología que se descompensaba.

S2: pero era una patología general

S1: exacto, no era una cuestión que era de los PRAIS, o de la gente con secuelas.

S2: no es el taller para que la gente enfrente las secuelas de la tortura

S1: No, era como manejar la angustia para que no se le subiera la presión y le diera un infarto, eso, en concreto.

S2: yo creo que igual lo que diferencia para tratar de hacer el distingo de un consultorio común, es que la gente aquí sabe que tiene un lugar de acogida donde puede hablar su tema, yo creo que esa es la diferencia fundamental, si ese tema le importa, le duele, lo lastima, aquí tiene orejas que lo van a poder escuchar, que lo van a orientar, eso, es una instancia de profesionales sensibilizados, que yo creo que eso es lo que nos diferencia de cualquier otra instancia de atención de salud, sin embargo, no llega de llamar la atención que la reparación no es algo que dependa de nosotros po, es algo que depende de ellos, no es que tomen la decisión conciente de cómo autorepararse, sino que como han seguido viviendo la vida, y el tiempo ha mostrado que la continúan viviendo, pero lo que hace la salvedad es eso no? Y si quisieran abordar esas temáticas particulares están las instancias, mi experiencia particular es que nadie quiere hablar ese tema, la principal defensa que tienen las personas ante el maltrato, ante la tortura, ante el dolor, es obviarlo, no querer removerlo, por lo menos en mi experiencia encuentro ese tema en particular, absolutamente eh..Específico de la población usuaria del PRAIS.

S4: Estaba pensando que algo si alo mejor distintivo, mas apunta a una forma de trabajo, un estilo pero que puede ser aplicado a cualquier otro centro, que tiene que ver por ejemplo con este espacio que lo hemos logrado que exista, desde que yo estoy acá por lo menos

S5: desde siempre

S4: desde siempre, que es una instancia donde se reúne todo el equipo a pensar el programa, a veces se piensan grandes cosas otras veces no se piensan grandes cosas pero es el momento ¿cierto? donde pueden pasar las tensiones, pasan las diferencias, pasan las dudas, pasan a ser mas el trabajo de reflexión por un lado, y también, asociado a ello la toma de decisiones, y a partir de esa instancias es que se pueden generar una serie de otras iniciativas como decía Liliana, si en algún momento

en uno de esos espacio de reflexión se dijo “si bueno hay un grupo de paciente que podría ser que hagamos esto y...” surge una iniciativa que fue el taller de eso, otra vez pudo haber sido la romería del 11 de septiembre pensado bueno estamos marcados por el 11 de septiembre no podemos dejarlo pasar, entonces son estas instancias las que permiten ir dando cuenta de un trabajo, eh,...digo que es singular porque por ejemplo una meta del hospital es que esta instancia se instale en todos los servicios por lo menos 2 veces al año, es decir, ojala dos veces al año los servicios se reúnan en su totalidad y puedan conversar, entonces si nos comparamos con esa situación nosotros eso ya...también lo vemos con otros equipo que también su queja es no tenemos tiempo pa conversar, no tenemos tiempo pa pensar, no tenemos tiempo, y eso pa mi gusto marca un estilo de trabajo, porque no solo se revisa, porque perdón, No! Se revisan las intervenciones disciplinarias, es decir, no se realiza lo que hace el medico dentro del box, porque bueno eso tiene que ver con la disciplina y lo realizan los médicos, no se revisa lo que hace la asistente social dentro del box, no se revisa lo que hacen los psicólogos dentro del box, se revisa lo que trasciende aquí, lo que puede pasar en la sala de espera por ejemplo, tenemos las horas de medico copadas, no hay mas horas, que hacemos, que es un tema que nos cruza al equipo, o que se yo, otro, bueno generalmente las horas de medico son las que se copan antes, ahí es donde tenemos nuestro problema con la demanda, pero que tienen que ver con el funcionamiento del equipo, que se yo, el horario de atención, no el horario de atención, los problemas que se tienen con los usuarios, las demandas de los usuarios, como se canalizan, si no es que llegue algún y diga quiero tal cosa y no por eso se resuelve, entonces tenemos que enfrentar y eso va cambiando, y como va cambiando también va cambiando nuestra respuesta, hoy día al asumir un criterio podremos compartirlo todos el criterio o por lo menos saber que ese es el criterio, y luego no cierto frente a eso podemos responder ante la autoridad, ante la jefatura, ante los usuarios, eh...había otra cosa que me había parecido como distinta...

