

8ª Parte - Anexos

Revista de Psicología

Revista de Psicología del Desaparecidos

El 1º de mayo de 1973, a partir de Septiembre de 1973, la Comisión de Derechos Humanos, por la existencia de una situación extrema que a unos afecta directamente, la tortura, desaparición, muerte, y a otros la más directa y útil marginación, al no tener acceso a la salud, a la educación, a la cultura y a otros hombres pero que, en general, afecta a toda la población.

Desde el punto de vista de la la

La pregunta implica responder primero qué son los problemas de Salud Mental.

La Salud Mental no es un problema de "término médico" sino de "problemas vividos", como un proceso de adaptación al medio y relación con el mundo, la vida misma y consigo mismo; un proceso de desarrollo. La Salud Mental es una cualidad que se adquiere y se mantiene a sí misma, requiere un esfuerzo continuo y a veces de otros. En un sentido general, la Salud Mental implica madurez, estabilidad, realismo, armonía social, integración afectiva, relaciones humanas, implica confianza en uno mismo, en los demás... Implica un sistema de valores en el individuo está vinculado a la vida. Implica preocuparse por el bien común. La Salud Mental es una cualidad de vida que se mantiene en el aislamiento y la soledad, la evasión de la unión emocional social. No se trata de la armonía interna sino de la armonía de la persona, la familia y la sociedad. Aprender, aprender, vivir plenamente la "aventura de la vida" (Kathleen W. Brown) de las relaciones familia-

En este sentido, se aplica la comprensión de que la Salud Mental es el interior de un "no" que se relaciona realmente con la vida, la existencia, el temor al rechazo, la necesidad de expresar lo que se siente, la posibilidad de confiar en los demás, las buenas respuestas y experiencias de hacer cosas juntos.

La Salud Mental implica esperar en una si-

La Salud Mental implica toda una población la afectación de los grupos de personas que han sufrido, los que perdieron, los que sufren, los que su-

frieron la muerte de familiares, los que tienen familiares detenidos desaparecidos, los que tienen familiares en el exilio, etc.

Dentro de estos grupos han merecido nuestra especial atención los familiares de detenidos desaparecidos, ya que ellos están viviendo los efectos de una crisis prolongada a más de 4 años. Esta situación de crisis que se empieza a vivir como transitoria ("en unos días, en unas semanas, en unos meses aparecerá") y que se va cronificando en la medida que pasa el tiempo, se ve agudizada por las diversas situaciones que van estimulando esperanza-desesperanza como un ciclo que se repite y alterna en un vaivén cada vez más agotador y dramático ("durante estos años he vivido enterrando y desenterrando a mi hijo"). A los familiares de los detenidos desaparecidos no sólo los une el "desaparecimiento" de un ser querido y las situaciones que se han derivado de esto (problemas económicos, cambios de residencia, fragmentación del grupo familiar, cambio de roles dentro del grupo familiar, etc.), sino también la comprensión de que no es éste un problema individual aislado. Los une el emprender la búsqueda en conjunto, lo que ha dado origen a la "Agrupación de familiares de detenidos desaparecidos".

II. ANTECEDENTES DEL TRABAJO

Durante estos 4 años han solicitado la atención de los miembros del equipo de Salud Mental numerosos familiares de detenidos desaparecidos (adultos, adolescentes y niños) con los cuales se ha realizado un trabajo individual y de grupo. La cantidad creciente de niños consultantes y la variedad, intensidad y monto de síntomas que se detectan en cada niño y que superan ampliamente los hallazgos clínicos habituales, plantean la necesidad de un conocimiento más global del problema que permita planificar acciones psicoterapéuticas más efectivas y masivas.

