

**GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE RECTORIA Y
REGULACIÓN SANITARIA/
Unidad de Salud Mental**

**NORMA TECNICA PARA LA ATENCION DE
PERSONAS AFECTADAS POR LA
REPRESION POLITICA EJERCIDA POR EL
ESTADO EN EL PERIODO 1973 - 1990**

SEPTIEMBRE 2000

Documento Redactado por:

Joel Espina Sandoval. Psicólogo, Equipo PRAIS del Servicio Metropolitano Sur.

Documento elaborado por los integrantes de la Comisión "Norma para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política (1973-1990) según resolución exenta N° 1819 del 22 de Octubre 1999:

Alberto Minoletti S. Psiquiatra. Presidente de la Comisión, Jefe Unidad Salud Mental. Departamento Salud de las Personas. Ministerio de Salud.

Patricia Narváez E. Enfermera Universitaria. Secretaria Ejecutiva, Unidad Salud Mental. Departamento Salud de las Personas. Ministerio de Salud.

José Ancán M. Asistente Social, Equipo PRAIS del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Joel Espina S. Psicólogo, Equipo PRAIS del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

María Angélica Fuenzalida T. Asistente Social, Equipo PRAIS del Servicio Metropolitano Sur.

Juan Manuel Galvez V. Psicólogo, Equipo PRAIS del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Rubén Pinto, Psicólogo, Equipo PRAIS del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Irma Rojas M. Enfermera. Encargada de Unidad Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Sur

María Elena Varela A. Psicóloga, Unidad Salud Mental. Departamento Salud de las Personas. Ministerio de Salud.

Laura Zambrano S. Psicóloga, Equipo PRAIS del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

INDICE

Introducción	05
I. Antecedentes Generales	07
I.1. Revisión Conceptual	08
I.2. Contextualización del proceso de Represión	11
a) Fase Primera: Septiembre a diciembre de 1973	11
b) Fase Segunda. Enero 1974 - Agosto 1977	16
c) Fase Tercera: Septiembre 1977 - Marzo 1990	20
II. Acerca de la Población Afectada	27
II.1. Experiencias Traumáticas	27
II.2. Factores Estresantes y Factores Determinantes de la Experiencia Traumática	31
II.3. Conceptualización de los Efectos de la Experiencia Traumática	33
II.4. Efectos Biopsicosociales Asociados a Experiencias Traumáticas Específicas	36
1. La Experiencia de la Tortura	36
2. La Experiencia de la Detención	39
3. La Experiencia de un Familiar Detenido Desaparecido y/o Ejecutado Político	41
4. La Experiencia de Exilio y del Retorno	43
II.5. Efectos Transgeneracionales	46
II.6. Cuadros Clínicos Según CIE-10 Asociados a la Represión	47
II.7. Aspectos de Morbilidad de los Afectados	49
III. Intervenciones Terapéuticas	52
III.1. Consulta de Acogida o Primera Entrevista	53
III.2. Consulta de Salud Mental Especializada	54
III.3. Consulta Médica de Salud Mental	55
III.4. Consultoría en Salud Mental Especializada y Temática	56
III.5. Consulta Psiquiátrica	56
III.6. Psicodiagnóstico	56
III.7. Procedimientos Diagnósticos	56
III.8. Psicoterapia	56
III.9. Intervención Psicosocial Grupal especializada	59
III.10. Intervención / Actividad Comunitaria	60
III.11. La Visita Domiciliaria de Salud Mental	63
III.12. Autocuidado Profesional y de los Equipos	63
IV. Consideraciones Programáticas Para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973 - 1990	66
IV.1. Objetivos	66
IV.2. Población Beneficiaria	66

IV.3. Identificación de la Población Beneficiaria PRAIS	67
IV.4. Acceso a la Atención	68
IV.5. De la Atención	68
IV.6. Prestaciones	71
IV.7. Credencial de Beneficiarios PRAIS	74
IV.8. Requisitos y Competencias Técnicas de los Profesionales que Brindan Atención	75
IV.9. Soporte Organizacional	75
Bibliografía	76

PRESENTACION

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud, participa activamente en hacer realidad la Política Nacional de Reparación Social definida por el primer gobierno democrático posterior a la dictadura, desarrollando un Programa para la atención en salud física y mental de las personas y familias que fueron afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período 1973 - 1990 (Programa de Reparación Integral en Salud y Derechos Humano: PRAIS).

Esta política se sustenta ética y legalmente en las recomendaciones de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, en la Ley 19.123 de Reparación y Reconciliación, en la Leyes 19.234 y 19.582 de Exonerados Políticos y en la Ley de Retornados.

Según informes nacionales, internacionales y de instituciones privadas, se estima que la población directamente afectada por la represión política ejercida por el Estado alcanzó a alrededor de 800.000 personas. De éstas, un alto porcentaje sufrió de traumatización extrema, con graves consecuencias para su salud física y psicológica. La población directamente afectada está conformada por los grupos familiares en que uno o varios de sus miembros fueron víctimas de desaparición, ejecución, tortura, u otras acciones represivas.

En septiembre de 1990, se conforma el primer equipo multiprofesional en la ciudad de Iquique, a partir del hallazgo de las fosas de Pisagua. Luego, en 1991, el Programa PRAIS se extiende a nivel nacional. Ha estado orientado a la atención integral de la salud física y mental, en el ámbito individual, grupal familiar y social-comunitario de las personas. Brindando un espacio de acogida y atención que permite evaluar la magnitud del daño y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas. Involucrando a los afectados en un rol activo en su rehabilitación, a través de sus organizaciones y la participación en actividades de autoayuda y de reinserción social.

Desde que se inició el Programa de Reparación se mantuvo constante la demanda de atención por parte de la población afectada. Sin embargo, en los últimos dos años, todos los equipos de atención del Programa han registrado un aumento en esta demanda llegando algunos a recibir un 100% adicional de nuevas consultas. Así también se ha registrado un aumento de la demanda de atención en los Servicios de Salud donde no existe un equipo especializado en estos problemas.

Entre 1991 y 1998, han recibido atención un total de 31.102 personas. Durante 1998 se realizaron 1.479 nuevos ingresos, se entregaron 19.323 prestaciones y se mantuvo una población activa de 10.229 personas a nivel nacional. Estas cifras reflejan que el PRAIS se encuentra lejos de la meta original, la cual era "atender al menos al 50% de las familias más severamente afectadas, que presenten problemas de salud física y psicológica". En el diagnóstico inicial se consideraba un universo de los más severamente afectado de unas 200.000 personas, lo que equivalía al 1,5 % de la población chilena (Dominguez, 1994).

En la actualidad, esta población es atendida por un total de 63 funcionarios (profesionales y personal administrativo), los que se desempeñan con un total de 1.645 horas semanales. Cabe destacar que sólo un 52% de estas horas son destinadas a la atención de beneficiarios PRAIS, el resto de estas horas está destinado a la atención de personas afectadas por Violencia Intrafamiliar.

La existencia del programa ha sido considerada por los usuarios como parte de la memoria colectiva, que ha permitido rescatar parte de una historia que tiende a ser olvidada. Ha logrado que los usuarios se reconozcan en su padecimiento y puedan enfrentar su presente. También se reconoce el valor de reparación del programa, destacando que un gran aporte será el contribuir al aprendizaje que realice la sociedad y las generaciones futuras, para prevenir violaciones a los derechos humanos.

En los 10 años de desarrollo del Programa, se ha observado un grado importante de cronificación de la sintomatología física y mental, lo cual es coincidente con la experiencia de otros países con represión política similar. A ello han contribuido, entre otros factores: el insuficiente reconocimiento social de la represión política que el Estado ejerció a través de sus instituciones sobre las personas, la culpabilización de las víctimas como responsables de su propia represión, el temor que aún despiertan las autoridades que ejercieron el poder durante la dictadura y, la impunidad de que gozan la mayoría de ellos.

A partir de los antecedentes descritos, se evidencia la necesidad de revisar y actualizar las Orientaciones Técnicas y Administrativas del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, para adecuarse a las necesidades de la población beneficiaria actual, ofreciendo una respuesta eficaz y eficiente, en términos de reparación al profundo daño de la salud mental que aún presentan muchas de las personas afectadas. Para ello, es particularmente urgente fortalecer la respuesta específica que entrega a estas personas la Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría del sistema público de salud.

El presente documento recoge la experiencia acumulada en estos años, estableciendo los fundamentos, orientaciones técnicas y procedimientos para la atención de las personas afectadas por la represión desde el Estado en todo el Sistema de Salud Público.

I. ANTECEDENTES GENERALES

Durante el gobierno militar que se extendió entre septiembre de 1973 y marzo de 1990, la sociedad chilena vivió un proceso inédito en su historia.

En el contexto de un gobierno de facto y de un escenario político - social altamente polarizado, se instituyeron formas de control social y represión de la disidencia que constituyeron graves violaciones de los derechos humanos. Este proceso fue en una primera etapa masivo y visible, haciéndose más selectivo posteriormente y mucho menos evidente, ya que fue sistemáticamente negado por las autoridades de la época.

La mayoría de la población pudo vivir ignorando las violaciones de los derechos humanos o, al menos, desconociendo las dimensiones cuantitativas y cualitativas del problema y las características concretas que asumía en la vida de personas y familias. Sin embargo, para un segmento importante de la población, el escenario social se tornó muy amenazante debido a experiencias traumáticas y de pérdida que experimentaba en su propia familia o que vivían personas de sus grupos sociales de referencia.

Se fue produciendo una división en la vida y convivencia social. La violación de los derechos humanos era negada en el discurso público de las autoridades políticas, tanto al interior del país como en los foros internacionales, y al mismo tiempo iban quedando las huellas de esas violaciones en la experiencia y en la salud física y psicológica de los afectados.

En diversos estudios se ha analizado el fenómeno del temor y sus diversas expresiones durante los años del gobierno militar, desde la vivencia angustiada que marcó la experiencia de personas y grupos, hasta la pasividad y sobre - adaptación extrema que caracterizó a vastos sectores de la sociedad, lo cual puede ser interpretado como un mecanismo defensivo. El temor y la inseguridad caracterizaron el clima social en que se vivieron los atropellos de los derechos humanos. A la base de este temor estaba la percepción que cualquiera podía ser sujeto de represión y que las formas tradicionales de amparo o protección social se habían debilitado significativamente, dejando a los afectados en plena indefensión.

Frente al clima de represión globalizada se observa una serie de esfuerzos desarrollados por instituciones de Iglesias y Organizaciones No Gubernamentales en torno a la acogida, la denuncia y en la asistencia de las personas, de las cuales se han heredado la experiencia clínica - terapéutica, de reflexión y análisis. Las organizaciones de familiares y afectados tuvieron un importante rol en la organización de redes de apoyo mutuo y solidaridad, en la denuncia, en la autoprotección y la defensa.

1.1 REVISION CONCEPTUAL

Con el fin de ampliar la comprensión del presente documento, se hace necesario establecer lo que se entiende por: Derechos Humanos, Represión Política y Reparación.
DERECHOS HUMANOS.

Al hablar de Derechos Humanos se establece una relación inmediata con: la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948). Esta tuvo el mérito de recoger y sintetizar los avances de una lucha milenaria de los hombres contra los abusos de poder y a favor de una mayor justicia social. Lo novedoso es ese carácter Universal: los derechos Humanos salen de la jurisdicción de una nación dada y pasa a ser una responsabilidad de la comunidad internacional el exigir que se cumplan a cabalidad.
Los Derechos Humanos, según la Carta Fundamental comprenden:

Los derechos personales: Están constituidos por el derecho a la vida, la prohibición de la tortura, la inviolabilidad del hogar, la correspondencia y la honra personal, la libre circulación en el territorio nacional, el vivir en su propia patria, el asilo en caso de persecución, el poseer una nacionalidad y personalidad jurídica, el casarse y formar una familia, el derecho a la defensa, etc.

Los derechos políticos: Son el derecho a la libertad de reunión y asociación pacífica, a la participación política y al pleno ejercicio de la soberanía popular.

Los derechos sociales y económicos: Son el derecho al trabajo y a su libre elección, la protección contra el desempleo, la remuneración equitativa y satisfactoria que asegure al trabajador y su familia una vida digna, el derecho a la seguridad social, el derecho de los trabajadores a una limitación razonable de la jornada de trabajo y vacaciones periódicas pagadas, a la sindicalización y formación de reuniones y conferencias

Los derechos culturales: Constituidos por el derecho a la educación, de los padres a escoger el tipo de la educación de sus hijos, a participar libremente en la vida cultural de la nación, a gozar de las artes y participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

La Carta fundamental de los Derechos Humanos viene a ser una declaración que expresa simbólicamente los límites personales, sociales y culturales que necesita la sociedad. Por lo tanto, cada sociedad ha tenido la tarea de encontrar los mecanismos específicos que la sostengan.

En ese sentido, el Estado, como ente representativo y unificador de cada sociedad es quien garantiza su regulación. Particularmente la Constitución Política es el principal instrumento coordinando los tres poderes del Estado, regula las conductas individuales, políticas o sociales que pudieran transgredir estos principios.

Es así como en Chile, la protección de los derechos humanos está representada por mecanismos procesales que constituyen garantías individuales como el recurso de amparo, el recurso de protección y el recurso de inaplicabilidad. En 1973 la Constitución de 1925 quedó sin efecto y el país empezó a ser regido por "actas constitucionales". En 1980 comienza a regir la nueva Constitución, la que haciendo uso del Art. 24 transitorio imposibilitó la puesta en práctica de mecanismos procesales de defensa, este artículo es derogado en marzo de 1990.

REPRESION POLITICA EJERCIDA POR EL ESTADO:

Existen diferentes enfoques y acepciones en lo que se considera como represión política, según los aspectos en que se enfatiza. En la literatura respecto al tema se aprecian diferentes nominaciones usadas para definir lo sucedido en Chile entre 1973 y 1990. Entre estos conceptos destacan Represión Política, Violencia Política, Violencia Institucional u Organizada, Terrorismo de Estado, entre otros.

Se entiende por Represión Política Ejercida por el Estado como la violencia ejercida desde el Estado, con una lógica definida que implica el estudio y la planificación de la violencia, la produce un sistema, un poder que ocupa las funciones más elevadas del hombre, como son la razón y la conciencia para gestarla y aplicarla, lo que implica la creación de aparatos técnicos y la formación de personas especializadas en la destrucción.

Esta acción represiva global, deliberada, impulsada a través de agentes ejecutores, sobre individuos concretos y grupos opositores, que tiene la intencionalidad de producir efectos de miedo y amedrentamiento colectivo, pretende lograr una determinada mentalidad de los ciudadanos, utilizando cualquier medio, hasta el exterminio físico. Esto provoca un daño a la sociedad, al inducir una actitud de pasividad e individualidad competitiva. Todo esto tiene un alto impacto y daño tanto colectivo como individual en la salud mental de las personas.

El daño producido no es simplemente el efecto en la vida de las personas que se destruye; el daño causado es a las instituciones que regulan la vida de los ciudadanos, a los valores y principios con los que se ha educado y en función de los cuales se ha pretendido justificar la represión.

La represión tiene un efecto desestructurador sobre la persona, la familia, la sociedad y el conglomerado jurídico histórico y territorialmente demarcado que constituye un país. Se apropia de todos los poderes del Estado transformándose en una violencia institucionalizada.

Para algunos juristas, lo sucedido en Chile entre 1973 y 1990, es considerado como Terrorismo de Estado. Montealegre, (1979) señala que "el terror que deviene de una conducta incorporada al aparato del Estado y destinada a garantizar la estabilidad y permanencia de la dictadura, se define como Terrorismo de Estado. El terror es la violencia que se aplica de una manera ostentosa e inesperada, en forma tal que se cree un estado de consternación y temor en un grupo generalizado de personas. Lo característico del terror es no concluir en el hecho material que se impone violentamente sino prolongar su efecto en la conciencia de una sociedad. El terrorista intenta destruir voluntades además de las vidas y propiedades que ataca. Para ello, el hecho ejecutado tiene que tener tal capacidad de trascendencia y dinamismo, lo que lo lleva a ser vicioso, frecuente y llamativo".

Estas acciones violentas comprenden, entre otras, las ejecuciones sumarias, la tortura individual en recinto secreto, la tortura masiva practicada a la vista de todos para paralizar mediante el terror, la persecución y expulsión del país, el acoso y hostigamiento permanentes que obliga al exilio como única forma de sobrevivir, los desaparecimientos forzosos de personas, la ejecución en el curso de falsos enfrentamientos, el asesinato cuidadosamente planificado y ejecutado para escapar a cualquier investigación o los asesinatos ampliamente difundidos por la prensa oficialista como crímenes sin carácter político.

Con todo lo anterior, la represión ejercida desde el Estado, no puede entenderse como un hecho aislado, como si fuera la manifestación morbosa de los impulsos irracionales de algunos agentes que actúan fuera del control de la autoridad. La represión política obedece a una política represiva: tiene racionalidad y es funcional a los intereses y necesidades de los grupos en el poder. A diferencia de otros problemas de salud mental que tienen su punto de partida en conflictos intrapsíquicos, o bien en conflictos interpersonales (entre personas concretas), aquí el conflicto es primariamente social, entre clases o grandes grupos sociales, en último término, un conflicto político (Vidal, 1999).

REPARACION:

Según el Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, la Reparación es un conjunto de actos que expresen el reconocimiento y la responsabilidad que le cabe al Estado en los hechos y circunstancias acaecidos durante la dictadura militar entre el 11 de Septiembre de 1973 y el 11 de Marzo de 1990 producto de la represión política ejercida por el Estado. La reparación debe convocar a toda la sociedad chilena, ha de ser un proceso orientado al reconocimiento de los hechos conforme a la verdad, a la dignificación de las víctimas y a la consecución de una mejor calidad de vida para las familias más directamente afectadas. Siendo una tarea en la que el Estado debe intervenir en forma consciente y deliberada.

La Reparación incluye el proceso de elaboración que realiza la sociedad respecto a los conflictos vividos, los sentimientos que acompañan esos conflictos y las formas de resolverlos.

La Comisión también señala, que solamente en un ambiente propicio hacia el respeto de los derechos humanos, la reparación puede cobrar un sentido vital y despojarse de todo rasgo acusador que reabra las heridas del pasado. El proceso de reparación supone el coraje de enfrentar la verdad y la realización de justicia: requiere de generosidad para reconocer las faltas y de actitudes de perdón para llegar al reencuentro entre los chilenos.