S1: Hay una cosa que es distinta y dentro de esta reunión de equipo, que explicaba Joel, la participación en esta reunión primero que es por decirlo de alguna manera obligatoria para todos.

S4: No es obligatoria, no se convence.

S1: es como obligatoria, pero además la participación de todo el equipo no, primero que el equipo PRAIS no son los profesionales del PRAIS, el equipo PRAIS lo conforman todos los que trabajamos en el PRAIS, por ende en la reunión de equipo participa el auxiliar paramédico, participa la secretaria que es la que se encuentra, es la cara del PRAIS, la entrada, por ende ella tiene mucho que aportar en relación a la parte funcional, a las horas, los conflictos, las demandas, etcétera, entonces eso también tiene una característica de este funcionamiento y que nos hace distintos, porque todos tenemos que ordenar todos tenemos que decidir coordinación, como lo hacemos mejor, o en que nos equivocamos, como arreglamos este asunto como resolvemos este otro, el PRAIS no lo conforman los profesionales, lo conforman un grupo de gente que trabaja dentro del.

S2: la otra característica que yo he notado es que no es jerárquico, somos pares, y eso es súper interesante como equipo de salud de cualquier parte, somos pares, aquí no hay jefes en términos de la autoridad, o sea hay alguien que coordina que ordena pero no hay nadie que en el fondo se ponga en una posición de verticalidad frente a los demás, y la reunión de equipo también tiene esa característica y eso es súper valorable, súper positivo.

E1: ¿son características del equipo, de su dinámica del equipo, Uds. creen que son conformado?

S2: *¿consolidado dices tú?*

E1: consolidado...

S2: *igual hay diferencias, o sea no se que es lo que querí decir con consolidado.*

S1: *a que te refieres, si es que funcionamos yo creo que si, pero tenemos diferencias, opinamos distintos, entonces la consolidación la veo mas desde un punto administrativo frente a los que nos...*

S3: *Chicotean.*

S1: *a los otros jefes digamos, sea la dirección del servicio, ministerio de salud, etc. etc., mas lo veo consolidado desde ese punto de vista para enfrentar las normas, el cumplimiento de las metas y toda esa historia administrativa, pero lo que es dentro del equipo yo creo que eso nos permite también sobrevivir, como equipo, de que tengamos opiniones divergentes y que las referimos aquí en la reunión de equipo, eso, o sea, yo creo que consolidado me suena a los caballitos que vamos todos pa' lla todos pa'lla, sin pensar...*

S2: *no, yo creo que somos bastante funcionales...*

S1: *eso si*

S2: *en general tenemos en términos de las metas de los números, de lo que hay que cumplir pa fuera, en general funciona, funciona bien, ahora si hacemos el paralelo con una familia somos disfuncionales porque todos pensamos distinto, nos agarramos del moño, pero a partir de ahí se toman decisiones en conjunto y en eso si, somos bien funcionales.*

S4: *Claro quizás la idea de los acuerdos...la política de los acuerdos, no, no es la política de los acuerdos...los acuerdos son las decisiones que se llevan a acabo, frente a situaciones distintas hay que establecer acuerdos y tomar una decisión y después si faltamos a los acuerdos nos decimos "hey, habíamos acordado esta cosa digamos", es un poco, te ayuda ayuda a que la cosa funciones, pero ahora esto no tiene nada que ver con el programa esto tiene que ver con una forma de hacer las cosas que puede ser aplicada en cualquier otra cosa, lo cual esta bien digamos... quizá el creer que estamos en un lugar donde trabajamos entorno a los derechos humanos nos ha volcado a pensar mas sobre ello quizá, estaba pensando que por ahí llega una suerte de inspiración a pensar esos procesos, a pensar los procesos de los usuarios que se yo, es decir, algo que para nosotros es importante es que el usuario sea tratado como usuario, y no se le haga esperar mas de la cuenta por decirte, no se le tramite tanto, entonces somos uno de los pocos servicios del hospital, por no decir el único donde se dan citas.*