Desde fines de 1973 hasta comienzos de 1977, se han atendido cerca de 140 niños menores de 16 años. Entre los problemas que presentan cabe destacar los siguientes:

- a) alteraciones del sueño: insomnio, terrores nocturnos, pesadillas;
- b) alteraciones del apetito: rechazo a los alimentos, baja de peso, desnutrición de origen psicológico;
- c) desórdenes gastrointestinales de origen psicossomático: cólicos, vómitos, diarreas;
- d) trastornos del lenguaje: tartamudez;
- e) caída del pelo;
- f) trastornos del desarrollo: regresión a etapas anteriores, olvido del lenguaje hablado, olvido de lectura y escritura, enuresis (problemas en el control del esfínter urinario), encopresis (problemas en el control del esfínter anal);
- g) alteraciones y desórdenes de tipo afectivo: inhibición, indiferencia, necesidad patológica de afecto, dependencia, irritabilidad, inquietud motora, miedos intensos ligados a diferentes estímulos del medio ambiente: uniformados, sirenas, ruidos de vehículos en horas del toque, etc.

Algunos casos:

- a) Niño de 4 años. Es testigo de la detención de su padre. Pocos días después empieza a rechazar todo tipo de alimentos, se nie-

ga a ir al Jardín Infantil, no quiere salir de la casa, llora continuamente, no deja que nadie se le acerque salvo la madre y experimenta gran angustia si ella no permanece a su lado. Presenta también terror a la oscuridad, enuresis y tartamudez.

- b) Niña de 10 años. Nunca ha recibido una explicación coherente respecto a la ausencia del padre. Se le ha dicho que está trabajando lejos de la ciudad, pero también se le dice que quizás nunca más lo pueda ver. Aproximadamente seis meses después de la detención del padre, empieza a olvidar aspectos significativos de su aprendizaje escolar hasta llegar a olvidar lectura y escritura.
- c) Niño de 7 años. Presenta angustia intensa, sentimiento de tristeza, llanto fácil, conducta regresiva y agresiva (ha vuelto a usar chupete), baja el rendimiento escolar, se resiste a ir al colegio y empieza a orinarse en las noches (enuresis nocturna).
- d) Niño de 13 años. Conducta agresiva, crisis emocionales, perturbación del sueño durante la cual imagina ver a su padre al lado de la cama y escucha que le habla, en esta situación no se atreve a moverse, llora, reza y llama a la madre. Cuando ella llega y enciende la luz, la imagen desaparece.

Por otra parte los familiares durante estos años han recorrido un difícil camino en que han ido aprendiendo a compartir, primero la desesperación luego los trámites de la búsqueda, más tarde los problemas económicos y ahora una inquietud por los efectos generales que esta situación pudiera estar provocando en los niños, preocupación por algunas conductas concretas y la forma en que estas deberían ser tratadas. También en este plano se ha ido pasando desde un enfoque individual a un enfoque colectivo del problema.

III. EL TRABAJO

Por todo esto, tanto familiares como miembros del equipo de Salud Mental, coinciden en considerar como necesaria la realización de algún tipo de estudio que permita conocer mejor esta realidad preocupante y poder orientar mejor el quehacer respecto de ella. Se plantea así la realización de un trabajo de conjunto destinado a obtener un diagnóstico grueso del estado en que se encuentra la Salud Mental de los niños.

La primera etapa de este trabajo la constituye el diagnóstico de los niños de 0-12 años. Se decide partir con estos niños porque, de acuerdo a los antecedentes de la consulta y a los proporcionados por los familiares, parecen encontrarse aquí los conflictos más urgentes.

IV. FORMA DE TRABAJO

Plantearse la Salud Mental no como una mera supresión de síntomas sino como un proceso de crecimiento y desarrollo del individuo implica que la Salud Mental es responsabilidad de todos y cada uno de nosotros. La Salud Mental no puede considerarse propiedad privada de los técnicos, sino terreno en el cual toda la comunidad debiera tener la posibilidad de trabajar aportando cada cual su experiencia para poder conocer y enfrentar los problemas de esta área.

Es por esto que para la realización del diagnóstico se constituye un equipo de trabajo integrado por familiares y miembros del equipo de Salud Mental el cual, en conjunto, discute los objetivos de esta actividad, la forma de conseguirlos, los instrumentos concretos a utilizar, las etapas a cumplir, la organización y distribución del trabajo y su evaluación.