Se establece una serie de sugerencias para lograr la Reparación, además de recomendaciones sobre reivindicación moral de las víctimas, recomendaciones jurídicas, administrativas y de bienestar social, aborda el tema relativo a la salud recomendando específicamente a las autoridades de salud la implementación de un programa de atención especial, que considere una serie de requisitos, entre los que destacan:

- Que se atienda a las personas que han sufrido violaciones de derechos humanos, señalando en particular a quienes han sufrido torturas físicas o psicológicas y a quienes sufrieron lesiones severas a consecuencias de actos cometidos por particulares bajo pretexto político.
- Que se focalice en la reparación del daño en la salud física, y psicológica de las familias afectadas.
- Que se entregue una atención integral, biológica, psicológica y social.

La Comisión establece que la reparación es un proceso que trasciende con mucho los aspectos de salud. Pero reconoce la necesidad y significación de la atención en esta área.

1.2. CONTEXTUALIZACION DEL PROCESO DE REPRESION

Para comprender el contexto del proceso de represión, el que está en la base de los padecimientos de las personas atendidas en este programa, se resume a continuación la descripción realizada por la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación en 1991 (Informe Rettig).

La represión no fue ejercida siempre igual durante el período de Septiembre de 1973 a Marzo de 1990. Ella se caracteriza por tres grandes fases:

- a) Fase Primera: Septiembre a Diciembre de 1973.
- b) Fase Segunda: Enero 1974 a Agosto de 1977.
- c) Fase Tercera: Septiembre de 1977 a Marzo de 1990.

En cada fase se revisan los aspectos propios de la represión y luego las diversas reacciones de la sociedad chilena.

a) Fase Primera: Septiembre a Diciembre de 1973:

Después de ocurrido el 11 de Septiembre de 1973, las Fuerzas Armadas y de Orden lograron su objetivo más inmediato de control efectivo del país, sin focos de acciones armadas de los partidarios del régimen depuesto, en muy pocos días. El informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación señala que las acciones de enfrentamiento fueron mínimas, irregulares respecto a su ubicación, forma y armamento empleado; descoordinadas, y sin la menor probabilidad de éxito, ni siquiera en el nivel local.

Se puede decir que los focos de resistencia armada de los partidarios del régimen depuesto fueron rápidamente eliminados.

En todo el país la regla general fue que las autoridades depuestas entregaron sus cargos a las nuevas, sin dificultad e incluso de manera formal; y que los requeridos por los bandos para ser detenidos, lo hicieron, en gran número, voluntariamente.

Las Fuerzas Armadas y de Orden, bajo el mando centralizado de la Junta de Gobierno, organizaron el territorio unificando en ellas mismas el poder político, administrativo y militar.

El máximo jefe militar de cada lugar fue su máximo jefe político, gubernativo y administrativo. El Intendente, cabeza de provincia, fue Jefe de Zona en Estado de Emergencia y Juez Militar, teniendo el poder de ratificar sentencias de muerte dictadas en Consejos de Guerra.

Los servicios de inteligencia de las Fuerzas Armadas y de Orden tuvieron atribuciones muy amplias, inclusive supeditando de hecho, en ocasiones, a las autoridades políticas, especialmente en regiones. En noviembre de 1973 se constituyó "la Comisión DINA", la cual desempeñó un rol relevante en el endurecimiento de la represión.

Mas adelante el Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, señala los distintos métodos y tipos de represión utilizados en este período.

Los métodos de **detención** utilizados fueron:

- Requerimiento de los afectados por bando a presentarse ante la autoridad militar. Al cumplir - los requeridos - con este llamado, se les detenía.
- Búsqueda particular de una persona en su casa o lugar de trabajo, o en la vía pública.
- "Redadas" en zonas rurales y allanamientos en ciudades importantes.

Las detenciones eran efectuadas por patrullas de Carabineros, ayudadas a veces por Investigaciones y civiles. Cuando eran masivas, las efectuaban las otras ramas de las Fuerzas Armadas y de Orden. En estos allanamientos o detenciones selectivas no se opuso resistencia.

Los **recintos de detención** fueron los regimientos, las comisarías, los cuarteles de Investigaciones y otros recintos utilizados como campos de concentración, buques y campos deportivos (el Estadio Nacional y el Estadio Chile, entre otros), así como establecimientos educacionales de las Fuerzas Armadas y de Orden. Salvo las comisarías y uno de los campos de prisioneros, los restantes no eran lugares habilitados para recibir prisioneros.

Los **malos tratos y torturas**, en distintos grados y formas, fueron usuales hacia el detenido, tanto en los vehículos de traslado, en las comisarías y al ingresar al lugar definitivo de reclusión.

Los métodos de tortura fueron diversos. Los golpes violentos y continuados hasta producir fracturas y derramamiento de sangre se usaron casi universalmente. También el agravar, hasta constituir tortura, la rigurosidad de la detención.

Durante este período existieron numerosos centros de tortura a lo largo de todo Chile. No en todos los centros de detención se torturó, pero sí en la mayoría.

La Comisión, en conciencia, concluyó que las denuncias recogidas son válidas. Las partes acusadas por ellas no enviaron ninguna réplica que pudiera refutarlas o siquiera atenuarlas. Por otro lado, el conjunto de datos reunidos parece conformar, por su inmenso número y virtual uniformidad, una realidad de tortura indiscutible, que como expiación y enseñanza no se puede dejar en el secreto ni en el olvido.

Muertes y Detenciones: El grueso de las muertes y detenciones seguidas de desaparición fue fruto de actos que se dirigieron contra funcionarios destacados del régimen depuesto, sus más altas autoridades y mandos medios. En la indicación de quiénes eran susceptibles de ser detenidos jugaron algún papel elementos civiles y un número menor de ellos proporcionó elementos para las detenciones, vehículos, lugares de interrogatorio, o participó en las vejaciones.

En cuanto a las motivaciones de los agentes del Estado para causar la muerte o la desaparición, el Informe señala:

- a) Ejecuciones selectivas de carácter político: afectaron especialmente a las autoridades nacionales y locales del régimen depuesto y a los líderes y militantes más activos de los partidos que lo sustentaban.
- b) Ejecuciones de personas simpatizantes del gobierno depuesto, muchas veces sin militancia política y generalmente de sectores modestos.

Se utilizó como justificación de ambas el llamado “Plan Z” (supuesto plan de exterminio de opositores al gobierno de la Unidad Popular, del cual nunca hubo pruebas efectivas), que creó un ambiente de venganza política que facilitó las ejecuciones, al permitirle a sus autores actuar en el convencimiento de estar salvando la vida de mucha gente.

- c) Ejecuciones selectivas de pretendidos delincuentes.
- d) Muertes perpetradas por agentes del Estado, haciendo uso innecesario o excesivo de la fuerza.
- e) Ejecuciones selectivas por venganza personal.

En relación con **los procedimientos empleados**, se mencionan los que siguen:

- a) Consejos de Guerra: La Comisión concluyó que, que en algunos casos, los Consejos de Guerra, presumiblemente, nunca se efectuaron y no fue más que el modo de explicar una ejecución ilegal. En otros, los Consejos de Guerra se efectuaron sin sujeción a la legalidad vigente, y en ninguno de aquellos en que se condenó y ejecutó a alguien se respetaron las reglas más elementales de un debido proceso. La Comisión consideró que las muertes de los Consejos de Guerra constituyeron gravísimas violaciones de derechos humanos.
- b) Ejecuciones al margen de todo proceso: Por lo general, las muertes de este tipo fueron de personas detenidas y se practicaban en lugares apartados y de noche. Algunos de los fusilamientos fueron fulminantes y se efectuaron al momento de la detención. Los métodos de ejecución fueron variados: uno o dos tiros en el cráneo, acribillamiento, baleo por la espalda, uso de arma blanca, entre otros.
- c) La Comisión se vio en la necesidad de dejar constancia de que la muerte fue muchas veces precedida de torturas y ensañamientos que no buscaban más objetivo que agravar el sufrimiento de las personas. Se dieron casos en que se mutiló previamente a las víctimas o posteriormente a los cadáveres. Estas ejecuciones fueron habitualmente explicadas por las autoridades como producto de la “Ley de Fuga” o de “enfrentamientos”.
- d) Las muertes por tortura: Algunas personas no resistieron la aplicación de tortura y murieron en medio de ella. Por ello las muertes por torturas pueden considerarse simplemente como una forma de ejecución.

En este período la negación y ocultamiento de los ejecutados o detenidos desaparecidos era un proceder anárquico e irracional. Esto se expresó en la tendencia a no entregar los cadáveres, ocultándolos de distintas maneras en fosas clandestinas o piques de minas, arrojándolos a ríos o al mar, o dinamitándolos.

La disposición de los cadáveres constituyó una primera demostración del maltrato que se dio a las familias de los detenidos. Las prácticas que siguen se reiteraron sistemáticamente:

- Negación a la familia del hecho de la detención.
- Ocultamiento de la muerte del detenido.
- Destrucción o robo de objetos y muebles en los allanamientos.
- Extorsiones a las familias bajo falsas promesas de libertad del detenido.
- Entrega del cadáver en una urna sellada.
- Orden perentoria de dejar la ciudad o pueblo.

El poder central se hizo sentir fuertemente en el mes de Octubre de 1973, especialmente en aquellas zonas en las cuales se estimó que se había actuado con “mano blanda”. Este endurecimiento coincidiría con el inicio de las acciones de la llamada “Comisión DINA”, la cual se constituyó como tal en Noviembre de 1973.

En el contexto de la violenta acción represiva e intimidatoria de los primeros meses del régimen militar, se cometieron también numerosos homicidios que no afectaron específicamente a opositores del nuevo régimen. Se trató de muertes de transeúntes desarmados que instintivamente huían de la fuerza pública; de personas que sólo infringían el toque de queda, sin otra señal de peligrosidad; de personas que eran sorprendidas cometiendo un delito, pero que no oponían resistencia armada; o simplemente de homicidios por abuso de poder cometidos por agentes de seguridad del estado por razones particulares o por prepotencia o irresponsabilidad.

Reacciones de la Sociedad Chilena:

Esta situación no produjo en Chile, en esta primera época, prácticamente ninguna reacción crítica de carácter público, excepto de parte de las iglesias, especialmente de la Iglesia Católica.

La ausencia de reacción del cuerpo social puede atribuirse al temor, la sorpresa, el desconocimiento de lo que estaba sucediendo y las insuficiencias de que adolecía nuestra cultura nacional en torno al tema de los derechos humanos.

A medida que los hechos comenzaron a conocerse, vastos sectores de opinión permitieron, toleraron e incluso avalaron las violaciones a los derechos humanos de personas sindicadas como pertenecientes o simpatizantes de la Unidad Popular, justificando su actitud en hechos o actos supuestamente cometidos o por cometer por dichas personas.

No prevaleció en nuestra patria la convicción profunda de que toda persona debe ser respetada en sus derechos humanos, en especial aquellos más esenciales, cualquiera sea el cargo que se le impute o el daño que supuestamente haya causado.

Al interior del nuevo gobierno no surgió una autocrítica capaz de encauzar el comportamiento de las nuevas autoridades de forma de asegurar el respeto de los derechos humanos de los vencidos.

La Iglesia Católica se manifestó en dos frentes: en el ámbito magisterial, a través de diferentes declaraciones del Comité Permanente del Episcopado, y en la labor concreta de socorro y amparo en favor de las víctimas. Para ello formó parte del Comité de Cooperación para la Paz en Chile, junto con las Iglesias Evangélica Luterana, Evangélica Metodista, Ortodoxa, Pentecostal y la Comunidad Hebrea de Chile; y de la Comisión Nacional de Refugiados, también de carácter Ecuménico.

Una de las primeras medidas adoptadas por el gobierno fue establecer un control absoluto de los medios de comunicación, los que fueron clausurados y desarticulados o sometidos a una estricta censura previa.

Los partidos políticos de izquierda fueron considerados asociaciones ilícitas por Decreto Ley. Por ello, estos partidos no pudieron tener una reacción orgánica frente a lo que sucedía. El resto de los partidos fue decretado en receso.

Los familiares y víctimas de violaciones a los derechos humanos se vieron impedidos de organizarse y coordinar esfuerzos en favor de sus seres queridos durante este período.

b) Fase Segunda: Enero 1974 - Agosto 1977:

En este período se conforma oficialmente la Dirección de Inteligencia Nacional (DINA), organización de seguridad que principalmente aplicó el método de la desaparición forzada de personas. Importante es destacar, que en este período, las desapariciones de personas respondieron a un patrón de planificación previa y coordinación central que revelan, en su conjunto, una voluntad de exterminio de determinadas categorías de personas: aquellas a quienes se atribuía un alto grado de peligrosidad política.

La DINA nació como un organismo de inteligencia del Estado, creado por la Junta de Gobierno para combatir la existencia de fuerzas políticas derrotadas, pero con el potencial de reorganizarse tanto en la clandestinidad como fuera de Chile.

Aunque no se puede afirmar que la DINA fue expresamente creada con fines de represión ilícita, en los hechos fue una organización ilícita. Entre otras funciones más vastas de inteligencia, la DINA se ocupó de reprimir a quienes percibía como enemigos políticos.

Otro organismo que funcionó para la represión política fue el llamado "Comando Conjunto", que operó desde fines de 1974 hasta fines de 1976, principalmente en Santiago. Esta fue una agrupación de inteligencia y represión política en la que tuvieron predominio efectivos de la Fuerza Aérea.

También actuaron en este período los servicios de inteligencia de las distintas ramas de las Fuerzas Armadas y de Carabineros. Antes de la aparición del Comando Conjunto, operó el Servicio de Inteligencia de la Fuerza Aérea (SIFA), más tarde llamada Dirección de Inteligencia de la Fuerza Aérea (DIFA), el servicio de Inteligencia de Carabineros (SICAR) y el Servicio de Inteligencia Naval (SIN).

La DINA, en su estructura operativa y de mando, suponía la participación de numeroso personal civil, los mandos y la mayor parte del personal y de los equipos operativos provenían de las Fuerzas Armadas y de Orden. También contó con la colaboración de personas que trabajaban en reparticiones y empresas del Estado, tanto en Chile como en el exterior. Además, contó con el servicio de profesionales, especialmente médicos, tanto para la atención de su personal, como para la asistencia a sesiones de tortura para evaluar la capacidad del detenido de soportar el tormento.

El llamado Comando Conjunto, fue una agrupación de hecho. Estaba integrado principalmente por agentes de la Dirección de Inteligencia de la Fuerza Aérea, la Dirección de Inteligencia de Carabineros, agentes del Servicio de Inteligencia Naval y en menor grado agentes de la Dirección de Inteligencia del Ejército. También participaron miembros de la Policía de Investigaciones y civiles provenientes de grupos nacionalistas de extrema derecha.

Estas organizaciones mantenían **recintos de detención y tortura** en forma separada. En los cuales mantenían detenidas a las personas resultantes de las acciones de represión política. En esta categoría, existían lugares secretos de detención y tortura; lugares de detención donde no se torturaba; campamento de detenidos donde se detenían a las personas por disposición del Poder Ejecutivo; y cárceles y penitenciarías, lugares en los cuales se mantenía a personas sometidas a proceso o condenas.

Los recintos de detención fueron numerosos. Siendo la DINA la que mantenía la mayor cantidad, básicamente en Santiago, entre los que destacan: Cuatro Alamos, Londres 38, Villa Grimaldi, entre otros.

En este período, dada la gran cantidad de personas condenadas por supuestos delitos políticos, el gobierno creó diversos campos de concentración a lo largo del país. Las inhóspitas condiciones de los lugares y el duro trato recibido en ellos, provocaron grandes sufrimientos en las miles de personas que injustamente fueron allí recluidas. Los últimos se cerraron en 1976. Las víctimas de **muerte o desaparición** de este período se pueden agrupar y caracterizar del siguiente modo:

- Víctimas de uso indebido de la fuerza o de abuso de poder sin motivaciones políticas por parte de agentes del Estado.
- Mapuches y campesinos que fueron muertos o sufrieron desaparición forzada como resultado de acciones represivas.
- Víctimas con prontuario criminal que las sindicaba como delincuentes habituales. Otros agentes del Estado y no de la DINA parecen haber sido responsables de estos crímenes.
- La gran mayoría de las víctimas de este período eran militantes de izquierda que desaparecieron luego de su detención.
- Casos de agentes que fueron asesinados o hechos desaparecer por los propios servicios de seguridad, por la sospecha de que fueran “blandos” o “traidores”.

- Con respecto a la militancia política, la gran mayoría de ellas pertenecían al Partido Socialista, al MIR y al Partido Comunista.
- Entre los detenidos desaparecidos del MIR, la gran mayoría eran jóvenes estudiantes, e incluso, en elevado porcentaje, profesionales universitarios y técnicos.
- Los desaparecidos del Partido Socialista tenían una composición étnica y social más heterogénea, aunque había entre ellos también muchos jóvenes.
- La mayoría de los militantes del Partido Comunista detenidos desaparecidos pertenecían a los órganos directivos de este partido en la clandestinidad o eran ex dirigentes sindicales. Su edad promedio era más elevada que la de las víctimas de otros partidos.
- Entre las personas desaparecidas de este período hubo también muchas mujeres, nueve de las cuales estaban embarazadas y no se ha logrado saber si alguna de las criaturas nació y, de ser así, cuál fue su suerte.

El Informe señala que el empleo de la práctica de las desapariciones forzadas, tendría un doble objetivo: matar y ocultar. Este método permitía que el Estado y los propios servicios de seguridad eludieran su responsabilidad de los hechos. Se buscaba eludir las acciones judiciales y otras presiones e incomprenciones que se habrían generado en la opinión pública en Chile y en el extranjero, e incluso entre miembros de las propias Fuerzas Armadas.

Los métodos represivos:

En esta fase la aprehensión o detención de personas, por los servicios de seguridad, fue evolucionando de modo tal que facilitase el ocultamiento de los hechos, o sea, la presencia de testigos. Con el tiempo la DINA fue sofisticando la forma de detención, con un trabajo previo a la detención de la persona: estudio de sus hábitos y selección cuidadosa del modo, hora y lugar en el que se le detenía. Utilizando métodos de interceptación de comunicaciones privadas.

El Comando Conjunto no tuvo los mismos cuidados, lo que permitió el conocimiento no sólo de los hechos, sino también de las identidades de los aprehensores.

Los detenidos eran llevados a recintos secretos donde eran sistemáticamente torturados.

También existían los denominados tratos crueles o inhumanos y degradantes. Estos tenían por objetivo, no la búsqueda de información propiamente tal, sino el fin de castigar o amedrentar al detenido. Por eso fueron también una expresión de crueldad o de las bajas pasiones de los agentes o guardias.

Respecto a las ejecuciones, la mayoría de los detenidos desaparecidos fueron sacados de los recintos secretos donde se les mantenía, para ser ejecutados cerca del lugar donde se enterrarían o arrojarían sus cadáveres.