S1: *horas diferidas.*

S4: *Citas, es decir, yo usuario tengo hora a tal hora con tal persona y no como adentro que tu vas y le dan hora a cuatro personas a la misma hora con la misma persona , o sea hay una suerte de orden de llegada pero en menor medida, ese es el sistema, supón a las 10 de la mañana hay cuatro personas citadas con la misma persona, el que llega primero de los cuatro se atiende primero, el otro se atiende no se, el ir pensando esas cosas, todo lo que hay en una forma de trabajo distinta, de todo, desde la puerta de entrada de la secretaria hasta el ultimo del fondo tiene un estilo*

distinto, porque las horas de los médicos al estar así no se pueden ir antes, adentro termina a las 4 a las 6 se van, porque acumulan todos los pacientes a las 12, pero acá no, si tienen un paciente a las 5 es a las 5, y teni que esperar a ver si llegan.

E2: Oye, una pregunta, puedo parecer un poco ignorante, pero me he dado cuenta de que en otros PRAIS hay psiquiatra, en este PRAIS es solamente medicina, ¿Uds. deciden la necesidad de tener ciertas disciplinas?

S4: Nosotros, gracias a este espacio hemos ido definiendo cada uno de los cargos que han llegado, es decir, en algún momento se nos dio la posibilidad de realizar una extensión de cargo y a partir de eso se fue definiendo que se contrataban que se modificaba y que no...en el tema de psiquiatra se resolvió entre negociación con el servicio a partir de nuestras necesidades que los cargos que llegaban al verdad es que eran mucho para la necesidad de acá, entonces existe un sistema de derivación a psiquiatría expedito diría yo, o sea, si alguien deriva de acá allá le dan hora lo antes posible, y así funciona, yo diría que debe andar como para la semana, van a psiquiatría que es aquí al frente, se les hace una carta especial, de ahí los llaman y les dan hora para la otra semana, ese fue el acuerdo, y los cargos fueron traspasados a psiquiatría, en el caso de media jornada de asistente social fue traspasada, trastocada, transformada en media jornada de medicina complementaria acupuntura, medicina china, eso nosotros dijimos a ver ¿necesitamos otra asistente social?, sí, no vamos pensándolo, y en eso dijimos pero bueno que otro profesional podría ser útil para las necesidades de los usuarios, y ahí apareció el tema del dolor crónico eso apareció mucho y la población vieja, el dolor crónico y la población vieja, y se pensó en un momento kinesiólogo, darle la vuelta al kinesiólogo, después se abandono el kinesiólogo y luego apareció la medicina alternativa.

S1: que somos los únicos que tenemos tengo entendido

S4: No, porque creo que el sur oriente ahora tiene reiki, si han ido incorporando, pero eso también pasa porque nos podemos sentar y pensar que es lo que necesitamos, pa' onde...

E1: ¿La medicina alternativa que realizan, que tipo de medicina alternativa?

S6: Acupuntura mas que nada...

E1: ¿Acupuntura? Destinado a este grupo de pacientes en especial que es el que tiene dolor crónico.

S1: Ehh

S6: Yo... ¿me dejas? Ellos piden hora y dentro de los diagnósticos tengo dolor crónico, disfunciones sexuales, depresiones, y te voy a decir que tengo una demanda enorme, como que las horas están dadas hasta mayo.

E1: ¿La persona pide la atención, no es que Uds. le digan?

S6: El usuario según su necesidad es el que se acerca.