Se trabaja con el niño y el adulto que está a cargo de él:

- a) al niño se le pesa, se le mide y a los que tienen edad suficiente como para hacerlo, se les pide que dibujen lo que quieren y se les aplica el test de la figura humana y el test de la familia. Se utiliza una pequeña pauta de observación.
- b) al adulto se le realiza una entrevista semi-estructurada, elaborada, probada y aplicada por el equipo.

Para realizar adecuadamente estas tareas, los familiares miembros del equipo cumplieron con un pequeño programa de capacitación. Sólo el análisis e interpretación del material recogido se le otorga la calidad de tarea especializada que deben realizar los técnicos del equipo; por lo menos en esta etapa del trabajo.

V. RESULTADOS GENERALES

CASOS203

Edad a la fecha del examen

0 - 3	31
3 - 6	61
6 - 9	61
9 -12	50

Edad a la fecha del inicio del problema

En gestación	16	7.88%
0 - 3	59	29.06%
3 - 6	70	34.48%
6 - 9	38	18.71%
9 -12	20	9.85%

Tiempo que dura el problema

Años

0 - 1	33	16.25%
1 - 2	57	28.07%
2 - 3	50	24.63%
3 - 4	63	31.03%

Escolaridad

Nada	46
Sala Cuna o Jardín ..	45
1º Básico	21

20 Básico	24
30 "	21
40 "	15
50 "	14
60 "	7
70 "	8

Familiar con problemas

Padre	157	77.33%
Madre	2	0.98%
Padre y Madre	2	0.98%
Abuelo	13	6.40%
Hermano	18	8.86%
Tío	8	3.94%
Primo	2	0.98%

(Vivían con los niños)

Explicación de la situación dada por el núcleo familiar

Situación real (1) ...	130	64.03%
Nada (2)	44	21.67%
Viaje (2)	11	5.41%
Muerte (2)	5	2.46%
Trabajo (2)	13	6.40%

(1) De los niños que conocen la situación real de su familiar (detención y desconocimiento de su paradero), el 84% pasó por un período en que no se les dijo nada o se les dieron explicaciones evasivas; 15 fueron testigos de la detención del familiar y 2 fueron detenidos con el familiar durante algunas horas. Cabe destacar la situación de 11 niños que conociendo la situación real se niegan a aceptarla e inventan diferentes razones para explicar la ausencia del familiar.

(2) De los 73 niños a los cuales no se les ha dado explicación real en su núcleo familiar hay un 38%, que según el adulto entrevistado, ha recibido directa e indirectamente la información a través de terceros.

Niños que presentan alteraciones significativas del comportamiento DESPUES de la situación problema:

162 79.80%

Algunos de los problemas que aparecen

Aislamiento (1)	158	77.83%
Pataletas (2)	119	58.62%
Miedos (3)	159	78.32%

Falta de apetito	115	56.65%
Hacerse la guagua (4)	101	49.75%
Trastornos del sueño (5)	105	51.72%
Llantos frecuentes	101	49.75%
Problemas de rendimiento escolar	101	49.75%
Agresividad	72	35.46%
Tristeza	140	68.96%
Enuresis (6)	59	29.06%
Rechazo al colegio	43	21.18%
Búsqueda de afecto ansiosa ..	62	30.54%
Dolores de cabeza	18	8.80%
Apetito exagerado	19	9.35%
Onicofagia (7)	22	10.83%
Mayor propensión a las enfermedades	15	7.38%
Tartamudez	4	1.97%
Reacciones alérgicas	3	1.47%
Inquietud excesiva	5	2.46%
Olvido de lectura y escritura	7	3.44%

(1) El niño tiende a permanecer silencioso, no expresa sus sentimientos ni pensamientos y se margina de la relación con los otros (familia, amigos, vecinos, compañeros, etc.).

(2) Frente a la frustración el niño reacciona llorando, gritando, tirándose al suelo, arrojando lejos los objetos, etc.