Muchas ejecuciones fueron precedidas de burlas y malos tratos y se practicaron generalmente con disparos de metralleta con silenciador o de armas cortas.

Otras ejecuciones fueron practicadas en los mismos recintos de detención; en la calle, disparándoles por la espalda y en el extranjero con el uso de bombas.

También se practicó un tipo de ejecución que consistía en llevar a los detenidos dormidos o semi - dormidos, a causa de fuertes sedantes, en un helicóptero que sobre-volaba el mar, desde el cual se les iba arrojando a las aguas, abriéndoles previamente el vientre con un arma blanca para impedir que los cuerpos flotaran.

Las disposiciones de los cadáveres tuvieron diferentes modalidades: por lo general fueron enterrados clandestinamente, arrojados al mar o a un río. En otros casos se dejó el cadáver botado en la vía pública o incluso se lo llevó al Instituto Médico Legal. También hubo casos de personas que fueron sepultadas en un cementerio como N N, e incluso en contados casos se le hizo entrega del cadáver a las familias.

Se emplearon **múltiples métodos de ocultamiento** de lo ocurrido con las víctimas:

- Ocultamiento ante la familia de los detenidos. Para ello se utilizaron identidades falsas en la aprehensión y/o la falta de testigos en la detención. Luego las autoridades negaban sistemáticamente el hecho ante las familias o les entregaban información falsa. No existían nóminas de detenidos.
- Ocultamiento ante distintas autoridades nacionales o extranjeras. Con ocasión de presentación de recursos de amparos y de otras acciones legales, las autoridades negaron los hechos a los tribunales correspondientes. A nivel internacional, el gobierno negó la detención o entregó versiones patentemente falsas ante los organismos de Naciones Unidas o ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Desinformación ante la opinión pública. Esta se atribuye a las limitaciones sobre la libertad de prensa. Además la DINA se ocupó de montar operaciones de desinformación.

Reacciones de la Sociedad Chilena:

En esta fase empezó a surgir una progresiva reacción de los diversos sectores sociales en defensa de los derechos humanos, a medida que se conocían los casos de violaciones.

Se inició un lento renacer del tramado social solidario, que se constituyó en la plataforma desde la cual la sociedad en su conjunto pudo reaccionar.

No se observó en este período ninguna crítica constitucional de importancia al interior del régimen, en relación con el problema de los derechos humanos.

La Iglesia Católica mantuvo, al igual que en la fase anterior, los dos frentes: el magisterial y el de la labor de acción concreta de socorro y amparo.

En la labor ecuménica de socorro y amparo actuó fundamentalmente el Comité pro Paz, el que tuvo que intensificar su acción, por la cual el gobierno detuvo a algunos de sus funcionarios, entre Septiembre y Noviembre de 1975. Finalmente el 31 de Diciembre de 1975 se disuelve.

El 1 de Enero de 1976, la Iglesia Católica creó la Vicaría de la Solidaridad, con objetivos análogos a los contemplados por el Comité pro Paz.

En 1975 nace la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC) como una institución de carácter ecuménico, con la finalidad de prestar apoyo a los presos condenados. Luego amplía su labor a la asistencia a los presos políticos y sus familiares.

En general, los medios de comunicación mantuvieron en este período una actitud tolerante con las violaciones de derechos humanos y se abstuvieron de emplear su influencia en procurar que ellas no continuaran cometiéndose. El mecanismo más utilizado fue el de la autocensura, también se mantuvieron medidas como la censura previa o el retiro de ejemplares en circulación pública. Al final de este período nacieron publicaciones críticas a la gestión del régimen militar (HOY, APSI, SOLIDARIDAD).

Los partidos políticos mantuvieron las características esenciales del período anterior.

La actitud de los profesionales y de sus organizaciones gremiales mantuvieron básicamente las mismas reacciones que en el período anterior.

Durante este período, surgen las organizaciones de familiares de las víctimas. Siendo el primer grupo que se formó la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, a fines de 1974. Esta fue una de las primeras organizaciones de su clase en América Latina y sus experiencias y métodos de protesta sirvieron de ejemplo a grupos similares en Chile y otros países.

La reacción a nivel internacional, se caracterizó por la acogida que brindaron numerosos países a los exiliados chilenos, siendo acogidos en calidad de refugiados. Durante este período se deterioró la relación con numerosos países como consecuencia del problema de derechos humanos en Chile.

c) Fase Tercera: Septiembre 1977 - Marzo 1990.

A diferencia de los períodos anteriores, que mantuvieron características similares relativamente homogéneas, éste tuvo distintas etapas y mostró gran variación en el número y el método de las violaciones a los derechos humanos con resultado de muerte, así como en las acciones de resistencia armada que surgieron de grupos opositores al régimen militar.

Se pueden señalar las siguientes etapas e hitos del período:

- En agosto de 1977 se creó la Central Nacional de Informaciones (CNI), que mantuvo prácticamente el mismo diseño que tenía la DINA.
- Entre noviembre de 1977 y mediados de 1980, la CNI se orientó más hacia las tareas de inteligencia política que de represión.
- A partir de 1979 y más sistemáticamente de 1980, el MIR inició su operación de retorno, que suponía el ingreso clandestino al país de sus militantes, para sumarse a la preparación de una lucha armada en contra del gobierno militar. Posteriormente se organizó el Frente Patriótico Manuel Rodríguez (FPMR) y más tarde el "Grupo Lautaro".
- A partir de mediados de 1980 y por el resto del período, la CNI desarrolló una actividad represiva mucho más intensa.
- A partir de 1983 y hasta 1985, se sucedieron en el país una serie de jornadas de protesta y manifestaciones públicas.
- Entre los años 1978 y 1981, hubo algunos casos de desapariciones, que no tuvieron carácter sistemático y no fueron de responsabilidad de la CNI. A partir de 1981, se efectuó un número de desapariciones aplicadas de manera selectiva y con métodos distintos a los períodos anteriores, que fueron de responsabilidad de la CNI.

Organismos de inteligencia que actuaron en la represión en este período:

- a) La CNI: este fue el principal organismo del Estado a cargo de la represión política y la contrainsurgencia durante este período. La CNI dejó de existir legalmente en febrero de 1990. La mayor diferencia con la DINA fue que dependía jerárquicamente del Ministerio del Interior, y que tuvo una nueva función genérica, la de mantener la institucionalidad vigente. La CNI, exceptuando el período de 1978 a 1980, cometió sistemáticamente acciones ilícitas en el cumplimiento de las acciones que le fueron encomendadas. Para adecuarse a la nueva realidad, la CNI organizó completos equipos para seguimiento, represión e infiltración de las organizaciones político-militares como el FPMR y el MIR. Se presume que creó organismos como el Comando 11 de Septiembre y el ACHA (Acción Chilena Anticomunista), para encubrir sus actividades o las de personas que actuaban a su servicio. Tuvo un papel relevante en el intento de creación de organizaciones políticas o sindicales de apoyo al gobierno militar. Para desarrollar todas estas acciones, la CNI contó con la certeza absoluta de la impunidad.

- b) Comando Vengadores de Mártires (COVEMA): Se crea con el fin de averiguar y detener a los responsables de atentados a personal de la Fuerzas Armadas. Contaba con vehículos y recintos donde mantener detenidos. Actuaba en clandestinidad.
- c) Dirección de Comunicaciones de Carabineros (DICOMCAR). Fue creado en Septiembre de 1983, luego de la disolución del SICAR. Con su establecimiento se perseguía que Carabineros asumiera un rol de mayor envergadura en labores de inteligencia y contrainsurgencia.

Cada uno de estos organismos contaba con recintos de detención y tortura. Algunos de los cuales fueron conocidos debido a procesos judiciales seguidos por la muerte de personas.

Las **víctimas fatales** de este período fueron, a excepción de las ocurridas durante las jornadas de protesta nacional, mucho más selectivamente escogidas que en períodos anteriores. En su gran mayoría fueron miembros del MIR, del FPMR y del Partido Comunista. Las ejecuciones y los otros métodos represivos fueron justificados por el Estado como durezas o necesidades propias de una “guerra irregular” en las que el adversario también las cometía.

Así mismo, fueron víctimas, personas escogidas para vengar un acto de terrorismo u otro atentado, por lo que eran vistas como acciones de represalia o escarmiento.

Los **métodos de represión** utilizados se diferencian de los otros períodos. La diferencia más importante consistió en la doble metodología ocupada por la CNI. Por una parte, se practicaban arrestos que se reconocían y se ponían a los presos implicados a disposición de fiscales militares y, por otra, se cometían violaciones a los derechos humanos que se ocultaban o bien se presentaban, como acciones legítimas de defensa en enfrentamientos.

La **tortura** continuó siendo una práctica sistemática por los diferentes organismos represivos. Las formas de tortura fueron esencialmente los mismos. Existía, sin embargo, una diferencia. La tortura fue más selectiva y no tan indiscriminada como en el período de la DINA.

Las **desapariciones** se siguieron produciendo, aunque en mucho menor grado, y de manera tal que prácticamente no hubo testigos de los hechos.

Las **ejecuciones** se efectuaron de tres formas. En algunos casos se daba efectivamente un enfrentamiento entre las fuerzas que concurrían, sea a detener o a matar a aquellos que eran buscados. En varios de estos casos se dio muerte a los capturados o heridos. En otros casos se trataba de una emboscada para matar al militante buscado, la que se hacía pasar por enfrentamiento real. En un menor número de casos se dieron otras formas de ejecución, como el degollamiento, o el secuestro y la ejecución por múltiples disparos en la cabeza.

Los cadáveres de las personas muertas en enfrentamientos reales o falsos, eran entregados por lo general a sus familiares. Los cuerpos de los ejecutados se arrojaban en predios o a la vera de un camino. En relación con los detenidos desaparecidos, no se tiene información del destino de sus restos.

Muchas muertes se produjeron en el contexto de la represión de manifestaciones políticas colectivas de distinta índole. Este tipo de acciones se comenzaron a desarrollar a partir de 1983 y los casos fatales se concentraron en su mayoría entre los años 1983 y 1985, en las Jornadas de Protesta Nacional.

Durante las Jornadas de Protesta Nacional se dieron diversas manifestaciones que supusieron diferentes grados de alteración del orden público y en ocasiones actos de violencia política; con un grado de mayor o menor fuerza, según los casos, se destacan:

- Los enfrentamientos con la fuerza pública, en el centro de la ciudad y especialmente en sectores periféricos.
- El levantamiento de barricadas y fogatas con neumáticos encendidos que tenían por objeto impedir el paso de las fuerzas policiales.
- Cortes de luz parciales o que afectaban a varias regiones durante largo tiempo.
- Actos de sabotaje contra diversos objetivos vinculados con la autoridad.

El gobierno se mostró en todo momento decidido a impedir que las manifestaciones políticas afectaran su estabilidad o alteraran su itinerario constitucional. Para ello tomó varias medidas, entre las que cabe destacar:

- Recurrió a los estados de excepción constitucionales, siendo el más utilizado el estado de Peligro de Perturbación de la Paz Interior. También se empleó el Estado de Emergencia y el Estado de Sitio.
- Requerimientos contra dirigentes sindicales y políticos que convocaban a las jornadas de movilización.
- Restricciones a la libertad de información.
- Detenciones de dirigentes sociales y políticos a los cuales se les aplicaban medidas administrativas, como la relegación y la expulsión del país.
- Allanamientos masivos de poblaciones.
- Allanamientos de locales de movimientos políticos y de trabajadores.

Pero lo más grave fue el diseño represivo de las protestas mismas que consistió en el empleo de una violencia excesiva por parte de Carabineros y el Ejército y la utilización de civiles no identificados que desde automóviles y al amparo de la noche disparaban indiscriminadamente contra quienes protestaban - particularmente en barrios populares - dejando un gran número de víctimas fatales.

En este período hubo fundamentalmente dos tipos de víctimas del empleo de la violencia insurreccional: personas que se encontraban en lugares que fueron víctimas de atentados terroristas y que eran totalmente ajenas a la situación que las afectó; y miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Organismos de Seguridad.

Reacciones de la Sociedad Chilena

Las reacciones durante este período se pueden subdividir en dos etapas:

A) Septiembre de 1977 a Mayo de 1983:

Debido a la disolución de la DINA, el reemplazo del Estado de Sitio por el Estado de Emergencia y otros hechos de significación en el tema de los derechos humanos, se abrieron de hecho algunos espacios que permitieron que el cuerpo social comenzara a reaccionar de forma más orgánica y efectiva frente a las violaciones de los derechos humanos y en general frente al régimen militar.

La oposición al régimen se canalizó, a partir de este período y hasta su término, fundamentalmente en dos posiciones distintas y contrapuestas entre sí. La vía que aceptó todas las formas de lucha para enfrentar al régimen militar y la vía pacífica.

No se observó en este sub - período una reacción significativa del cuerpo social que mostrara una disposición abiertamente solidaria con los afectados de las violaciones, manteniéndose más bien una actitud indiferente o de incredulidad, no obstante una progresiva, aunque lenta, toma de conciencia sobre el tema.

Desde el régimen se mantiene una postura similar a la de períodos anteriores. Lo que se traduce que en abril de 1978 se dictó el decreto Ley de Amnistía, el cual reflejó en gran medida la posición del gobierno de dar por superada la etapa considerada como de "guerra civil" y de enfrentamiento a la subversión, otorgando plena impunidad respecto a las violaciones a los derechos humanos cometidas hasta la fecha.

Las iglesias, especialmente la Católica, continuaron desarrollando su acción de defensa de los derechos humanos en tres frentes: la labor magisterial, expresada en declaraciones, cartas y mensajes del Comité Permanente del Episcopado y de los Obispos. La acción concreta de socorro y amparo, en que destacó el trabajo de la Vicaría de la Solidaridad especialmente las acciones que llevaron al primer descubrimiento de fosas masivas de restos de personas detenidas desaparecidas en la localidad de Lonquén. Y el trabajo de la Comisión Nacional de Justicia y Paz que tuvo, entre otros objetivos, el análisis de la coyuntura nacional y la preparación para los Obispos de documentos que le sirvieron de base para la acción magisterial.

La autocensura se transformó en un hábito del cual resultó difícil desembarazarse, a pesar de los crecientes espacios de libertad de información. En este período se consolidaron diversos semanarios independientes que efectuaron una permanente labor de denuncia, aunque recibieron constantes amedrentamientos, persecuciones y querellas judiciales por parte del gobierno, en represalia por su labor.

Aunque persistía el hecho de que los partidos políticos no tenían existencia legal, éstos alcanzaron una mayor organización, lo que permitió expresar en forma

pública sus respectivas opiniones sobre el tema de las violaciones de los derechos humanos en Chile.

No existió una reacción conjunta de diversos Colegios Profesionales a las violaciones de los derechos humanos, sino reacciones de carácter individual. En Febrero de 1981 se dictó el Decreto Ley 3.621 que derogó expresamente las disposiciones legales que facultaban a los Colegios Profesionales para conocer y sancionar las infracciones a la ética profesional de sus miembros. Y transformó a dichos Colegios en meras agrupaciones gremiales, suprimiendo el requisito de afiliación a un Colegio para ejercer la respectiva profesión.

Durante este período se consolidan las agrupaciones de familiares de los afectados. Se incorpora a ella la Agrupación de Familiares de Ejecutados Políticos.

También en este período nacen nuevos organismos de derechos humanos, entre los que destacan: El Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ), La Comisión Nacional Pro Derechos Juveniles (CODEJU), La Comisión Chilena de Derechos Humanos, la Sección Chilena de Amnistía Internacional, la Fundación para la Protección de la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia (PIDEE), el Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU) y la Comisión Nacional Contra la Tortura.

Persistió una actitud muy crítica de la comunidad internacional al gobierno chileno por sus violaciones de los derechos humanos.

B) Mayo de 1983 a Marzo de 1990:

Se mantuvieron, como en la sub-fase anterior, las dos opciones con respecto a cómo oponerse al régimen militar.

La oposición pacífica fue alcanzando una creciente organización en este período, a través de la reorganización de los partidos políticos; la reorganización de entidades gremiales; la creación de alianzas multipartidarias y multigremiales; y la celebración de acuerdos con gran capacidad de convocatoria. Este proceso culminó con el triunfo de la opción NO en el plebiscito del 5 de Octubre de 1988 y con la elección presidencial de 1989, ocupando un lugar preponderante en ambos eventos el tema de los derechos humanos.

La vigencia del régimen transitorio que establecía la Constitución Política de 1980, el mayor conocimiento de lo ocurrido en materia de derechos humanos y el fortalecimiento de la oposición llevó al gobierno a adoptar medidas que disminuyeron las vulneraciones de los derechos humanos. Con todo, subsistieron graves y sistemáticas acciones violadoras de estos derechos.

La Iglesia Católica mantuvo su preocupación por la promoción y defensa de los derechos humanos y continuó su labor magisterial y de acciones concretas.

Durante este sub-período la Vicaría de la Solidaridad sufre de acoso permanente por parte del gobierno, el que se expresa en: expulsión del vicario, se inicia un proceso en una Fiscalía Militar contra sus funcionarios, degollan a uno de sus funcionarios, y en 1989 se pretende incautar sus fichas de atención, lo cual no logran.

En este período se dicta por Decreto Ley que los medios de comunicación no podían informar u opinar, mientras subsistiera el Estado de Emergencia, sobre las conductas descritas como delitos terroristas o sobre actividades de índole político - partidista. Cabe destacar que durante este período continuó extendiéndose una ampliación de los márgenes dentro de los que se ejercitaba el derecho a la libertad de expresión.

Se mantuvo la prohibición de realizar toda actividad política - partidista hasta el dictamen de la Ley Orgánica Constitucional sobre Partidos Políticos, que ocurrió en marzo de 1997.

La recuperación del carácter democrático de distintos Colegios Profesionales durante este período, llevó a éstos a preocuparse y a denunciar cada vez más las violaciones a los derechos humanos cometidas en Chile.

Se mantuvo la actividad de todas las organizaciones de derechos humanos y agrupaciones de víctimas. En este período nace el Movimiento Contra la Tortura Sebastián Acevedo (septiembre de 1983), que cumplió un importante rol de denuncia pública de las violaciones a los derechos humanos.

Se mantuvieron las mismas medidas adoptadas anteriormente por la comunidad internacional, emitiéndose informes y resoluciones anuales, tanto de parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

II. ACERCA DE LA POBLACION AFECTADA

La represión sistemática ha generado diversos efectos en la salud de las personas, familias y comunidad. A continuación se revisan las diferentes experiencias represivas, sus efectos en la persona y la familia. También se revisan los cuadros clínicos provocados por estos efectos.

2.1 EXPERIENCIAS TRAUMATICAS

Los acontecimientos estresantes se pueden dividir en cuatro categorías: Represión directa, Represión indirecta, Marginación social, Marginación individual.