E2: y también puede ser derivado desde la especialidad

S6: O también, exacto, con derivación de los otros profesionales

E2: ¿Uds. tienen, pensando que disciplinas tienen, como programa PRAIS

ustedes tienen dificultades? ¿Se necesita de más profesionales? ¿Que dificultades tienen hoy día ustedes como equipo? Respecto a las demandas tanto de los usuarios, tomando en cuenta las dificultades que puedan tener de forma intersectorial, no se con la administración, o sea que se explayaran con respecto a las dificultades

S2: tenemos dificultades para las interconsultas, pero eso es un problema país...si tu eres medico y teni que derivar a un especialista, las horas de especialidades son pocas, tiene una suerte de otorgamiento según la antigüedad, la gravedad de la patología, operan los mismos criterios para repartir las horas de este centro que para todos los consultorios del área sur, como tu ves desde el punto de vista macro es el mismo problema que tiene cualquier médico general en cualquier parte de chile para derivar un paciente a especialidad, ahora igual estas mismas reuniones son para pensar eso, para dar luego los datos a las jefaturas, para los aparatos existentes y tratar de buscarle solución a estas cosas, y en general esto algo anda, pero es un problema país.

S1: no es un problema del PRAIS, porque como funcionamos como un consultorio de atención primaria estamos en la fila igual, por ejemplo donde hay una gran falencia con las horas a oftalmología, o dermatología o traumatología, en la misma línea, no tenemos una atención privilegiada por ser PRAIS.

S2: eso, los usuarios siempre demandan o muchos de ellos fantasean con la idea de que por ser equipos PRAIS tienen algún tipo de prioridad, así que ellos alegan, pero no la tienen y de alguna manera la desea, y eso es siempre motivo de conflicto, el PRAIS funciona como cualquier otro tipo de consultorio y por lo tanto tienen que tomar lugar como todos los demás.

E2: ¿que otras dificultades pueden tener ustedes como equipo? Respecto de los mismos usuarios, porque lo que ustedes me dice es algo mas macro, quizás tiene que ver con lo que son las políticas publicas y los recursos que se destinan ahí, como mas concreto a ustedes, a la cotidianidad de ustedes como equipos

*S4: Yo creo que hay una demanda siempre en medicina general y es porque, un poco porque es lo que más demanda en general el usuario y no solo aquí...
Med1. Salud física.*

S4: Salud física, quizás es la demanda mas concreta, da lo mismo, pero también yo creo que esta incorporado el tema de que se resuelve, o sea de alguna u otra manera la resolución de aquí es un poco mejor que la de allá, creo, porque no tengo la convicción, no podría probarlo, pero en términos del acceso es mas fácil pedir por teléfono, se privilegia que la gente no se mueva en ese sentido, esta cosa de las horas que efectivamente alguien que esta citado a las 10 sabe que va a ser atendido entre las 10.00 y 10.15 digamos 10.30 a mas tardar, a las 11.00 ya va a estar afuera, ocupa una hora de su tiempo y no toda la mañana en el consultorio que es la fantasía que uno tiene, es la queja que ellos dicen "que en el consultorio voy a estar toda un mañana entre conseguir la hora, que esperar" esto va armando que hay una suerte de mejor resolución, lo cual es complicado porque eso implica que la demanda aumenta, nosotros contábamos con 22 hrs. de medico hasta hace un año y medio, se amplio 33 horas mas es decir mas que el doble y seguimos con el mismo problema, entendí? o sea, como si tenían 22 y luego no cierto aumentan un 150% y seguimos con lo mismo, si...a variado seguramente un poco, pero si, es una curva, incluso el tema de las interconsultas si nosotros fuéramos muy eficientes, también es peligroso, eso lo tengo claro "somos muy eficientes resolvemos" y resulta que tenemos una lista una cola

enorme porque eso se pesquisa rápidamente, si el PRAIS resuelve mejor, como resuelve mejor que la atención primaria, inmediatamente la gente...y eso es así...