(3) Destacan los miedos a crecer y sufrir igual suerte que su familiar, a que al resto de las personas queridas les pueda pasar algo, a la soledad, a la muerte, a la oscuridad, a los golpes en la puerta, el sonido del timbre y del teléfono, etc.

(4) Regresión a etapas anteriores del desarrollo.

(5) Pesadillas, insomnio, etc.

(6) Problema en el control del esfínter urinario.

(7) Comerse compulsivamente las uñas de las manos y/o los pies.

VI. COMENTARIOS

En relación a los resultados de este trabajo creemos que es importante destacar el alto porcentaje de niños que presentan alteraciones conductuales evidentes (79,8%), cuya aparición es posterior a la detención de su familiar. Estas alteraciones, en la mayoría de los casos, inicialmente tienen una extensión e intensidad limitadas; aparecen algunos síntomas en algunos planos de la conducta, por ejemplo: algunos niños presentan alteraciones del sueño, otros del apetito, otros bajan su rendimiento escolar, otros lloran con frecuencia, etc. A medida que va transcurriendo

el tiempo y se va haciendo crónica la situación de "desaparecimiento", la intensidad de las alteraciones es mayor y va comprometiendo cada vez más aspectos de la personalidad del niño hasta llegar a abarcarlo en su conjunto, por ejemplo: niño con alteración del sueño que rechaza el colegio, se niega a comer, baja de peso, no quiere jugar y permanece en estados de tristeza profunda durante el día.

La forma de reacción del niño parece depender de factores tales como la edad que tenía al momento de la detención de su familiar, sus experiencias anteriores, el tiempo que dura el problema, los elementos que se le han entregado para enfrentarlo y la forma general en que la familia ha vivido esta situación. Aparecen en una situación de mayor indefensión aquellos niños:

- a) que no han nacido o son muy pequeños a la fecha de la detención del familiar, ya que su desarrollo se inscribe necesariamente en un medio familiar y social profundamente alterado; en el niño mayor existe la posibilidad de que haya tenido experiencias formadoras que posteriormente le permitan resistir mejor la situación;
- b) en que la situación se prolonga por 3, 4 o más años, ya que esto implica no sólo mayor "desgaste" sino también el haber vivido la experiencia de ser familiar de detenido desaparecido en una época en que la posibilidad de recibir expresiones de solidaridad era muy escasa, una época en que el miedo alejaba a vecinos, amigos, familiares, etc.;
- c) a los cuales no se les ha dicho nada o se les ha dado versiones falsas, con lo cual el niño se encuentra expuesto a una situación en que todo evidencia que ha ocurrido "algo" (la tensión de las personas que lo rodean, los comentarios que escucha, la ausencia del familiar) pero a él no se le ha dado una explicación satisfactoria y real que le permita entender lo que sucede;
- d) en cuyos hogares esta situación ha producido importantes quiebres de la vida familiar sin que la familia logre tener una reacción de conjunto para enfrentar tanto los problemas de supervivencia y convivencia como los de la búsqueda.

Los tipos de reacciones que aparecen en este diagnóstico grueso concuerdan, en general, con los hallazgos de la consulta, salvo en lo que dice relación con el problema del aislamiento. En los niños que llegan a la consulta las reacciones de aislamiento ocupan un lugar secundario y rara vez constituyen el motivo de consulta. Los resultados de este trabajo nos indican que las reacciones de aislamiento deben ocupar un lugar prioritario dentro de nuestras preocupaciones tanto por su extensión (se presentan en el 77.8% de los casos), como por la inadecuada valoración de ellos que evidenciaron muchos adultos entrevistados ("el niño es muy tranquilo, se queda donde lo dejo, no molesta en nada"; "es muy calladito, no se mete con nadie, no da ningún problema, es como si casi no existiera").

Terminada esta etapa de trabajo que nos ha permitido otro nivel de aproximación a la realidad de los familiares de detenidos desaparecidos, se hace imprescindible iniciar una etapa del quehacer frente a esta realidad, etapa que pensamos, debe ser también cumplida en conjunto por los familiares y los técnicos del equipo de Salud Mental.