- a) Represión Directa: Entre los instrumentos más importantes de la represión directa se incluyen los siguientes:

1. Arrestos - detenciones.
2. Relegación
3. Exilio.
4. Persecución política (clandestinidad).
5. Intimidaciones - amedrentamiento.
6. Encarcelamiento arbitrario.
7. Detención en campos de concentración.
8. Tortura.
9. Desaparición de los prisioneros.
10. Ejecuciones.
11. Asesinatos de opositores bajo justificaciones falsas.
12. Muerte durante la tortura.

- b) Represión Indirecta: entre los instrumentos de represión indirecta se encuentran la privación de alimento, de vivienda y cuidado de la salud, despido del trabajo, distorsión de los hechos y manipulación de la información.
- c) Marginación Social: describe el proceso mediante el cual, la gente es privada de su poder social y político. Es el proceso que lleva a las personas y grupos familiares a ser excluidos de la producción económica, del goce de los beneficios sociales y servicios (como planes de jubilación, salud, y servicios educacionales), de la participación en asociaciones sociales, laborales y comunales y, como resultado, haber perdido influencia en toma de decisiones.
- d) Marginación Individual: Describe el proceso en el cual la gente, como consecuencia de las estrategias represivas, experimenta la pérdida de destrezas y conocimientos, y por ende una disminución de integridad cultural. El proceso mediante el cual los individuos experimentan una pérdida por la falta de utilización de sus capacidades y/o por el deterioro y limitación en la adquisición del conocimiento e intereses culturales, y una erosión progresiva de la autoestima. En muchas instancias la marginación individual deriva en trastornos psicológicos.

Debido a su naturaleza y complejidad es necesario detenerse en algunas de las situaciones traumáticas específicas, para conocer su definición y/o conceptualización:

1. AMEDRENTAMIENTO: Se define como un conjunto de técnicas y acciones planificadamente llevadas a cabo por el Poder, con el objetivo político de alcanzar un estado de ánimo (miedo colectivo) que inmovilice a la población. El principal medio utilizado es la creación y manipulación de situaciones y estados de temor, angustia y miedo. El objetivo final es el inmovilismo social y político.
2. TORTURA: Es definido como el procedimiento que acompaña el interrogatorio de las personas detenidas y que consiste en producir dolor físico o psicológico intenso. Se intenta debilitar a la persona para obtener de ella información o bien destruirla en su integridad moral, física o psicológica, sometiéndola a una experiencia límite.

Desde el punto de vista psicológico se analiza como una situación de doble vínculo, la persona se enfrenta a una opción imposible; exponerse y tratar de resistir un dolor intolerable, o bien claudicar y someterse sin defensa alguna, respondiendo a los requerimientos del torturador.

Constituye una experiencia altamente traumática, muy difícil de comunicar y compartir con otro, cuyas consecuencias se prolongan trascendiendo el ámbito individual, dañando la relación de pareja, familiar y otras formas de interacción social. Frecuentemente deriva en situaciones de aislamiento social.

Según los estudios sobre el tema de la tortura, se definen once objetivos principales de ella. Este listado no pretende ser exhaustivo, y no solamente refleja la situación de Chile sino también la de otros países latinoamericanos.

- a) Obtener información para un proceso judicial (información).
- b) Obtener información para usarla en operaciones inmediatas o posteriores en la "guerra".
- c) Obtener información sobre el enemigo (tipo de gente, hábitos, métodos de trabajo, idioma, organización, etc.).
- d) Obtener una confesión (esto significa "extraer" una confesión, obtenerla bajo presión).
- e) Neutralizar: producir paralización social y política:
 - del mismo detenido
 - de los grupos a los que él o ella pertenecen: el grupo político, el grupo social, el grupo familiar.
 - del sector social al cual pertenecen.
 - de la población opositora en general.
- f) Obtener colaboración inmediata y/o permanente: transformar al detenido en colaborador.
- g) Destruir, quebrar al detenido.
- h) Castigar al detenido.
- i) Castigar a través del detenido a los grupos a los que pertenece.
- j) En segunda instancia, o más tarde, la detención y el confinamiento (en todas sus formas y especialmente el aislamiento), pueden ser usados para provocar desconfianza y ruptura en los grupos a los que pertenece el detenido.
- k) La situación y la información recogida, fueron usadas para manipular a la población, a través de los medios de comunicación que son controlados por la autoridad que detenta el poder y que a su vez dan una versión distorsionada de lo que ha sucedido.

Existen varias clasificaciones de los métodos de tortura utilizados por la represión política en Chile. A continuación reproducimos la clasificación realizada por Rojas en 1981:

1. Predominantemente corporales: estas técnicas agreden el cuerpo humano a través del dolor y el agotamiento. Los principales entre éstos son los golpes que generalmente son dirigidos hacia cierta parte del cuerpo, y también golpes constantes; electricidad que puede ser aplicada en forma generalizada (la parrilla, cierto tipo de sillas eléctricas) o en forma específica con electrodos puestos en las partes más sensibles: los genitales, las orejas, la lengua.
2. Predominantemente biológicos: privación de comida y agua, obligación de comer inmundicias, asfixia, impedir las funciones fisiológicas, impedir el sueño.
3. Predominantemente sexual: insultos sexuales y violación. Estas agresiones se practicaban contra el prisionero, su esposa u otros familiares.

Entre los métodos de tortura sexual se enumeran: violación por un hombre, una mujer, o un animal, violación oral o anal, violaciones individuales o colectivas, violaciones privadas o en público, introducción de objetos o de animales en la vagina, obligación de hacer actos sexuales privado o en público, dejarlo en aislamiento con lesbianas u homosexuales, manoseos y otros tipos de humillación sexual.

El uso de la sexualidad parece ser una parte intrínseca de la guerra psicológica. Es uno de los medios más efectivos de adulterar los sentimientos propios debido a la sensación especial de “complicidad” que puede provocar este tipo de tortura: el detenido es forzado a participar en la agresión contra sí mismo. Los efectos traumatizantes de este tipo de tortura moral, presumiblemente sólo pueden ser sobrepasados por el quiebre moral y psicológico del detenido, que es forzado a colaborar con el aparato represivo, de una u otra forma.

Uno de los hechos más traumatizantes y perturbadores de la tortura sexual, es la experiencia de confusión que provoca el estar simultáneamente sometido a experiencias de agresión y horror asociadas a sensaciones eróticas y aún placenteras inevitables. Los efectos a largo plazo involucran intensas vivencias de culpa y diversas manifestaciones de inhibición o disfunción en torno a la sexualidad y las relaciones íntimas.

Las consecuencias de este tipo de tortura tienen su grado de diferenciación, según el género del afectado, asociado a las consideraciones sociales y culturales de ello.

4. Predominantemente psicológico:

- vendar los ojos.
- desnudez, insultos, humillaciones.

- obligación de presenciar la tortura o asesinato de un familiar o compañero de reclusión.
- ejecuciones falsas, simulacros de sepultación.
- confinamiento solitario.
- deprivación sensorial.
- aplicación de drogas: pentotal, drogas que producen adicción, neurolépticos, alucinógenos.
- hipnosis.

En general se produce una vigilancia constante sobre los sentimientos, creencias y valores de cada prisionero. Hay interrogadores “buenos” e interrogadores “malos”. Se mantiene una vigilancia específica sobre un prisionero especial. Esto se hace después de una o varias sesiones de interrogación, con o sin tortura específica, hasta que descubren sus lazos emocionales más profundos, valores, debilidades psicológicas o biológicas. Cuando estos “puntos débiles” han sido identificados, escogen la estrategia de tortura específica que van a usar.

3. DESAPARECIMIENTO:

Forma de represión selectiva en la cual, tras una detención con testigos (o sin ellos) las personas fueron drásticamente apartadas de su entorno social y sistemáticamente negadas por la autoridad. La incertidumbre de los familiares, que se prolonga hasta el presente, ha dado lugar a experiencias de vida severamente alteradas, cruzadas por un duelo que no se resuelve. La situación de los familiares de detenidos desaparecidos ha sido descrita como una situación de estrés sostenido, con los efectos consecuentes en la salud física y mental. A esto se suma, el hecho de la impunidad que se ha transformado en una situación de frustración prolongada y de sentimientos de desconfirmación y segregación social, al no ser tratadas en la sociedad como otras situaciones de desaparición o hechos criminales.

4. DETENCION EN CAMPOS DE CONCENTRACION:

Después de ser detenidas muchas personas fueron conducidas a estos campos de concentración, donde permanecieron generalmente por varios meses. Estos lugares no estaban aptos para mantener detenidos, carecían de las condiciones de salubridad e higiene necesarias para ello.

Estos campos, cuyos lugares existen o no en el presente, aún juegan un rol importante en la mente de los ex prisioneros políticos. Muchos de estos lugares aún están bajo el poder de los militares y se ocultan del público, aludiendo a razones de seguridad militar. Puede que las fuerzas militares hayan sacado los alambres de púas, pero aún hay líneas invisibles que mantienen al público general fuera, y en particular a los ex prisioneros. Con esta actitud se dificulta que se conozca la verdad, lo que también impide la rehabilitación pública de los ex prisioneros, y el proceso de recuperación de la Salud Mental cuando esta ha sido afectada.

5. EXONERACION POLITICA:

Se define como la acción de excluir arbitrariamente de su fuente de trabajo, por razones políticas y en contra de la voluntad de la persona. Esta acción represiva se practicó masivamente durante los primeros años del régimen militar. Las personas fueron privadas de sus puestos de trabajo, mediante bandos, por la fuerza, la exclusión o la amenaza inminente de ser dañado en su integridad.

Las personas quedaron marginadas de su quehacer laboral, pero también estigmatizadas, ya que no les era fácil volver a conseguir trabajo por los "antecedentes" que supuestamente involucraba la exoneración. Las personas afectadas no sólo vieron afectadas su estabilidad económica, sino su convivencia familiar y social. Muchos de ellos debieron emplearse en trabajos de menor calificación técnica, o se mantuvieron en inestabilidad laboral por largos años.

2.2. FACTORES ESTRESANTES Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA EXPERIENCIA TRAUMATICA

Se puede entender la aparición de problemas desde el concepto de estresor. En la experiencia represiva los individuos se ven sometidos a multitud de estresores, que requieren de un esfuerzo personal, familiar y social para ser superados y adaptarse a ellos. Estos son de diferentes órdenes: dificultades económicas; disrupción social; separación de la familia; desapariciones de personas; pérdida de estatus social; violencia física o psicológica; desconocimiento del futuro; inseguridad e inestabilidad; riesgo vital propio o de los seres queridos, entre otros.

Frente a estos estresores, existe una serie de mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, más o menos disponibles, que permiten a los individuos enfrentarlos de la manera más adaptativa posible y con el menor impacto adverso para el sujeto. Estos mecanismos ponen en juego los llamados factores protectores, lo que pueden resumirse en cuatro grupos: individuales, familiares, de la red social de apoyo, e ideológicos y valóricos.

1. Factores Protectores Individuales: Se refieren tanto a la capacidad de afrontamiento en el plano conductual, en cuanto a la habilidad para resolver las situaciones problemáticas que se originaron con la represión política, como en el plano emocional en cuanto a la habilidad de amortiguar las reacciones emocionales a través de mecanismos psicológicos de defensa.
2. Factores Protectores Familiares: Tienen que ver con la calidad del apego emocional a las personas más cercanas del sujeto. El apego emocional es la protección primaria frente a los sentimientos de indefensión y falta de sentido, y es imprescindible para la supervivencia biológica en niños y el sentido existencial en adultos. La familia y allegados proveen de una membrana protectora. Este lazo

afectivo permite anticipar, enfrentar e integrar de mejor manera las experiencias traumáticas producidas por la represión.

3. Factores Protectores de la Red Social de Apoyo: La red extiende la membrana protectora y permite manejar las dificultades cuando la familia no está o no es suficiente. Las sociedades disponen de recursos comunitarios para el manejo de situaciones de estrés, y cuando las situaciones son extremas los individuos sacrifican incluso su vida para intentar mantener el mínimo funcionamiento social que garantice la supervivencia del grupo. Estos factores apelan a la identificación y pertenencia social, en los sentimientos de apoyo mutuo y solidaridad. Estos se vieron canalizados y rescatados por las agrupaciones de familiares y afectados, y por las organizaciones de promoción y defensa de los Derechos Humanos.
4. Factores Protectores Ideológicos / Valóricos: Las ideas políticas y las religiones proveen al individuo de un sistema de creencias que evitan que se vea sobrepasado ante situaciones traumáticas. Proveen del sentido vital necesario para afrontar lo espantoso de determinadas realidades, localizando el sufrimiento en otro contexto, al afirmar lo trascendente de éste. Cada sistema de creencias da una solución a lo incontrolable de la vida.

Para la comprensión de las respuestas post-traumáticas es relevante tener en cuenta las características de los estresores:

- Según la distancia del estresor, el afectado puede ser objeto primario del trauma, afectarse a través de la traumatización de una persona muy allegada, o de la traumatización de otros no allegados.
- La frecuencia e intensidad del trauma. La frecuencia de situaciones traumáticas en condiciones de violencia organizada se caracteriza por una repetitiva y sistemática exposición a los estresores de alta intensidad, de los que el afectado no puede huir, generando un temor y una respuesta de supervivencia que se convierten en parte de la vida misma.
- El contexto histórico, económico y cultural de la sociedad en la que se da la situación, y que determina la vivencia del trauma.

2.3. CONCEPTUALIZACION DE LOS EFECTOS DE LA EXPERIENCIA TRAUMATICA

Al intentar sistematizar y conceptualizar el daño producido en la salud de las personas que vivieron situaciones de represión política ejercida por el Estado, nos encontramos con el problema de la nosología y la clasificación psicopatológica. Al revisar la literatura pertinente queda la convicción que no existe una definición y clasificación única que englobe y comprenda la complejidad de los efectos vividos en la persona, en su familia y en el grupo social, menos aún desde el punto de vista de salud física.

Por un lado, se encuentran posturas que intentan clasificar en un estrecho marco psico-bio-médico, y por otro, posturas que consideran un marco más amplio incluyendo el aspecto político, y en ocasiones determinando la vivencia a partir del contexto. Es claro que una postura intermedia, quizás no resuelva el problema, pero ayuda a comprender de mejor forma lo vivido por los afectados y orienta las intervenciones desde salud.

Cabe destacar que la vivencia del daño fue vivida por los afectados en el ámbito de lo privado. Esto implica, por un lado, vivirlo en el aislamiento, y por otro lado, asociarlo a sentimientos de culpa, como una responsabilidad personal. Sin embargo, lo ocurrido a estas personas tuvo su origen en lo social y político. De aquí, la dificultad de reducirlo a entidades nosológicas únicas. La especificidad de esta psicopatología nueva estaría dada por el gran peso que tiene el factor político en su aparición, factor político que se expresa en la drástica represión policial requerida para imponer algún modelo de desarrollo económico - social (Vidal, 1999).

Con el fin de comprender las reales dimensiones del daño, y poder posteriormente plantear intervenciones terapéuticas de mayor efectividad, se revisan brevemente los siguientes conceptos:

TRAUMA PSICOSOCIAL:

Se refiere a un proceso donde si bien se puede identificar un medio traumatizante implementado desde el orden político, éste ya ha permeado y se ha instalado en las relaciones sociales. Así, las consecuencias de ser parte protagónica de tal medio no tendrían un carácter estático, sino que serían los procesos relacionales mismos que estarían “dañados”. La causa y el efecto se confunden en un proceso que posee o adquiere su propia dinámica. No puede negarse que existen consecuencias que se enquistan en el cuerpo o en la personalidad, pero éstas adquieren sentido dentro de un proceso histórico.

Este concepto sostiene que el impacto de la violencia organizada se observa en la manera de ser y de actuar de la población afectada. Se enfatiza la importancia del carácter dialéctico de la definición, donde la afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, grado de participación en el conflicto, así como por otras características de su personalidad y experiencia.

De lo anterior se desprende que el daño producido a raíz de un contexto socio - político represivo y por ende con características particulares será distinto que un daño sobrevenido, por ejemplo, de catástrofes naturales.

Se destacan dos elementos muy importantes: que el trauma tiene sus raíces en la sociedad y no en el individuo; y el hecho que el trauma por su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e individuales.

El trauma no radica en un momento violento y agudo que irrumpe, sino que se da en un contexto histórico social. Así, la experiencia traumática se cronifica y arraiga cada vez más si la situación social no se modifica.

TRAUMATIZACION EXTREMA:

A partir de una rigurosa revisión histórica y conceptual, Becker, Castillo y Díaz definen Traumatización Extrema como *"un proceso que da cuenta de un tipo de traumatización específica, caracterizada por ocurrir en dependencia de acontecimientos socio-políticos. Es un proceso caracterizado por su intensidad, permanencia en el tiempo y por la interdependencia que se produce entre lo social y lo psicológico"*.

Es un tipo de traumatización específica, que desborda la estructura psíquica de los sujetos y la capacidad de la sociedad de responder adecuadamente a este proceso. Su objetivo es la destrucción del individuo, sus relaciones interpersonales, su conciencia de clan y su pertenencia a la sociedad. La Traumatización Extrema está marcada por una forma de ejercer el poder en la sociedad, donde la estructura sociopolítica se basa en la desestructuración y el exterminio de algunos miembros de esta misma sociedad por otros de sus miembros. El proceso de Traumatización está limitado en el tiempo y se desarrolla en forma secuencial.

En la literatura se ha hablado de la Impunidad como sostenedora del daño y, por ende, que imposibilita la Reparación. Las personas afectadas recaen permanentemente respecto de la sintomatología cada vez que en el escenario público es recapitulado el tema de la Impunidad.

Más interesante aún sería proponer este marco diagnóstico como un metadiagnóstico, sobre el cual se dibuja una serie de diagnósticos descritos en los manuales especializados.

SECUENCIAS TRAUMATICAS:

Propuesta por Keilson, quien introduce la dimensión relativa a la importancia de tomar en consideración el contexto socio-político, describiendo tres etapas por las que atraviesa la persecución política, las que interactúan con los factores individuales en el proceso de traumatización. Demuestra que no sólo continúan las consecuencias de un trauma mucho tiempo después del término de la represión política, sino que el trauma mismo continúa.

Las tres secuencias traumáticas serían partes constitutivas de un proceso único: "situación traumática extrema", al cual pertenecen tanto por sus contenidos

como por su contexto histórico. Estas son unidades discretas conteniendo cada una un número de elementos traumatogénicos propios.