S2: pero por ejemplo, atendiendo también a lo que tu estai preguntando yo creo que también hace falta un poco de definición por parte del gobierno o sea, es totalmente ambiguo, van a las reuniones, van a actos públicos y prometen el oro y el moro y no destinan los recursos para eso, en el fondo esta es una figura bien de papel, es bien de papel o sea "que bonito todos tenemos una conciencia de derechos humanos, una conciencia de reparación" y a la hora de la operatividad de hacer todo lo que se supone que podríamos hacer no pasa nada, tu preguntai así solamente desde el punto de vista PRAIS así como programa yo creo que hay una discordancia tremenda entre los objetivos, la norma y los recursos que se destinan, insisto, tiene mucho de pantalla todo esto porque en realidad, esto es una opinión súper personal, pero no hay mucha concordancia y tiene que ver por una postura política, no me cabe duda que si cambiamos de gobierno van a cambiar muchas cosas, me entendí, o sea es probable que hasta no sigamos, eso et da la sensación de volatilidad, de poco sustento po, de...de...no continuidad, de no tener establecido, porque de repente nosotros somos una dependencia del servicio, pero de repente no somos.

E2: ¿influye en la proyección?

S2: claro, hay ciertas cosas que por ejemplo uno las tiene que resolver el ministerio, a través de la dirección del programa, entonces hay falta de definición, entonces yo creo que los otros PRAIS también les pasa eso...una figura un poco ambigua.

S4: Claro estaba pensando que también esta influenciado por el discurso de las ONG que para poder sobrevivir tienen que seguir dando cuenta de que existe lo que dijeron que existía, o el afectado por la tortura, el doliente vivo con sangrante así me imagino yo desde el discurso de la ONG, pa decir bueno, existe y de alguna manera sabemos que el estado hoy en día las esta subsidiando, les esta pasando plata igual a las ONG por ciertas vías, y solo9 en la medida de que eso exista, entonces si no existe debiera acabarse...

S2: se acaba.

S4: Es contradictorio ese jueguito porque po un lado esta, por ejemplo en concepción, que ahí yo me entere, el ministerio de salud mandaba los casos del patio 29 a tratarse con el ilas, teniendo a todos los PRAIS, y "no" decía "es que esto es mas grave" sabemos que políticamente el ilas es concertacionista y están íntimamente ligados, eso uno lo lee de quienes forman parte del ilas y quienes están ligados al gobierno y quienes no, entonces, y tu escuchas al ilas y el ilas dice si es que esta la gente con las heridas abiertas y están ahí sangrando y esto no se ha resuelto en 40 años 50 años, bueno, entonces es interesante el ejercicio que ustedes están haciendo, porque me imagino yo el discurso, no, en realidad no me imagino, lo he escuchado.

S1: eso, dentro de lo que es la política de salud y del estado y del gobierno, de los gobiernos, fijate no hace, no me acuerdo cuantos años, 2 o tres, se empezó a implementar una forma de cómo teníamos que trabajar, como teníamos que nosotros hacer la pega, y tiene que ver con el famoso protocolo que a lo mejor en algún PRAIS se lo mencionaron, no tengo idea, pero el protocolo dentro de otras cosas en las que yo personalmente no estoy de acuerdo en casi ninguna, pero entre otras cosas decía "al usuario que daba digamos que pasaba a ser usuario beneficiario del PRAIS poco menos que la asistente social tenia que pasarlo, así lo dice el protocolo o talvez un poco mas técnico, a medico de todas maneras o sea era como protocolo no, ir siguiendo los pasos, de ahí el medico junto con el psicólogo o junto con el psiquiatra

tratar al paciente y... o sea de que estamos hablando, te dan digamos una línea en la cual tu dices bueno y la persona no piensa, o sea que es lo que tenemos que es lo que esta entrando al PRAIS, una marioneta que pasa por aquí sin pensar, sin nada, y poco es eso lo que no hay respuesta que no hay lineamientos claros por parte de los gobiernos de la concertación, como que les interesa como decía carolina un poco para la pantalla, pal discurso, pa la tele, pal extranjero, para la opinión internacional, pero para acá la política de reparación o sea cuando tu hablas de gente dañada permanente o esto de que están enfermos y no solo físico digamos, físico podemos estar tu yo etc., pero eso de estar enfermos permanentes y eso de tratarlos como enfermos.

E1: ¿como crónicos?