Las tres etapas en la realidad chilena serían, según Del Solar y Piper (1995):

Primera secuencia traumática:

Esta etapa comienza con el golpe militar y culmina en el momento en que ocurre la situación represiva específica. Como situación traumatizante, esta secuencia se caracteriza por el clima de inseguridad generalizada producto de la masificación de la amenaza política a través de los bandos militares, los allanamientos, las detenciones y ejecuciones masivas. Esto generó mucha tensión, angustia e inestabilidad, sumándose a la pérdida de confianza en las capacidades de discriminar la realidad ya que anteriormente se había vivido en una sociedad que otorgaba certezas y seguridades en el contexto social.

Segunda secuencia traumática:

Esta secuencia traumática se inicia en el momento que una situación represiva específica afecta a un sujeto o a una familia y se cierra con el proceso de término del régimen militar. Se caracteriza por la experiencia directa del terror por uno o varios miembros de una familia y por la dedicación de búsqueda y denuncia, quedando las funciones familiares cotidianas supeditadas a las anteriores.

Tercera secuencia traumática:

Esta secuencia comienza al terminar la dictadura, no siendo claro cuando finalizará. Su carácter traumático depende de las características que adquiera la reparación de las víctimas directas. La experiencia de tener promesas de reparación desde la sociedad y que no se concreten, puede llegar a ser más traumático que la experiencia aterradora misma.

En la fase posterior a la dictadura, las víctimas directas siguen esperando que su realidad pueda dejar de ser marginal, que pueda convertirse en la verdad oficial, compartida responsablemente por el conjunto de la sociedad. Si ello no ocurre, las personas afectadas por la represión pasan desde la categoría de enemigos, que tuvieron durante la dictadura, a la categoría de "víctimas enfermas" en la transición a la democracia. Dentro de esta última categoría, en el mejor de los casos, pueden esperar una acogida privatizadora de sus problemas y en el peor de los casos una nueva marginalidad como si fueran portadores de una enfermedad contagiosa.

POLITRAUMATIZACION:

En estudios sobre la población consultante al programa PRAIS (1994), se ha establecido que solamente el 43% de las familias habrían sufrido una experiencia traumática simple, mientras que cerca del 30% fue afectada por 2 experiencias, y un 19% por 3 o más experiencias traumáticas. Es decir, cerca del 57% de las

familias habría sufrido más de una experiencia traumática, en forma sucesiva o al mismo tiempo.

Se define como Politraumatización a los efectos generados por la vivencia de más de una experiencia traumática de tipo represiva, que provoca efectos particulares en la salud de las personas. Haciendo confusa la determinación de qué situación traumática ha influido en mayor intensidad. Observándose cierta tendencia a la cronificación de las reacciones frente a la situación de estrés.

Según estudios internacionales las personas torturadas, también sufrieron otras formas de violencia organizada, y tienden a presentar muchos problemas somáticos, mentales y sociales. Destaca en ellos la presencia de síntomas inespecíficos y confusos, los que con el paso del tiempo tienden a la cronificación.

2.4. EFECTOS BIOPICOSOCIALES ASOCIADOS A EXPERIENCIAS TRAUMATICAS ESPECIFICAS

Las personas reaccionan y se afectan de diversas maneras, aún cuando se vean sometidas a experiencias traumáticas similares. Sin embargo, se han observado algunos efectos particulares a ciertas experiencias traumáticas, los cuales se describen a continuación:

1.- LA EXPERIENCIA DE LA TORTURA:

La tortura, como práctica sistemática, existe en la historia de la humanidad aparentemente desde siempre, pero el estudio de sus efectos en la persona y en el individuo es de reciente data. Rojas (1995) señala que al atender los primeros casos de personas torturadas, los terapeutas se dieron cuenta de dos hechos: el primero, que nunca habían aprendido como tratar esta patología; el segundo, que los conocimientos médicos, neurológicos y psiquiátricos eran absolutamente insuficientes para sanar los trastornos provocados.

Uno de los avances y logros significativos en esta área, es la confección de un Protocolo de Investigación, Evaluación y Denuncia de la Tortura, firmado por alrededor de 40 instituciones que trabajan con personas afectadas por ella, firmado en Estambul en Agosto de 1999.

La experiencia acumulada en el tema, indica que para entender las consecuencias de la tortura y poder tratarlas, no sólo se debe estudiar sus efectos directos, visibles, en las personas que la han sufrido, sino también se debe comprender por qué esa persona la ha padecido, quién era esa persona para sí misma y para los torturadores, cómo la había experimentado y qué partes del todo de esa persona habían quedado más profundamente dañadas, y qué partes de sus recuerdos, de su historia, de su experiencia de vida, de sus creencias y valores le habían ayudado a resistir. Sobre estas partes intactas, a veces fortalecidas, más tarde se puede apoyar el tratamiento.

En suma, para comprender y tratar al torturado, dice Rojas (1995), se debe integrar al torturado y al torturador, a la sociedad civil opositora y al estado militar, en un todo. Se concluye que la interacción entre represor-reprimido no es susceptible de ser desglosada en sus partes sin riesgo de parcializar gravemente la realidad y que sin conocer esta interacción es muy difícil intentar dar una respuesta.

Según Rojas (1995) para comprender y entregar una respuesta al torturado, se debe tener en claro las siguientes premisas:

- El fenómeno de la tortura ha estado siempre presente en la historia de la Humanidad. La tortura ha sido y sigue siendo una práctica humana.
- Esta práctica tiende a desaparecer con el desarrollo de las capacidades y cualidades específicas del hombre, las cuales están íntimamente ligadas a los avances social, político, económico y, sobre todo, cultural y moral de los pueblos.
- La tortura reaparece cuando un sector de la sociedad, habitualmente minoritario, la necesita para mantenerse en el poder, sometiendo mediante ella al resto de la población.

Con todo lo anterior, se entiende que la tortura por su estructura y práctica compromete, desde el punto de vista de los principios y valores de los derechos humanos, tanto a víctimas como a victimarios, si bien las personas directamente afectadas son las que sufren en forma más evidente las consecuencias. Para tratar los problemas derivados de ella, se debe tener un enfoque globalizador, enfoque que sobrepasa el campo de la medicina y de las ciencias de la salud, puesto que la tortura y sus efectos representa un problema antropológico total.

En torno a los efectos de la tortura, el Equipo de Salud Mental de Denuncia, Investigación y Tratamiento del Torturado y su Núcleo Familiar (DITT), señala:

- La persona torturada no solo sufre dolor físico, sino se compromete también el ámbito de los afectos, de los valores, de las relaciones humanas, de las conductas; y las penas y sufrimientos graves que provoca, suelen interrumpir o transformar proyectos de vida.
- El trastorno que produce es único y específico para cada persona, no importando en forma destacada ni el tiempo ni la técnica utilizada sino el significado que para cada uno tiene.
- Los psicodinamismos que se desestabilizan y producen daño, se generan de acuerdo al perfil histórico genético, a la biografía, a los antecedentes de salud y personalidad, los que se funden con vivencias y comportamientos tenidos durante ese preciso momento. Todo ello es trastocado y agredido por la acción específica de la tortura, y la sintomatología o patología que se desarrolla depende de los

núcleos principalmente afectados en la persona misma o en sus relaciones familiares, sociales o políticas.

- No todas las personas torturadas sufren trastornos y que, si bien para ellas haber vivido esta experiencia representa siempre un sufrimiento, muchas de ellas han revalorizado la vida, reafirmando en sus más íntimas convicciones.

Los efectos sintomáticos y sindromáticos producidos por la tortura son variados y múltiples, diferentes y únicos en su intensidad y configuración, como diferentes y únicas son las personas afectadas. Existen síntomas y signos que son más frecuentes, y pueden estar relacionados con el uso de una técnica específica pero no existe un síndrome post tortura como tal.

Los síntomas más frecuentes encontrados están relacionados con el área de las neurosis, también es común constatar que muy pronto aparecen enfermedades psicosomáticas, descompensaciones psicóticas, alteraciones neuropsicológicas como trastorno de aprendizaje y del desarrollo en los niños y cuadros psicoorgánicos en los adultos. Hay que destacar que estos trastornos pueden aparecer en personas que sólo han sido torturadas con técnicas psicológicas.

En la constitución de los diversos cuadros sindromáticos desencadenados por la tortura, es todo el organismo el que reacciona y, al parecer más que en ninguna otra "patología", se alteran rápidamente los mecanismos neurofisiológicos, psicológicos, bioquímicos, neuroendocrinos e inmunológicos.

Las consecuencias de la tortura se rigen por un principio básico, que es que la influencia permanente de ella en la persona se mantiene por muchos años después de haber vivido la experiencia de tortura.

A nivel familiar, según Madariaga (1995), la tortura genera una situación de amenaza vital que afecta a cada uno de sus miembros. El padecimiento de un familiar no es sino un momento específico de un continuo represivo que está accionando sobre todo el grupo.

Más adelante el mismo autor señala, que la característica común a la mayoría de las familias es la irrupción de dinámicas interpersonales muy perturbadas, fuentes de severos conflictos dentro del sistema. Estos conflictos, dificultados en su resolución espontánea durante la crisis, actúan en el período siguiente inhibiendo la reelaboración terapéutica del proceso desatado. Los diferentes sentimientos producidos por esta situación se asocian a la culpa y dañan la cohesión familiar, reduciendo el acontecimiento vivido a un drama privado, a veces constituido en secreto de familia, facilitando la transposición de la violencia sufrida hacia el interior del grupo.

El daño provocado por la tortura en los grandes grupos, se relaciona con el objetivo de amedrentamiento con paralización de las respuestas sociales activas

ante el conflicto político, la reproducción del terror, amplificado por la fantasía popular, contamina al colectivo social consolidando una serie de fenómenos psicosociales, entre los que destacan según Madariaga (1995): el miedo, la apatía, la indiferencia. Estos procesos se transforman en estados psicoemocionales permanentes que tienden a dirigir la conducta de los grupos humanos hacia la negación de la realidad, la ruptura de los vínculos solidarios y la automarginación. La anomía social consecutiva facilita el control social.

2. LA EXPERIENCIA DE LA DETENCIÓN

La experiencia de la detención, como única forma, se dio en un bajo número de personas, la gran mayoría que sufrió este evento represivo, fue acompañado de otras situaciones estresantes, y especialmente de tortura. A partir de la detención del individuo, ya sea en forma breve o prolongada, se describen los siguientes efectos en su salud:

1) Durante el tiempo de Detención:

Después de ser detenido, la persona debe enfrentar la prolongación inesperada de la reclusión. En esta etapa se ha descrito la siguiente sintomatología:

- Expectación ansiosa, descrita a partir del temor de recibir agresiones mayores y del tiempo para conseguir la esperada libertad. Presentando escasas conductas de adaptación o integración al régimen grupal interno.
- Trastornos del sueño. Referidos a la imposibilidad de conciliar el sueño o de despertar precoz, ya sea por malestar físico, por recuerdos y reactivación del trauma, o por investigación constante desde quienes le tienen detenido.
- Depresión del ánimo, con ensimismamiento, falta de energía para contactarse con otros, e incluso con su grupo familiar.
- Vivencia de resignación fatalista. Referida a la disminución de la esperanza de salir en libertad.

Al tomar conocimiento de la condena, luego de largos períodos en etapa sumarial, la situación de certidumbre golpea, observándose estados de abatimiento, apatía, desinterés, fatalismo y fuertes sentimientos de impotencia. Se trata de una reacción de carácter depresivo que suele tener un buen pronóstico relativo.

Al pasar a régimen carcelario de libre plática, luego de largos períodos de incomunicación, se observa una reacción de euforia, aumentada por la percepción de ser "alguien importante para los demás", basada en la gran cantidad de visitas. Pero esto cambia, al ir disminuyendo la frecuencia y cantidad de las visitas, a estados depresivos más o menos manifiestos.

También puede presentar reacciones agresivas asociadas a la experiencia brutal, en la cual fue objeto de agresión física y psicológica. La rabia inicial da paso a una agresividad circunscrita, susceptible de racionalizar y autoanalizar. Es

capaz de asignarle a la experiencia significados correctos, establecer el origen preciso desde donde se origina la agresividad y desestimarla de manera congruente.

Ante la inminencia de una nueva comparecencia ante el “Fiscal Militar”, muchos prisioneros presentaban angustia o pánicos anticipatorios. El temor a cometer algún error, el temor a ratificar o negar alguna declaración previa, les hacía sentir algo equivalente al pánico de escena descrita para aquellas manifestaciones que preceden y acompañan la presentación en público.

Los síntomas somáticos observados en estos casos son variados, tales como: cefaleas, trastornos del tránsito intestinal, palpitaciones, dolores de localización y curso vago, entre otros.

El daño personal que ha producido en la persona se puede resumir en:

- Daño por la interrupción y alteración de la vida social y laboral.
- Daño por pérdida de expectativas personales o confusión respecto a ellas.
- Daño a su autoestima por el no-reconocimiento del rol político jugado en la construcción de una sociedad mejor o en la lucha contra el régimen dictatorial.

2) Una vez en libertad:

Luego de haber terminado el período de reclusión, los afectados presentaban lo siguiente:

- Síndrome de perseveración del síntoma: Consiste en la reaparición de trastornos psicológicos inicialmente ligados a la experiencia traumática y que ahora lo hacen frente a estímulos menores y parcialmente evocadores de aquellos.
- Incertidumbre frente al futuro: Asociada a problemas jurídicos pendientes, inserción laboral o educacional, a reconstitución de vida de pareja y/o familiar.
- Reformulación del proyecto vital, tarea prioritaria para lograr la adaptación social.
- El desarrollo de sentimientos de culpa por haber obtenido la libertad producto de una amnistía, indulto o cualquier forma jurídica distinta a la que ellos esperaban. Se agrega a esto la sensación de culpabilidad por haber dejado a los otros compañeros en prisión (quiebre de la solidaridad).
- Manifestaciones psicósomáticas nuevas o que persisten desde el tiempo de reclusión, tales como: síndromes ulcerosos, cefaleas tensionales, colon irritable, insomnio, trastornos sexuales, entre otros. La vida de pareja se había alterado totalmente, ya que la prisión impide el desenvolvimiento normal de esa relación, incluyendo la vida sexual. Con frecuencia presentaron disfunciones sexuales tales como: impotencia eréctil, disminución del apetito sexual.
- Proceso continuo de estigmatización, difundido por medios de comunicación, confundiendo el rol ejercido en la recuperación de la democracia.
- El acceder a nuevos daños como el amedrentamiento, el exilio y la exoneración laboral.
- Sentimientos de fracaso y minusvalía, asociado a la dificultad de reinsertarse a la vida laboral, familiar y social.

3. LA EXPERIENCIA DE UN FAMILIAR DETENIDO DESAPARECIDO Y/O EJECUTADO POLITICO

Madariaga, (1992) señala que en los familiares en que se han producido efectos clínicos, se ha observado un predominio de la sintomatología depresiva (trastornos distímicos, hipobulia, insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso y enfermedades somáticas); y secundariamente síntomas relacionados con la vivencia de la repetición del hecho traumático.

Kordan, señala los siguientes efectos clínicos como los más frecuentes y/o que por su gravedad resultan más significativos:

- Repetición mental del hecho traumático: ya sea como sueño angustiante (pesadilla) con despertar brusco e importante repercusión neurovegetativa, ya sea como vivencia de repetición desencadenada por algún estímulo externo asociable al hecho traumático (sirenas, presencia de personal policial o militar, timbres o ruidos violentos durante la noche, etc).
- Conductas evitativas en relación con el hecho traumático: abandono de actividades e intereses que se relacionen directa o indirectamente con el hecho traumático (actividades o intereses políticos, gremiales o culturales; en estos casos la evitación se encontraba reforzada por el riesgo real que implicaba desarrollar estas actividades); abandono de los grupos de pertenencia habituales; retracción o inhibición de la vida social.
- Suspensión o abandono de proyectos vitales (estudios, casamiento, hijos). Este fenómeno fue particularmente frecuente y estaba en relación directa con la indefinición que conlleva el estatus del desaparecido. Los familiares no podían decidir proyectos vitales en tanto la situación del ser querido permanecía indefinida.
 - Trastornos del humor: mal humor, irritabilidad, ataques de ira.
 - Sentimientos de hostilidad.
 - Sentimientos de impotencia.
 - Descompensaciones psicóticas.
 - Trastornos somáticos severos: trastornos cardio-vasculares, cáncer.

En los casos en que se presentan consecuencias a mediano plazo, merecen destacarse los siguientes hechos clínicos:

Dificultades en la finalización del proceso de elaboración del duelo. Se observa una incidencia mayor de patología en el mediano plazo en personas que se hallan en la etapa media de la vida. Es frecuente la dificultad en la estabilización de un modo de vida satisfactorio y en el mantenimiento de vínculos afectivos gratificantes.

Es necesario tener en cuenta que la situación económica tiene un papel importante que complementa los efectos de traumas anteriores, ya que existen serias dificultades para conseguir trabajo, sueldo digno, vivienda, etc.

Aumento de la mortalidad en hombres, padres de desaparecidos, en comparación a la tasa de mortalidad en nuestro país, en similar situación social y etarea. Este hecho se vincula a los intensos sentimientos de impotencia y auto-reproche por no haber podido proteger omnipotentemente a sus hijos.

Persistencia de episodios de angustia automática ante hechos que, por algún rasgo común, puedan evocar la situación traumática. La impunidad refuerza estos efectos porque genera sentimientos de indefensión y desamparo acompañados de un cortejo sintomático, como pesadillas, depresión, insomnio y somatizaciones.

Sentimiento de aislamiento o resentimiento con respecto al entorno o al marco social en su conjunto. La impunidad hace que muchas de estas personas se sientan portadoras de una historia traumática que no puede ser compartida con otros. Se traduce en vivencias de exclusión y en una tendencia al encierro en grupos de pertenencia con la misma problemática, con dificultades en la integración al conjunto.

Reaparición de situaciones de identificación parcial con las inducciones dictatoriales. Especialmente intensos sentimientos de culpa con relación al pasado y conductas de riesgo personal. En algunos casos se observa con claridad sentimientos de culpa por sobrevivir, con expresiones conductuales muy diversas, similares a lo descrito por Bettelheim y otros autores en relación con el holocausto nazi.

4. LA EXPERIENCIA DE EXILIO Y DEL RETORNO

Al tratar de definir el daño provocado por el exilio - retorno, surge como primaria la separación- desencuentro, en el contexto de un daño de carácter macro que la dictadura generó en el país (Almarza 1991). El daño de esta separación se inscribe en la dicotomización del mundo chileno que el autoritarismo perpetró o promovió: buenos y malos, civiles y militares, exiliados - retornados y chilenos de residencia permanente en el país, entre otras.

Esta separación provocada por el exilio se concreta en dificultades en la comunicación entre parientes que se vuelven a encontrar, entre vecinos, entre compañeros de trabajo.