S1: fíjate que ni siquiera me atrevería a decirte crónico porque para ser crónico tienes que tener una patología definida y ellos no tienen patología definida, no lo de agudo o crónico tiene que ir asociado a un diagnostico, ellos no tienen diagnostico si no están enfermos.

E1: ese es el protocolo que conversamos nosotros el que edito el dr. Madariaga.

S1: Ese.

E1: ese protocolo todavía no está...no es norma digamos, n se exige que se aplique aun...

S1: Es borrador aún.

E1: ¿Esta siendo piloteado?

S4: No tengo idea.

S1: hay algunos PRAIS que lo tienen

E2: esta toda la mirada del cintras en ese protocolo, o sea, lo hizo madariaga y me da como la impresión, la sensación de que es como ONG el protocolo.

S4: No se, habría que analizarlo más.

E2: ¿ahora que pasaría si el ministerio dijera que ese protocolo es norma, que se rige, tienen la facultad como para separarse, desligarse de eso?

S1: no se si la facultad, a las finales es una decisión casi profesional, o sea si a mi me van a exigir trabajar con algo que no me parece agarro mis pilchas y me voy ¿digo no?

Asoc. A una ONG

Ríen todos

S1: específicamente no me voy a ir a una ONG, en los años talvez, pero no ahora.

S4: Ahora la verdad es que si uno lo piensa como protocolo, porque hay otros protocolos, igual los protocolos no obligan, de alguna manera establecen que cierto producto tenga ciertas garantías, entonces quizás lo que tenemos que hacer es ver que nuestro producto que nosotros hacemos cuenta con las garantías y eso también lo podemos hacer, me entiendes?

Med2. No se si tiene mucho que ver con lo que tu estas diciendo pero en definitiva, no se puede protocolizar ciertas cosas, o sea tu puedes dar unos lineamientos, pero el

accionar de cada profesional entre cuatro paredes es imposible normarlo cachai, o sea podría ser que en el papel exista, pero como tu te sersioras de que eso efectivamente es así.

S4: Por ejemplo algo tan simple que uno puede pensar, el protocolo dice que toda persona entrevistada tiene que ser e4valuada, trabajadora social, psicólogo, medico, así, tu te salvai con algo tan simple con algo como preguntarle a la persona "UD quiere ser evaluado?" si dice "no" listo, y tu no puedes ir mas allá de la voluntad del otro y eso esta garantizado constitucionalmente entonces frente a eso basta hacer la pregunta, si dice que si, entonces después tendrás que pensar como hacemos para evaluar que se yo, pero sabemos que un porcentaje altísimo va a decir no, o va a decir, bueno el chequeo medico, es decir.

S1: que lo vea medico digamos.

S4: Entonces eso va a caer rápidamente y te salvai de una de las acciones que son... segundo entonces tu exiges, por que la otra vía es demandar que eso se operativice y va a caer por el sustento económico, porque si yo digo todos los ingresos tienen que ser evaluados por cada rama entonces yo digo OK señores para poder hacer los mil y tanto ingresos necesitamos tres equipos mas, y eso el director va a decir "no te preocupí, tu ve como lo haces no mas y yo respaldo" lo que es una tontera ¿vei? Como voy a contratar con una enormidad... contra eso, es mas si nos ponemos pesados esa cifra aumenta por cuatro, porque hoy dia no cierto el ingreso entra alguien al programa e ingresa su hijo y su familia, tres más entonces si uno se pone riguroso, cada uno de esos tres extras debieran también ser evaluados, lo cual es un absurdo, entonces cuanto tu te sientas a evaluar cada una de las accione empiezas a ver por donde zafas, porque no puede atentar contra los derechos constitucionales por ejemplo, entonces si alguien dice "no, no quiero" listo, zafaste con el 90%, hablai después del 10% por eso te digo, esto es ser viejo y ser mañoso, por eso es que al final los protocolos nunca pueden ser llevados a cabo, excepto...incluso los de pabellón ah? Que eso te exige

S2: los protocolos funcionan cuando son cosas muy puntuales y muy técnicas por ejemplo si tiene este puntaje de ahogo en una bronconeumonía se hace esto, esto y esto y se acabó es una cosa absolutamente circunscrita, entonces acá imposible, como.