Según Muñoz y otros, (1992); el proceso exilio - retorno reconoce dos momentos, cada uno de los cuales ha presentado un desafío al psiquismo del afectado. A continuación revisaremos el daño en cada uno de estos momentos:

1- Tiempo de Exilio:

La forma de salir al exilio generó dificultades específicas. Lo que caracteriza este momento es la angustia y la amenaza constante en que viven hasta salir al exilio.

Se viven sentimientos de culpabilidad que son reprobados periódicamente por diferentes circunstancias: insinuaciones y críticas en su entorno, comprobación que no se puede volver, dificultades del exilio mismo. Esta situación de contradicciones y ambigüedad con o sin sentimientos de culpabilidad y fracaso dio origen a síndromes psiquiátricos más o menos severos en algunos, y para la gran mayoría fue una experiencia difícil y dolorosa.

La salida al exilio por vía de la experiencia de expulsión o extrañamiento desencadenó diversos sentimientos que, por mucho tiempo, impregnaron sus vivencias y comportamientos en el país de acogida. Estos sentimientos dieron lugar más tarde a núcleos patógenos que incluían diversos tipos de reacciones vivenciales y alteraciones psicológicas más o menos severas: impotencia, vacío, dolor, desconcierto, incredulidad, frustración, derrota, entre otras.

El exilio no representa solamente una pérdida de lo vivido, sino que progresivamente va significando una pérdida de lo que se es, es decir, de la propia individualidad, ya que desde el nacimiento el ser humano va adquiriendo sus conocimientos, sus valores, su modo habitual de ser y de reaccionar de acuerdo a su realidad, tomando conciencia de ella, integrándose o modificándola para crecer, fijando sus metas, sus objetivos.

El exilio no solo representa la soledad completa y la duda. El exiliado ha perdido su individualidad y con ello el íntimo sentimiento de libertad, ya que este sentimiento está dado en el hombre por lo que se es, por lo que se ha llegado a ser y a actuar (su historia y biografía) por la seguridad de lo aprendido, de lo que se ha vivido. El exilio constituye un corte biográfico brutal.

Se tiene que empezar de nuevo para demostrar quien se es. El exilio, además de provocar la pérdida de la propia identidad, niega la posibilidad de elegir, de fijar objetivos a futuro, de definir un proyecto de vida y actuar en consecuencia.

El exilio representa una forma de represión directa sobre la persona; represión que trasciende las fronteras del país y que agrede al individuo en variadas y múltiples formas, al mismo tiempo que desintegró la familia que ha quedado en Chile.

La gran mayoría llegó sólo al país que les acogió, allí se observaron condiciones disímiles. La política de reunificación familiar de las Naciones Unidas demoró, en muchos casos, más de un año en hacerse efectiva.

El exilio generó una pérdida total de los índices referenciales fundamentales, apareciendo un mundo nuevo, ajeno y extraño. En casos hay que agregar el desconocimiento del idioma.

Muchos exiliados presentaron al momento de llegar al país de acogida, y por mucho tiempo después, un estado pseudo-estuporoso o confusional. A esta confusión inicial se van agregando: el corte biográfico, la inexperiencia, el distanciamiento espacial y temporal, unido a una sensación de no poder luchar para que la "situación cambie".

La expresión más nítida de la atemporalidad es la dependencia obsesiva a lo que estaba sucediendo al interior del país natal, con la constante esperanza de volver, lo cual provocó que en muchas oportunidades no se elaboren planes para insertarse y asumir el exilio.

Los síndromes reactivos angustiosos y depresivos tienen algunas particularidades en esta etapa:

La angustia se manifiesta en especial, durante los primeros meses de exilio, en las siguientes formas: llanto, palpitaciones, ansiedad constante, inquietud, bulimia o inapetencia, insomnio, pesadillas, labilidad emocional con irritabilidad fácil.

La depresión aparece más tardíamente. Le caracteriza el aislamiento progresivo, la inmovilidad, la apatía, la nostalgia y amargura, el escepticismo y la claudicación, la incapacidad de reaccionar por sí mismo, el descuido personal, la anorexia, el insomnio, ideación con o sin intento suicida.

2) Tiempo de Retorno:

Se describen tres etapas:

1ª Etapa: La luna de miel del retorno y nostalgia de lo dejado.

En esta etapa aparece una especie de fascinación del encuentro entre quien llega y quien recibe. Las experiencias de esquema de vida están influenciadas por el país de donde viene, aún cuando el exilio es muy doloroso, el retornado ha dejado vínculos afectivos importantes, y algún bienestar material que le permite sobrevivir con dignidad y decoro. Se construyó un pequeño mundo pero con un carácter transitorio, por el permanente deseo de volver.

Otro factor que influye es el recibimiento que le hace la familia, que en general es bueno. Se vive una especie de vorágine de encuentros, con rostros antiguos y nuevos que no reconoce bien, con sus pequeñas cosas materiales, la geografía urbana, el entorno ecológico. Afectivamente está lleno de sentimientos encontrados: alegría, tristeza, perplejidad, cariño y sobre todo nostalgia por lo que tenía y no vuelve a encontrar, como los amigos; junto a esta nostalgia de no encontrar lo que dejó, surge otra nostalgia, la de lo dejado en el país de acogida. Esta etapa dura más o menos 1 a 3 meses, en que se siente bien a pesar de todo, no logra estabilizarse, necesita absorberlo todo, rescatar el tiempo ausente, hacer un continuo entre el pasado y el presente, pero no lo logra.

2ª Etapa: Reconocimiento de su nueva realidad, la desilusión

Pasados algunos meses el 90% o más sigue cesante, vive de allegado, experiencia siempre difícil y penosa.

El retornado se siente solo y desorientado, todos le dicen lo que debe hacer, le dan consejos y él no sabe como hacerlo, apenas si sabe moverse en la ciudad.

Encuentra a la gente diferente, no le gusta como es, la ve egoísta, individualista, consumista, lo hacen sentir que no ha sufrido como los que se quedaron en el país, transformándose el encuentro con los otros, en una competencia por la cantidad de dolor sufrido. La base de esta interacción la constituye la distorsión sistemática y la manipulación de la información sobre el exilio por la dictadura.

Busca perspectivas laborales, comienza a deambular por las organizaciones solidarias, se siente tramitado frente a las dificultades para satisfacer la urgencia de sus necesidades.

Es en esta etapa cuando con más frecuencia aparece la sintomatología física y psíquica con predominio de la ansiedad y depresión.

3ª Etapa: Reinserción disfuncional.

Con mayor o menor dificultad, en el transcurso del tiempo el retornado logra una infraestructura que le permite vivir con cierta independencia. Su situación la relaciona únicamente con la condición del retorno; le cuesta comprender que la gran mayoría de los chilenos vive igual que él, la razón es la misma para todos: la dictadura.

En el plano afectivo se refuerza su sensación de ser rechazado socialmente; esta vivencia subjetiva, de algún modo es reforzada por la realidad objetiva.

Rechaza el medio en que vive, en el que ha dado una gran batalla con sus pares para sobrevivir. Se ha tornado solitario, agresivo, su autoestima esta dañada. Ya le interesa poco insertarse en la sociedad que está conociendo, no la entiende.

Construye su propio mundo con retornados, con gente que ha vivido lo mismo que él, siente que son los únicos que pueden comprender sus sufrimientos del exilio y el retorno. Eso los une, se conforma así una grupo homoestático que refuerza la rigidez y sus límites.

Lo embarga un gran sentimiento de soledad, que asume penosamente. Sufre su segunda catástrofe. Ha perdido la libertad y el desplazamiento, su hábitat se reduce drásticamente, se degrada la variedad de su sistema de mundo.

2.5. EFECTOS TRANSGENERACIONALES.

Como se ha mencionado anteriormente, los daños producto de la represión política siempre involucran al grupo familiar.

Específicamente, con relación a los jóvenes que crecieron y vivenciaron situaciones de represión política, se puede decir que la pertenencia de los hijos de las víctimas a un momento histórico, permite afirmar que ellos son afectados directos, siendo incorrecto hablar de ellos como segunda generación. Estos experimentaron y vivenciaron la muerte, la persecución, las detenciones, el terror, las separaciones precoces y abruptas y la amenaza directa a ellos mismos.

A diferencia de los adultos que sufrieron la persecución con inserciones sociales definidas, los jóvenes se desarrollaron como personas en un espacio traumático, recibiendo el doble impacto de un mundo traumatizante y de un microclima familiar en el cual las personas destinadas a cuidarlos, a ayudarlos a crecer, se configuraron como víctimas, como personas despojadas de sus cualidades más elementales.

En el caso de niños y adolescentes podemos diferenciar tres grupos:

1. Aquellos que poseen un grado relativo de elaboración de la situación traumática.
2. Aquellos que presentan secuelas psicológicas manifiestas.
3. Aquellos que presentan características de sobre-adaptación, en tanto no presentan sintomatología importante, se adecuan conductualmente de acuerdo a las demandas de la realidad, pero evidencian en el proceso diagnóstico déficit en la estructura de personalidad que hace presumir la posibilidad futura de manifestaciones clínicas.

El hecho de que el procesamiento social de la situación traumática no haya sido concluido, hace que muchos de estos adolescentes no encuentren en el contexto social el continente necesario para el apoyo del psiquismo individual. Si bien no deben ya ocultar su historia, las condiciones externas dificultan que la situación traumática pase a ser solo recuerdo no traumático. Adolescentes, que no desean verse marginados por sus pares, optan por el silencio, aunque sea al costo de pérdidas importantes del sentimiento de sí mismos o de otros aspectos de su identidad personal.

2.6. CUADROS CLÍNICOS SEGÚN CIE-10 ASOCIADOS A LA REPRESION

El Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión, establece algunos cuadros clínicos que abordan los trastornos específicos derivados de la represión ejercida desde el Estado. Estos son el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) y la Transformación Persistente de la Personalidad Tras Experiencia Catastrófica.

A) Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT)

Se define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (ejemplo: catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigos de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del TEPT son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la relación original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una **transformación persistente de la personalidad**.

Pautas Para El Diagnóstico:

- Aparición dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.
- Si la duración de los síntomas es de más de seis meses, se puede diagnosticar, siempre y cuando las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo o episodio depresivo).
- Presentar evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.
- Puede presentar desapego emocional claro, embotamiento afectivo.
- Evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma.

- Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen al diagnóstico, pero no son esenciales para el mismo.

Las secuelas tardías de un estrés devastador, es decir, aquellas que se manifiestan décadas después de la experiencia estresante deben ser clasificadas de acuerdo con el diagnóstico F62.0.

b) Transformación Persistente de la Personalidad Tras Experiencia Catastrófica (F62.0):

La transformación de la Personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación catastrófica. El estrés debe ser extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (ej. secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado).

Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés post traumático. Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno.

No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que haya una fase intermedia de un TEPT manifiesto. Sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que las investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente.

Pautas Para el Diagnóstico:

- La transformación de la personalidad debe ser persistente.
- Con manifestación de rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales.
- Deterioro en la actividad social y laboral.
- La transformación debe ser confirmada por un tercero, por lo general.
- El diagnóstico se basa en la presencia de rasgos previamente ausente como, por ejemplo:

Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.

Aislamiento social

Sentimientos de vacío o desesperanza.

Sentimiento permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado.

Vivencia de extrañeza de sí mismo.

- Presencia de la transformación de dos años, por lo menos.

- No debe ser atribuida a un trastorno de personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del TEPT.
- Debe descartarse la presencia de enfermedad o de lesión cerebral importante, que pudiera tener manifestaciones clínicas similares.

2.7. ASPECTOS DE MORBILIDAD DE LOS AFECTADOS

Los estudios de morbilidad sobre la población afectada por represión política son escasos, debido a la complejidad de su realización y de la naturaleza del problema abordado. A continuación se detallan las conclusiones obtenidas a partir de los estudios realizados por el Instituto Latinoamericano de Salud Mental (ILAS, 1995) y por el Programa PRAIS (1994). Ambos se realizaron en población adulta.

En cuanto al motivo de consulta, según estos estudios, se debe establecer diferencia de acuerdo al momento en que ésta se realiza: si ella ocurre en el corto plazo, respecto a la experiencia traumática, la consulta se relaciona directamente con la situación traumática y tiene características de sintomatología aguda de tipo angustioso depresivo o paranoidea. Cuando es tardía se relaciona con sintomatología psicósomática, con conflictos interpersonales o con secuelas caracterológicas. Esta situación agrega una dificultad para el inicio de un tratamiento psicológico, ya que las vivencias traumáticas generan defensas psicológicas, que quedan encapsuladas y por lo tanto son alejadas de la conciencia del individuo en el momento de consultar.

Los motivos de consulta tardíos observados son predominantemente por enfermedades psicósomáticas: trastornos gastrointestinales funcionales, enfermedades dermatológicas de origen funcional e hipertensión arterial. Se señala que las enfermedades cursan de manera tórpida, la gravedad que se presenta es mayor y la respuesta al tratamiento es más lenta y más pobre que en la población general, a pesar que la adherencia al tratamiento es buena, incluso mejor que en la población general.

Al revisar los diagnósticos, según los diferentes grupos de causas propuestos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en el perfil se advierte el alto peso relativo del grupo de trastornos mentales en relación al total de causas, el cual se acerca al 50%. Las causas de consulta por salud física se concentran fundamentalmente en el grupo del Sistema Osteomuscular y Tejido Conectivo, del Aparato Circulatorio y del Aparato Respiratorio.

Los motivos de consulta a nivel mental más frecuentes son: síndromes angustiosos, síndromes depresivos y conflictos interpersonales. Se destacan los diagnósticos de tipo neurótico con cerca del 60% del total de las causas, le siguen las reacciones de adaptación, los trastornos de personalidad y las psicosis.

Otro motivo de consulta significativo son los síntomas psicósomáticos, siendo relevantes los síndromes gastrointestinales, que además aparecen ligados a la reactivación de las situaciones traumáticas. Estas manifestaciones

psicosomáticas son aún más frecuentes que las secuelas físicas que puede haber dejado la tortura.

La exacerbación o aparición de síntomas, puede estar desencadenada a eventos del contexto social que reactivan las experiencias traumáticas (detención de Pinochet, fallos judiciales, declaraciones por televisión, desentierro de osamentas, etc.).

Entre los diagnósticos de trastornos mentales presentados por los afectados con mayor frecuencia se presentan, según el CIE-10:

1. Trastornos de Ansiedad

- Trastorno de Pánico
- Trastorno de Ansiedad Generalizada

2. Reacciones al estrés graves y trastornos de adaptación.

- Reacción al estrés agudo
- Trastorno de estrés post traumático
- Trastornos de Adaptación

3. Trastornos Somatomorfos

- Trastorno de Somatización
- Disfunción Autonómica Somatomorfa

4. Trastornos no Orgánicos del Sueño

- Terrores del Sueño (Terrores Nocturnos)
- Pesadillas

5. Trastornos Depresivos

- Episodios Depresivos
- Trastornos Depresivos Recurrentes
- Trastorno Bipolar

6. Trastornos Específicos de la Personalidad

- Trastorno Paranoide de la Personalidad
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad
- Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable
- Trastorno de la Personalidad Dependiente

7. Transformación Persistente de la Personalidad Tras una Experiencia Catastrófica

8. Esquizofrenia

9. Abuso y Dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas.

A continuación reproducimos la definición del Trastorno de Somatización, debido a su alta presencia en esta población, a sus características de síntomas vagos y confusos y porque la consulta inicial generalmente se realiza por este motivo al médico general.

Trastorno de Somatización (F45.0):

Incluido en los Trastornos Somatomorfos. Sus principales características son los síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes, que duran por lo menos dos años. La mayoría de los pacientes ha tenido una larga y complicada historia de contactos con los servicios de atención médica primaria y especializada, durante la cual pueden haberse realizado muchos análisis negativos de laboratorio o exploraciones infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema corporal. La evolución del trastorno es crónica y fluctuante, y a menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar. Las formas sintomáticas de corta duración (de menos de dos años) y menos llamativas deben clasificarse como trastorno somatomorfo indiferenciado.

III. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Los efectos sanitarios generados por la represión han perdurado en las personas, en las familias y en los grupos, a través del tiempo. Esta larga duración se explica tanto por la naturaleza crónica de los cuadros clínicos secundarios a las formas severas de la represión política como por la mantención de la impunidad sobre los responsables de dicha represión que actúa en los afectados como una constante retraumatización, y actualiza sus padecimientos, angustia y temores. Por lo cual, se hace necesario continuar las intervenciones en salud y especialmente desde la salud mental.

Las intervenciones en salud adquieren características específicas en esta población con respecto a la población general. Con mayor frecuencia solicitan atención por síntomas físicos, siendo muchas veces derivados de una especialidad a otra, debido a su sintomatología inespecífica.

Estos pacientes pueden presentar significativas resistencias para acudir a solicitar ayuda en el campo de la salud mental, entre estas se encuentran:

- Confusión respecto a su sintomatología, sin tener clara asociación entre el padecimiento corporal con la experiencia traumática psicológica, inclusive en los conflictos interpersonales.
- El paso de la posición de afectado (sobreviviente) a la de paciente que necesita tratamiento. Aceptar que la tensión constante es algo desagradable que está de más y que es algo por lo que se puede ser ayudado, siendo este el primer paso. Luego hay que situarse en el papel de enfermo y acudir a solicitar ayuda.
- La aceptación del sufrimiento como algo natural después de vivida las experiencias traumáticas es lo más común, y la tolerancia es altísima. Por otro lado quejarse, demandar ayuda puede sentirse como una amenaza para uno mismo y de los otros. Sitúa al afectado al margen de los otros, y puede generar un sentimiento de pérdida del control sobre sí mismo.
- La dificultad, en el pasado, de contar con un sistema de salud que les acogiera en esta demanda, le ha alejado la posibilidad de contar con el tratamiento

adecuado. Generando un sentimiento de distancia y temor al sistema de salud pública.

- Aceptar que uno mismo no puede resolver el problema es un paso difícil. Factores culturales determinarán en gran medida este paso, junto con el miedo a no ser comprendido, humillado o retraumatizado en la intervención. Es un problema para muchas personas afectadas volver a exponerse en la terapia a las memorias traumáticas. Un síntoma de traumatización es precisamente el evitar cualquier estímulo que recuerde el trauma y la terapia es evidentemente uno.