E2: una cosa de ciencia dura

S2: exacto

S4: Claro, pero es que hasta ahí...yo creo que...

S2: y ahora ni siquiera son protocolos lineales, o sea si varia pa este lado tu haces esto, si varia pa este otro lado esto otro, en cambio si tu protocolizai es una cosa lineal, como una receta de cocina, échenle los huevos, después échenle la sal, haga esto y...

S4: Antes de operar lávese las manos, claro ahí opera, pero no va a faltar el que "fue urgente tuve que meterme no mas po" bueno pero la urgencia siempre escapa a toda posibilidad de ser agarrada.

S1: yo me tengo que ir porque tengo gente citada

E2: con la gente que queda si es que pueden, me gustaría hacer dos preguntas

para ir terminando, ¿cuales son las proyecciones que ustedes tienen como equipo a corto plazo, o dentro de cada área, el área social o la que tienen que ver con el área salud mental o salud física, o como equipo de investigación?

S4: Hay varios puntos, en el área de salud física hay todo un trabajo grupal que van a empezar a desarrollar, digamos esta pensado, entorno al dolor crónico ¿es? Claro, el dolor crónico es como la moda...

S1: es como el tema actual digamos a nivel de patologías, por decirlo así está la depresión y el dolor crónico, entonces estamos pensando una intervención grupal entorno a eso...o una investigación relacionada con nuestros pacientes, es decir, PRAIS, beneficiarios PRAIS porque esos son nuestros pacientes, relacionados al dolor crónico digamos y siendo digamos esto una patología muy común en este momento, muy muy común, pero esa es una de las proyecciones mas concretas, y lo otro digamos lo tenemos planteados como médicos digamos y no mirado desde el punto de vista PRAIS, o sea por ser PRAIS es que digamos cosa como exigir a la dirección del CDT del servicio resolver problemas pero eso tiene que ver con nuestra ética o nuestro funcionamiento

S2: Claro, haríamos lo mismo si no fuésemos PRAIS y trabajaríamos en otro lado.

S1: Exactamente, donde quiera que estés vas a exigir o tratar de resolver cosa que tienen que ver con tu funcionamiento, si no, no estas resolviendo nada, eh...eso digamos o sea nuestras proyecciones tienen que ver un poco con lo ético y lo profesional directamente y otro que tiene que ver que digamos hacer cosas distintas, en algún momento hemos planteado también otro tipo de investigación ligada tal vez al tema pero la verdad es que en aquel momento era prácticamente imposible, estaba sola con 22 hrs. y no se podía, y ahora cachamos que tampoco, pero es un poco, esas son las proyecciones, ahora yo como proyección de programa, el programa va a existir en la medida que existan las políticas aunque sean estas políticas de papel, se sustenta el programa, o sea de hecho por ejemplo la credencial PRAIS, una de las cosas que dice la norma es que es indefinida, por ende independientemente de que el PRAIS o los equipos PRAIS dejen de existir por ejemplo, por un cambio de gobierno por poner alguna manera, podríamos decir que la credencial PRAIS se va a seguir utilizando porque hasta que no saliera por ejemplo no sepo, revocaran un reglamento una ley que dijera "no, la gente que tiene credencial PRAIS a partir de este minuto no la puede usar mas" se fija? Que podría ser también, pero mientras eso no exista se va a seguir usando la credencial PRAIS porque dice indefinida y esta incorporada en el sistema fonasa, todo un aparataje, pero como proyección como programa no se fijate, es mas como en la acción...