3.1 Consulta de Acogida y/o Primera Entrevista:

Las características de esta población hace necesario que la atención en salud requiera de un nivel de complejidad mayor que en la población general, especialmente en torno al momento de la acogida o de la primera entrevista. Esta acción requiere de las siguientes consideraciones:

- Una aptitud de los equipos caracterizada por la capacidad de acogida que facilita el acceso de los usuarios.
- Es necesario tener claridad sobre el contexto histórico y social que provocó su situación de “persona en situación de represión política” que está solicitando ayuda para resolver problemas de salud.
- Que las violaciones a los derechos humanos de estas personas operaron alterando o perturbando la unidad bio-psico-social de ellos, como de todo su grupo familiar.
- Que la situación de represión ha provocado un alto grado de desconfianza, especialmente en las instituciones estatales.

La relación humana que se establece está sensiblemente basada en la confianza. El consultante debe tener la certeza de que la institución que lo acoge para prestarle ayuda, de ninguna manera hace causa común con quienes le causaron daño (Guzmán, 1996).

Al primer acercamiento entre esa persona y el servicio de salud se denomina el momento de “acogida”. Generalmente es efectuada por el personal de secretaría y/o por profesional asistente social, también puede ser asumida en los Servicios de Atención Primaria por psicólogos o profesionales con capacitación en salud mental.

En este momento se enfrentan: la desconfianza y el temor del usuario frente al sistema, los diversos prejuicios sobre la relación del prestador de servicio de salud y usuario, los prejuicios asociados a la situación histórica 1973 - 1990.

Durante este período de acogida, el afectado requiere contar con la percepción de ser creíble ante el personal de salud, y la confianza de ser "escuchado".

La acogida en Secretaría o SOME (Servicio de Orientación Médica y Estadística) debe contar con un funcionario capacitado en el tema y la relación que se establece está basada en el principio ético de respeto a la persona. Se

denomina consulta de orientación y se limitará a entregar información general sobre el programa, los recursos con que se cuenta, las comunas o sectores que atiende el programa y realizará las derivaciones a otros sectores. Otorgará hora para el ingreso al programa.

La Acogida por Asistente Social: Se utiliza el método de atención de caso. Al cual se agrega la experiencia adquirida del trabajo desarrollado por los diferentes organismos no gubernamentales en el tratamiento del tema, que han permitido una nueva forma de aproximación en la intervención profesional, readecuando la técnica y estilos de trabajo y metodologías.

Esto obliga a perfeccionar el conocimiento y experiencia en la técnica de la entrevista. Plantea la necesidad del ejercicio denominado "vínculo comprometido" en contraposición de las orientaciones generales, en el ámbito del trabajo social, de mantener una actitud neutral en la atención. 55

Frente al temor y la desconfianza del afectado por la represión, se debe considerar que la "persona" necesariamente tuvo que llevar una doble vida, actuar en algunos círculos sociales, laborales como si no sucediera nada, en circunstancias que en realidad estaba sufriendo un drama (su pareja había sido ejecutada o desaparecida, la había buscado y en algunos casos la había encontrado, o estaba saliendo de prisión), el cual, no podía ser explicitado por las posibles consecuencias. No podía decirlo, porque había que sobrevivir en el medio y al miedo. Un mal paso, una palabra podría marginarlo y retraumatizarlo nuevamente.

Su conducta atemorizada se transformó en una conducta habitual, existían secretos que no se compartían con persona alguna.

En esta primera entrevista el asistente social debe vencer la desconfianza propia de la persona que fue reprimida, el temor a comunicar lo que sucedió. Los rasgos del carácter del profesional, su capacidad de empatía es fundamental para el éxito de este momento y del trabajo posterior.

3.2.- Consulta de Salud Mental:

Referida por un lado, a las actividades realizadas en el nivel primario de atención, por psicólogos, médicos, enfermeras, matronas, asistentes sociales y otros miembros del equipo de salud capacitados en salud mental y por otro lado, en lo referente al programa PRAIS, en cuanto a los efectos de la represión política y estrategias de intervención. El objetivo de estas intervenciones es reconocer los problemas de salud mental y psiquiatría, y realizar las intervenciones pertinentes.

La relación establecida en esta intervención requiere de las mismas consideraciones establecidas para la Primera Entrevista.

Generalmente después de vencer la desconfianza, la acogida permite que la persona relate su experiencia traumática, siendo en algunos casos, primera vez ante una institución estatal, lo que se traduce generalmente en catarsis con elevada carga emocional.

En esta entrevista el profesional debe ser capaz de acoger el dolor y contener al afectado. Debe estar atento, mostrarle que su relato es real y hacerle sentir que se le cree. Lo que permitirá vencer los prejuicios culturales relacionados con la oferta de salud mental.

Se necesita entonces una gran preocupación del profesional para establecer un vínculo que permitirá la continuidad del trabajo social y psicoterapéutico interdisciplinario.

Posteriormente el profesional evalúa la historia con el fin de identificar problemas relevantes de su situación social, laboral y económica.

3.3 Consulta de Salud Mental Especializada:

Referida a la atención realizada por enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional del equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria y/o Equipo PRAIS respectivo al paciente o grupo familiar

El profesional debe contar con la capacitación adecuada para enfrentar al paciente afectado por la represión

Se deben considerar los mismos aspectos de primera entrevista, para luego generar un vínculo de confianza, necesario para emprender las medidas terapéuticas requeridas

El profesional posterior a la primera entrevista, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y evaluación, que puede ser paralelo al trabajo psicoterapéutico del psiquiatra o del psicólogo, buscará recomponer y generar nuevos vínculos de su red social, favoreciendo el proceso de reinserción y recuperación del proyecto de vida de la persona y su grupo familiar

3.4 Consultoría de Salud Mental Especializada y Temática:

Se refiere a la actividad conjunta e interactiva entre el Equipo PRAIS y el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, o el Equipo de Salud de la Atención Primaria o de Urgencia; en forma de reuniones clínico - técnicas y atención conjunta de pacientes y trabajo conjunto con grupos en promoción y prevención en salud mental.

Esta intervención está dirigida a establecer un vínculo de trabajo de especialización entre los Equipos PRAIS y el resto del sistema de salud, que permita el desarrollo de estrategias de inserción e intervención considerando la particularidad de la población afectada por la represión.

3.5 Consulta Psiquiátrica:

En la literatura no se describe un tipo de intervención psiquiátrica o farmacoterapia específica para los padecimientos complejos de este tipo de paciente. Las indicaciones responden a los diagnósticos propios de los cuadros secundarios presentados, y son tratados de acuerdo a las normas y procedimientos acorde a dichos cuadros.

3.6 Psicodiagnóstico:

La aplicación de pruebas psicológicas es igual a la requerida por los pacientes con problemas de salud mental en general. Aunque se deben tener en cuenta las condiciones particulares del paciente en torno a su capacidad de respuesta e intensidad en la exploración respecto a la situación traumática, de manera tal que esta situación no se convierta en una nueva retraumatización, especialmente en el uso del interrogatorio y de los silencios.

3.7 Procedimientos Diagnósticos:

Estos son los mismos utilizados en medicina general y deben solicitarse de acuerdo a las hipótesis diagnósticas que se formulen.

3.8 Psicoterapia:

Las intervenciones psicoterapéuticas persiguen, entre otros, los siguientes objetivos:

- Proveer de seguridad y predictibilidad en el afectado que le permita hacer planes y buscar objetivos. Los traumatizados toleran mal las emociones intensas y experimentan como peligroso su mundo interno. El terapeuta debe dar seguridad frente a esos peligros.

- Ayudar a que el paciente se mueva de la posición de estar perseguido por el pasado e interpretar todo estímulo emocional como evocador del trauma, a estar implicado en el presente y ser capaz de responder a sus exigencias.
- Ayudar al paciente que vuelva a tener control sobre las respuestas emocionales y localizar el trauma en una perspectiva más amplia de su vida, en el momento histórico determinado.
- Posibilitar que el paciente integre lo extraño, lo incomprensible y terrible en su yo.
- Abordar los siguientes tres aspectos: descondicionar la ansiedad, alterar el modo en que las víctimas se ven a sí mismas y a su mundo restableciendo un sentimiento de integridad personal, y ganar control sobre sí mismo.
- Posibilitar la integración social, dejando de lado la marginación impuesta por el estado represor.

En diversos estudios sobre psicoterapia con víctimas de represión política se concluye que es necesario desarrollar un vínculo distinto y particular, llamado “**vínculo comprometido**”. Este concepto reconoce explícitamente que se debe establecer una alianza política, social y psicológica entre el terapeuta y el paciente. Esto también implica una actitud ética no neutral ante el dolor del paciente. Los síntomas se originan en experiencias político represivas, son el resultado de una traumatización infringida.

El vínculo comprometido establece las condiciones mínimas para la creación de un espacio que posibilite la recuperación y curación. Esta posición activa funciona como un apoyo para el sobreviviente, y le permite elaborar la experiencia traumática.

El vínculo comprometido es percibido como un puente entre la experiencia traumática encapsulada del paciente o de la familia, y sus recursos.

Psicoterapia Individual:

Según diversos autores la psicoterapia debiera enfrentar los siguientes aspectos, además de la relación de "vínculo comprometido", mencionada anteriormente, entre los cuales se destacan:

- **La asimilación de las contradicciones.** Las diferentes experiencias traumáticas tienen en común el esfuerzo del afectado para “olvidar” la destrucción e intentar volver a un estado de integridad, como si hubiera permanecido indemne.
- Los afectados están forzados a tomar opciones unilaterales para resolver las contradicciones. De este modo el proceso terapéutico apunta a facilitar una asimilación de las contradicciones: es posible ser débil y fuerte, dolerse y luchar.
- Las opciones unilaterales son percibidas como una repetición continuada del daño: O soy débil o fuerte, o me duele o lucho.
- **Confrontación con el Trauma.** Elaborar la experiencia traumática reconstruyendo los hechos unidos a las emociones asociadas es un elemento central para el trabajo terapéutico. Esta es una parte de la investigación y

documentación de la realidad. En el espacio terapéutico lo indecible puede ser dicho y los secretos emergen a la luz.

- **Contrarrestando la privatización del daño.** Los afectados a menudo viven su traumatización como si fueran problemas privados y no tuvieran relación con el contexto socio - político. Ellos necesitan asociar sus experiencias traumáticas al contexto político y social para reformular el significado de los hechos. Si el daño envuelve a la sociedad completa es necesario un nuevo contexto social como un elemento importante para el proceso de curación.
- **Cronicidad del daño.** Con el paso del tiempo y con la presencia de diversos factores propios del contexto socio político (impunidad, falta de justicia, reconocimiento de la verdad parcial, entre otros), los afectados tienden a presentar sintomatología crónica, el daño tiende a cronificarse. Es de gran valor que durante la terapia se mantenga vigilancia en este aspecto.
- **Confidencialidad de los registros.** Estos pacientes mantienen un alto grado de desconfianza de los registros y de la seguridad de ellos. La labor del terapeuta es entregar la confianza necesaria o las acciones requeridas para mantener el vínculo de confianza necesario.

Las estrategias terapéuticas a nivel personal más importantes para la curación de las heridas son las que se desarrollaron en las primeras fases de la represión. En la medida que la intervención fue más cercana al momento de la vivencia traumática ha permitido mejores indicadores de mejoría y menor cronicidad del trauma.

Psicoterapia Familiar

Los tratamientos a nivel familiar se han aplicado a afectados por diferentes situaciones traumáticas, siendo las más significativas los tratamientos en familias de detenidos desaparecidos o ejecutados, en las cuales el tratamiento ha involucrado la re - definición de límites, roles y sentido en el grupo familiar, disminuyendo la rigidización extrema del sistema. También se debe modificar el contacto “como si” y la delegación del miedo sobre uno de sus miembros a quien señalan como enfermo, obteniéndose significativo éxito en la capacidad de supervivencia del grupo y en la actualización de sus capacidades y recursos.

También se ha aplicado en familias de retornados, con énfasis en los procesos de adaptación de los adolescentes, en los cuales se ha observado alto índice de conflicto en las relaciones interpersonales.

Psicoterapia Grupal:

Los tratamientos de grupo proporcionan un lugar seguro, en el que los miembros pueden dar voz a sus recuerdos, y reconstruir la historia del trauma y su efecto sobre ellos. Una vez localizada la experiencia en lugar y tiempo, comienza a distinguirse de los problemas actuales y se pueden enfrentar sin asociarlos al trauma. También permite que los afectados encuentren un lugar que les contenga en sus temores y dificultades interpersonales, respecto a los recuerdos de la experiencia traumática vivida.

La creación de grupos de sobrevivientes y familiares de las víctimas, ha permitido a las familias desprivatizar su dolor. Pasar de lo íntimo a lo público. De esta manera, ellos han podido comprobar que el sufrimiento infligido a su familia formaba parte de la represión colectiva y política de la autoridad.

En las terapias de grupo es importante considerar el valor y significado que el paciente atribuye al cuerpo, ya que por lo general este ha sido el receptor de la violencia, y por ende se ha desconectado de las vivencias y de los afectos. Desconectar sus contracturas musculares, sus dolores generalizados, de su asociación a la experiencia traumática es de vital importancia. Todo esto permitirá rescatar la relación mente cuerpo.

Se han desarrollado terapias de grupo con distintos enfoques terapéuticos. Cabe mencionar las terapias de grupo con adolescentes, las cuales adquieren gran valor, ya que abordan a un sector altamente vulnerable.

3.9 Intervención Psicosocial Grupal Especializada:

El apoyo social juega un rol fundamental en el proceso de hacer frente a las experiencias traumáticas y en el proceso de rehabilitación y reinserción social. La causa de la traumatización se origina en la relación con un ambiente político y social determinado, por ello el proceso de rehabilitación también estará estrechamente vinculado a la relación con el nuevo contexto socio político, especialmente en la forma como se aborda la problemática de violación a los derechos humanos, en los aspectos de impunidad, justicia y reparación.

Cuando la red social ha sido quebrantada seriamente, la persona pierde su habilidad social. Es decir, ya no es capaz de satisfacer adecuadamente sus necesidades materiales, sociales y emocionales. La interrupción o la pérdida del apoyo social, según indican un gran número de estudios sobre la reacción a los traumas, está estrechamente conectada a la incapacidad de hacer frente, de un modo normal, a las consecuencias de traumas psicosociales.

No sólo es importante el apoyo social en ese momento, sino también como el individuo observa y experimenta este apoyo. El apoyo social puede prevenir la cronificación de problemas psicológicos graves. La asistencia a los afectados se centra en apoyar su incorporación a la comunidad para que, como miembros de ella y sostenidos y apoyados por sus sistemas propios, elaboren la situación que les ha tocado vivir y le den un sentido. Este proceso debe considerar los aspectos de bienestar en salud, económico, cultural, etc. del afectado, que le permitan funcionar con fluidez en el seno de la comunidad.

Herman (1992) describe muy bien como los individuos que presentan problemas se enfrentan dialécticamente con su sociedad y se potencia la vivencia traumática en las personas afectadas:

"Afrontar el trauma significa recoger el testimonio de lo horrible, y cuando lo horrible está producido por los hombres, aquellos que suscitan ese testimonio están atrapados entre la víctima y el perpetrador, llamados a tomar partido. Lo más fácil es tomar el partido del perpetrador. Todo lo que pide es que no se haga nada. Apela al sentimiento universal de no ver o hablar mal. Por el contrario, la persona afectada debe compartir el dolor, demanda acción, compromiso, recuerdo. Después de una atrocidad, se oirá que nunca ocurrió, que se exagera, que se lo buscaron, que es tiempo de olvidar. Cuanto más poder tenga el perpetrador, mayor es su capacidad de definir la realidad a su necesidad, y sus argumentos prevalecerán. En la ausencia de potentes movimientos sociales que mantengan vivo el recuerdo, este se olvidará. La represión, disociación y negación son fenómenos que no se dan sólo en los individuos, sino también en la sociedad" (Herman. Trauma y Reparación. 1992, pág.7).

La actividad de intervención psicosocial grupal, que realiza un integrante del equipo de salud, esta dirigida a grupos de personas que presentan alto riesgo de cronificar su sintomatología y/o de vivir nuevas situaciones que le retraumaticen.

Estas actividades adquieren las características de ser informativas, respecto a la utilización de los recursos estatales con que se cuentan; preventivas de nuevos daños; educativas respecto al manejo de sus padecimientos y las condiciones de sobrevivencia.

3.10 Intervención / Actividad Comunitaria

En este tipo de intervención se visualizan dos aspectos principales:

- Los Grupos de autoayuda.

El concepto de autoayuda se refiere a como las personas pueden mejorar su situación al compartir sus necesidades y problemas, aprender de las experiencias positivas de otros y apoyarse para cambiar. El valor de la comunicación entre iguales ha sido destacado en muchas investigaciones en el ámbito de lo traumático y de lo social. Desde el punto de vista psicológico los procesos de ayuda mutua incluyen: el sostén mutuo, el reconocimiento de sentimientos y vivencias escondidas, la generalización de experiencias, la búsqueda e integración de soluciones, el desarrollo de acciones comunes para enfrentar los problemas, y el desarrollo de actividades sociales gratificantes.

Existe experiencia significativa en la formación de grupos de autoayuda centrados en la discusión de temas de la vida cotidiana más que en hechos traumáticos. Por ejemplo grupos de mujeres que tratan temas de mujeres como sus dificultades con maridos traumatizados por tortura.

Este tipo de grupos desarrolla actividades productivas que van desde la promoción de la identidad con actividades culturales, celebraciones, la activación social y la facilitación del desarrollo de roles útiles con actividades productivas y

ocupacionales, y el cuidado del bienestar psicosocial con la organización de grupos de autoayuda, grupos de apoyo y consultas.

Los grupos de sobrevivientes han tenido una doble función: servir como familia nueva y como red social entre las familias reprimidas.

Este tipo de intervenciones también busca procurar signos de reparación que puedan ser presentados en la comunidad local, que actúan como ritos de purificación y ayudan a la integración social.

El rol de los equipos de salud en estas intervenciones se puede llevar a cabo a través de asesoría o acompañamiento a grupos tales como: Agrupaciones de Familiares, Agrupaciones de Usuarios, entre otros. Y también en la organización de grupos informales.

La cuestión clave es incorporar los elementos de apoyo mutuo en las redes sociales, grupos existentes o que puedan crear, aunque sus motivos no estén específicamente relacionados con la salud mental. Los grupos pueden también constituir espacios sociales de encuentro y crecimiento personal que no siempre se focalizan en las experiencias traumáticas.

Los grupos de autoayuda permiten que los afectados no permanezcan como víctimas silenciosas, pudiendo adoptar actitudes más constructivas en su proceso de sanación, rehabilitación y reinserción.

Se ha observado que la participación en organizaciones sociales genera en los afectados un gran alivio a su sintomatología inespecífica, otorgando un claro sentido de rescate de lo violado y de "aparente superación" del problema.