E1: Claro

S3: Y un poquito también ir avanzando en los temas que ya hemos ido atacando, el tema esto de los derechos humanos que ya mencionaba Joel, el tema este de los seminarios donde todas las disciplinas también estamos involucradas en el seguir pensando el tema, y no solamente de los derechos humanos sino que también ligado a lo que esta pasando también en la contingencia, nuestra relación con las autoridades acá, con los funcionarios públicos, con el ministerio, con el servicio, también es un tema que nos interesa, entonces vamos también desarrollando, hay inquietudes que vamos viendo en investigaciones por área y que también vamos a trabajar en los seminarios, esas son como cosas concretas porque son por área, los médicos están viendo un tema, psicólogos, las asistentes sociales entonces por ahí puede haber un tema interesante, y desde lo social también nosotras pensando en las proyecciones que tu nos preguntabas van por el lado del trabajo comunitario, también

tenemos unas proyecciones que son como un desafío, eh..compartimos desde el equipo de trabajo comunitario pero también como asistentes sociales también algo que todavía esta en desarrollo, el tema de la vinculación y el trabajo que se ha estado haciendo desde allí, esas son como lo que se ve mas próximo...y lo demás es seguir cumpliendo con lo que esta programado.

S4: No, estaba pensando que mas que proyecciones hay hartas cosas que estamos en las etapas de los "pendientes", el texto que hay que terminar de una jornada, que debiera salir pronto espero, quedo mal hecho en la imprenta y todavía hay que pelear con la imprenta para que lo rehaga, ojala, es el informe de la ultima jornada de usuarios que también hay que sacar, y el de un seminario, eso estaba pensando que son las pegas pendientes que hay que sacar y luego proyectarse y bueno claramente van a aparecer nuevas cosas.

E2: ¿Ah, la última pregunta, ustedes se consideran un equipo integral de atención en salud?

S1: sí...

S2: es que depende de la definición que tengai de equipo integral

S1: Exacto, que entiendes tu por atención de integralidad

E1: la integralidad donde participan varias disciplinas en un equipo y donde todas esas disciplinas se articulan para dar cuenta o dar cuenta de las necesidades de la gente...trabajar con la gente frente a las necesidades que tienen

S1: creo que la respuesta fue dada desde el inicio de esta conversación, o sea como....

S2: lo que pasa es que también puedes analizar esa respuesta comparados con que por ejemplo que experiencia tengo yo como medico general inserta en otros equipos de salud sí entonces la respuesta es si, porque la verdad es que trabajamos harto en conjunto, tenemos una forma de trabajo que es característico, no se si tiene que ver con ser PRAIS, yo creo que también tiene que ver con las distintas personas que lo conforman y sí, los tiempos que se dedican y las formas de funcionar y la estructura del trabajo yo creo que si, apunta claramente a un proyecto de salud integral en comparación con lo que ya existe que son por ejemplo los modelos de salud familiar, los centros de salud familiar, los consultorios, eh...

S4: Que es distinto lo que estamos hablando a pensarla integralidad como tener todas las especialidades, que de repente estaba pensando en los usuarios que cuando demandan integralidad demandan algo así, como que yo puedo tener todo allí, y el todo sabemos que no existe, porque tampoco existe en ningún hospital y tampoco existe en chile

S2: ni en ningún lado

S4: Es decir, hay avances tecnológicos entonces sucede que a veces llega el paciente "sí, pero lo que pasa es que en estados unidos esta media funciona mejor" cierto, entonces uno dice es integral pero eso no está, es un concepto que no tiene posibilidad de ser definido, ahora si es integral en el sentido que se atiende al usuario y luego se incorpora a la red de atención, entonces si necesita un especialista ahí está, entonces claro, tiene los problemas que tiene el país, sistema de salud publico, y

claro hay que ver como se resuelve eso, y nosotros haremos lo que tenemos que hacer, pero es la respuesta integral? Sí, es integral en términos de que el usuario determine, estamos de acuerdo, ve si esto es mejor que lo otro claro y lo hacen mucho.

S2: no pero también es integral por lo menos desde nuestra visión como colegas como médicos en lo que nosotros hacemos sí, bastante integral, no solamente me duele la oreja y yo solo me voy a preocupar de la oreja ¿me entendí? también hay una coordinación interdisciplinaria, nosotros conversamos hartos los casos, nos ponemos de acuerdo entonces, si esa es tu definición de integral sí.