- El contexto socio político en relación con la situación traumática:

Para lograr un adecuado proceso de reinserción debe ser considerado el trauma social que ha implicado, en la sociedad chilena, la represión ejercida.

Este trauma social está caracterizado por la división de la sociedad, en la polarización y mantención de diferentes versiones de lo ocurrido, la dificultad para hablar de lo ocurrido, en la negación parcial de la realidad. Se hace necesario que la sociedad toda elabore y procese la situación traumática.

Como parte de este proceso de elaboración es necesario tolerar en la memoria, tanto individual como histórica, lo sucedido: reconocer lo acontecido, permitir que la gente se enfrente a las cosas "buenas y malas" de cada contendiente. Esto solo es posible si a la aceptación de la realidad le siguen las consecuencias socialmente deseables: a los criminales se les juzga y sanciona.

Otro paso imprescindible es reconocer a las víctimas y reparar los daños sufridos.

Todos estos pasos tienen que ver con la recuperación de la memoria histórica. Dicha memoria colectiva reivindica el sentido y dolor de la experiencia de la gente, y es el primer paso para salir del silenciamiento y la culpabilización a la

que muchas veces se ha sometido a las personas afectadas y a sus familias. La búsqueda de un sentido de lo sucedido es parte de la lucha por la dignidad. La conmemoración de la catástrofe permite darle un sentido y reconocimiento social que valide la experiencia colectiva, pero incluso, cuando no puede hacerse la memoria, puede subsistir como hábitos, tradiciones orales y archivos históricos. Los memoriales a las víctimas tienen ese sentido.

Este tema es muy conflictivo, pues la tendencia habitual e histórica en nuestro país, para enfrentar los conflictos socio políticos, es la de pasar la página para favorecer la superación del problema, en nombre del bienestar y paz social.

La memoria colectiva tiene no solo un valor terapéutico colectivo, sino también un valor de reconocimiento social y de justicia, por lo que puede tener un valor preventivo a nivel psicológico, social y político.

Según Pennebaker (1996) para promover que la memoria colectiva cumpla su papel:

1. Los hechos deben ser recordados de forma compartida y expresados en rituales y monumentos.
2. Debe insertarse en el pasado y futuro del grupo.
3. Explicar y aclarar lo ocurrido dentro de lo posible.
4. Extraer lecciones y conclusiones para el presente.
5. Darle sentido y reconstruir lo ocurrido haciendo hincapié en los aspectos positivos para la identidad social.
6. Evitar la fijación en el pasado, la repetición obsesiva, y la estigmatización de los supervivientes como víctimas.
7. Si no se puede ayudar a esto: cuidado con no interferir.

3.11. La Visita Domiciliaria de Salud Mental

La Visita domiciliaria adquiere especial significación al momento de la rehabilitación y reinserción de la población más severamente afectada. Quienes se han ocultado en el anonimato, en el aislamiento social y con falta de pertenencia a grupos de referencia específicos. Mediante esta acción se posibilita el rescate de pacientes que han abandonado tratamiento, o se ven expuestos a situaciones de retraumatización por la percepción de un ambiente aversivo y amenazante.

La importancia de realizar visitas a los grupos de familiares afectados cobra vital significado como acción reparadora, al ser percibida como una institución del Estado que se acerca y se “preocupa” por la persona y su grupo en particular.

Esta actividad también contribuye a aumentar la confianza perdida en algunas personas y grupos hacia los servicios de salud públicos.

3. 12 Autocuidado Profesional y de los Equipos

Durante los últimos años se ha incrementado la preocupación por el estado y el cuidado de los equipos de trabajo. Debido a que en el devenir laboral se va

generando un desgaste emocional significativo, distintivo según la población con que se trabaje.

La preocupación por los equipos ha estado asociada tanto con la eficacia de las intervenciones como con el "desgaste" producto de este trabajo. Según Morales, (1996), se ha legitimado la idea de que no sólo los equipos se impactan emocionalmente, sino que ello influye directamente en el trabajo clínico y/o psicosocial que desarrollan. También se expresa en las dificultades organizacionales asociadas al tema.

En el caso de los profesionales y equipos que trabajan con personas afectadas por violencia política, estos se ven enfrentados a desarrollar una identidad de grupo que está marcada por la tarea de ser un "grupo de trabajo interdisciplinario" en función de mantener y/o rehabilitar la salud de un sector específico de la población. A esto se le agrega el mandato de la reparación, es decir también se les delega una responsabilidad ética - social. Desde allí cobra sentido que en estos equipos la violencia genera simultáneamente emociones intensa y dilemas éticos permanentes (Morales y Lira, 1996). Si reparar el daño y elaborar lo traumático, implica atravesar por la violencia del dolor, el odio y la muerte, se suma el mandato de actuar como un brazo del Estado, en su dimensión ética.

La tarea de estos equipos es en extremo compleja. Los problemas inherentes a la función profesional en ese contexto han hecho visibles dificultades de su funcionamiento que los ponen en riesgo. Esa percepción de conflictos y dificultades ha validado reivindicaciones laborales y la necesidad de supervisión (Morales y Lira, 1996).

Los profesionales y equipos deben considerar las instancias adecuadas para su autocuidado. Entre estas instancias se destacan:

- Supervisiones individuales y grupales.
- Realización de reuniones clínicas periódicas.
- Tiempo para revisión de fichas de cada paciente.
- Espacios de contención propios de cada equipo.
- Espacios para la reflexión y elaboración del trabajo desempeñado.

IV. CONSIDERACIONES PROGRAMATICAS PARA LA ATENCION DE PERSONAS AFECTADAS POR LA REPRESIÓN POLÍTICA EJERCIDA POR EL ESTADO EN EL PERÍODO 1973 -1990

4.1 OBJETIVOS

- Brindar atención reparatoria e integral (salud física y mental), en el sistema de Salud Público, modalidad institucional, a las personas afectadas por represión política ejercida por el Estado en el período 1973 - 1990.

- Contribuir desde el sector salud a la reparación psico-social que requieren estas personas, con acciones coordinadas dentro del sector salud y con otros sectores del Estado, y del conjunto de la sociedad chilena.
- Entregar atención en salud mental especializada, dirigida a la rehabilitación y disminución de las secuelas biopsicosociales provocadas por la represión ejercida desde el Estado.
- Favorecer la generación de acciones y grupos de autoayuda, que recogan la capacidad individual de iniciativa, decisión y autocuidado de los afectados.

4.2 POBLACIÓN BENEFICIARIA

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

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

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

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

1. El Afectado Directo.
2. La PAREJA (conyuge y/o conviviente) del Afectado Directo durante el período de dictadura (1973 - 1990).
3. Los HIJOS del Afectado Directo.
4. Las personas que han trabajado en el tema de Derechos Humanos, prestando asistencia a los afectados directos de la represión política, entre 1973 y 1990.

La duración del Evento Represivo / Traumático se define comprendida desde 1973 a 1990, a excepción del caso de los exiliados que se extiende hasta el momento del Retorno, si este sucede más allá de 1990.

Los Eventos Represivos / Traumáticos considerados son:

- Detenidos Desaparecidos.
- Ejecución política.
- Tortura física y/o psicológica.
- Detención por razones políticas.
- Exilio y Retorno.
- Relegación.
- Exoneración por causa política.
- Clandestinidad como consecuencia de persecución política.

4.3 IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA PRAIS

- La identificación y acreditación como persona beneficiaria PRAIS es requisito para su atención en el Sistema Público de Salud (FONASA), modalidad institucional.
- Las personas, cuya acreditación como beneficiario PRAIS se haya realizado con anterioridad a la puesta en vigencia de estas normas, no requieren de una nueva acreditación.
- La acreditación de la condición de beneficiario PRAIS es de responsabilidad del/la profesional Asistente Social del Equipo PRAIS y del Equipo como tal cuando el caso lo requiera por su complejidad.
- En los Servicios que no existan Equipos PRAIS, la responsabilidad recaerá en la/el profesional Asistente Social del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, debidamente capacitado para ello. Cuando exista duda que no puede ser resuelta a este nivel, se derivará al Equipo PRAIS respectivo.
- Las personas que solicitan ser beneficiario PRAIS deben presentar los antecedentes necesarios que permitan su acreditación, sobre la base de los siguiente documentos:
 - Informe Rettig, Certificados de Fundación Archivos Vicaría de la Solidaridad, Certificados de Oficina de Retorno, Decreto de Exoneración, Certificado del Ministerio del Interior, listados de prohibición de ingreso al país, testimonios de autoridades políticas, certificado de nacimiento o matrimonio que certifique relación familiar, otros.

4.4 ACCESO A LA ATENCION

La derivación y por lo tanto el acceso al sistema de salud puede provenir de:

- Agrupaciones de Derechos Humanos, Organizaciones No Gubernamentales y otras instancias sociales.
- Organizaciones de usuarios Programa PRAIS.
- Detección realizada en la Red de Salud Mental y Psiquiatría.
- Consulta espontánea.
- Otras instancias del Estado: Ministerio del Interior. Instituto Nacional de Previsión y otras.

4.5 DE LA ATENCIÓN

1.- La Atención de Salud de la población acreditada como beneficiaria PRAIS corresponde exclusivamente a la modalidad institucional, y se efectúa en forma gratuita. Prevalece la condición PRAIS por sobre otra modalidad previsional en salud.

2.- Los beneficiarios PRAIS tienen acceso a todas las prestaciones de salud que están disponibles para el conjunto de beneficiarios de su respectivo Servicio de Salud, en todos los niveles de resolución, tanto en los establecimientos propios como en centros de referencia regional o nacional, o a través compra de servicios a otras instituciones.

3.- La atención de las personas beneficiarias PRAIS es responsabilidad de los siguientes equipos profesionales:

a) Equipos de Salud General, para el nivel primario de resolución. De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se deben implementar acciones de salud mental en todos los establecimientos de atención primaria. Las funciones de estos equipos, en relación con los beneficiarios PRAIS, son las siguientes:

- Detección, acogida y apoyo emocional de personas afectadas por posible represión política en el período 1973-1990.
- Derivación a Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria o a Equipo PRAIS para la acreditación de su calidad de beneficiario PRAIS.
- Atención de salud general.
- Atención de salud mental para condiciones asociadas a secuelas de traumatización leve, mediante el conjunto de prestaciones definidas en el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Derivación a atención de salud general especializada si lo requiere.
- Derivación a Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria para atención especializada.

b) Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, para el nivel secundario de resolución, que de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría deben implementarse en todos los Servicios de Salud del país y teniendo a cargo, cada uno de ellos, una población general de aproximadamente 40.000

personas. Las funciones de estos equipos, en relación con las personas beneficiarias PRAIS, son las siguientes:

- Diagnóstico psicosocial, acogida, y apoyo emocional.
- Acreditación de la calidad de beneficiario PRAIS, e información y orientación sobre servicios médicos, psicológicos y sociales disponibles.
- Apoyo técnico continuo a equipos de salud general.
- Tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales asociadas a secuelas de traumatización de mediana intensidad.
- Apoyo técnico a las organizaciones de autoayuda de personas beneficiarias PRAIS.
- Derivación a atención de otras especialidades médicas, cuando se requiera.
- Derivación a atención de equipos PRAIS en caso de respuesta insuficiente al tratamiento o secuelas de traumatización extrema.

c) Equipos PRAIS, para el nivel terciario de resolución, conformados multidisciplinariamente por psiquiatra, psicólogo, médico general, asistente social, enfermera y terapeuta ocupacional.

En los Servicios que cuentan con Equipos PRAIS, se debe velar por su mantención. Los Servicios que carecen de Equipo PRAIS deben tener al menos un equipo de acogida, con dos profesionales a tiempo parcial (especialmente psicólogo y médico general), y derivar a tratamiento a un Servicio de Salud con equipo PRAIS que actúe como centro de referencia.

La incorporación de los usuarios al sistema de salud es un proceso que lleva un tiempo indefinido, lo que se traduce en la necesidad de mantener la presencia de un médico general como parte de los equipos. Este profesional detecta y realiza la sensibilización previa para la incorporación al proceso de psicoterapia propiamente tal, debido a la somatización y cronificación de la sintomatología del paciente. Además deber asumir la función de sensibilizar y capacitar a los profesionales médicos del sistema general para generar una adecuada integración

Las funciones de estos Equipos PRAIS son:

- Diagnóstico de secuelas físicas, psicológicas y sociales de la represión política.
- Acreditación de la calidad de beneficiario PRAIS, e información y orientación sobre servicios médicos, psicológicos y sociales disponibles.
- Apoyo técnico continuo a equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria.
- Tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales asociadas a secuelas de traumatización extrema (familiares de detenidos desaparecidos, familiares de ejecutados políticos, víctimas de torturas físicas, víctimas de múltiples actos represivos).
- Apoyo técnico a las organizaciones de autoayuda de personas beneficiarias PRAIS.
- Derivación a atención de otras especialidades médicas, si lo requiere.
- Diseño e implementación de acciones de sensibilización de equipos de salud, organizaciones sociales y otros sectores.

- Capacitación a los profesionales y técnicos del sistema general de salud

Las funciones de los Equipos de Acogida son:

- Diagnóstico de secuelas físicas, psicológicas y sociales de la represión política.
- Intervención en salud física y mental asociadas a la represión.
- Derivación a atención de otras especialidades médicas, si lo requiere.
- Derivación a Equipos PRAIS, con relación a la salud mental especializada.

4.- Para brindar atención en el nivel terciario de especialización, los profesionales que conforman los equipos PRAIS deben tener acceso a actividades de formación continua en Centros de Educación Superior y en instituciones especializadas en el abordaje terapéutico de población con secuelas de traumatización extrema por causa de represión política ejercida por el Estado, tanto en el país como en el extranjero.

5.- En la atención especializada, en los niveles secundario y terciario de resolución, se realizarán las prestaciones definidas en el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, indicadas en el siguiente cuadro

IV.6 ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PERSONAS AFECTADAS POR REPRESIÓN POLITICA DE ESTADO EN EL PERIODO 1973- 1990

Demanda real estimada: 5 por cada 1. 000 personas

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
A QUIENES CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUIEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓ N DE LA ACTIVIDA D EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES OR PERSONA/AÑO
CONSULTA DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADA						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar diagnóstico psicosocial Entregar apoyo psicológico	Acogida y apoyo emocional Información y orientación Evaluación y diagnóstico psicosocial	Asistente Social Psicólogo Enfermera	20	0.5	4
CONSULTA MÉDICA DE SALUD MENTAL						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar: Diagnóstico Tratamiento		Médico General	20	0.5	3
	Complementar el diagnóstico	Hemograma Glicemia Sedimento Urinario GGT Pruebas Hepáticas Creatinemia Electrocardiograma Tomografía Axial Computarizada Electroencefalograma Radiografía de Tórax		10 10 10 5 5 10 10 1 1 5		1

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
A QUIENES CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUIEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/AÑO
CONSULTA PSIQUIATRICA						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar diagnóstico Psiquiátrico Realizar tratamiento de enfermedades mentales asociadas	Evaluación y diagnóstico psiquiátrico Indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico Apoyo emocional Información a la persona y su familia Referencia e interconsulta	Psiquiatra	20	0.5	4
	Farmacoterapia	Diazepan Fluoxetina Imipramina Sertralina Trazodona Moclobemida Alprazolam Carbonato de Litio Carbamazepin	Psiquiatra Médico General	10 10 2,5 2,5 2,5 2,5 5 2,5 1		60 180 180 180 180 180 60 180 180
PSICODIAGNOSTICO						
Personas Beneficiarias PRAIS	Realizar Diagnóstico	Aplicación de tests psicológicos	Psicólogo	5	2	2
PSICOTERAPIA GRUPAL						
Personas Beneficiarias PRAIS	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento para cada persona	Psicólogo Psiquiatra	5	0.33 (6 personas. x 2 hrs.)	12

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
A QUIENES CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUIEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/AÑO
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL						
Personas Beneficiarias PRAIS	Modificar factores psicológicos	Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo teórico específico y plan de tratamiento para cada persona	Psicólogo	5	0.75	36
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL ESPECIALIZADA						
Personas y sus familias Beneficiarias	Entregar apoyo emocional e información a pacientes y sus familias	Psicoeducación y apoyo emocional Información para toma de decisiones Entrenamiento en comportamiento de autoayuda Motivación para participar en redes y grupos de autoayuda	Psicólogo Asistente Social Enfermera Otro profesional	12	0,25 (8 pers. en 2 horas)	4
INTERVENCIÓN / ACTIVIDAD COMUNITARIA						
Grupos comunitarios y de Salud	Aumentar la capacidad de apoyo de las redes sociales, comunitarias, solidarias, de beneficiarios del programa, otros	Actividades grupales para la sensibilización, difusión, coordinación, planificación y desarrollo de actividades	Psicólogo Enfermera Asistente Social Médico general	25	0,1 (20 pers. en 2 hrs.)	3

			VARIABLES PARA PROGRAMACION (Estimación Promedio)			
A QUIENES CON QUIENES	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	ACCIONES A REALIZAR EN LA ACTIVIDAD	QUIEN LA REALIZA	% DE LA DEMANDA ESTIMADA QUE NECESITA LA ACTIVIDAD	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN HORAS	Nº DE ACTIVIDADES POR PERSONA/AÑO
<i>VISITA DE SALUD MENTAL</i>						
En el domicilio de personas beneficiarias	Realizar evaluación y seguimiento de cambios o situaciones especiales	Evaluación y diagnóstico psicosocial y familiar Psicoeducación, apoyo emocional	Asistente Social Enfermera	5	2	1
<i>CONSULTORIA / ENLACE DE SALUD MENTAL</i>						
Equipo de Salud general. Profesionales de otros Servicios Clínicos	Mejorar la acogida de esta población beneficiaria y mejorar la capacidad de resolutivez en el nivel primario	Reunión clínica y de coordinación	Equipos PRAIS		0.5	1

IV.7 CREDENCIAL DE BENEFICIARIO/A PRAIS

La tarjeta de beneficiario para la atención en la modalidad institucional de salud cumple las siguientes funciones:

- 1) Reconocimiento por el Estado de Chile como persona afectada por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990.
 - 2) Reconocimiento del deber ético del Estado de realizar acciones de reparación a estas personas.
 - 3) La acreditación como beneficiario para su atención gratuita en el sistema de Salud Pública, modalidad institucional.
- Será responsabilidad del Servicio de Salud considerar en su presupuesto la confección y distribución de las tarjetas debidamente seriadas, y tomar medidas para evitar su inadecuada utilización. Se adjunta modelo de Tarjeta tipo.
 - Su uso es intransferible.
 - Su duración es indefinida.
 - A partir de los 18 años, se puede acceder a una credencial individual, a solicitud del beneficiario.

IV.8 REQUISITOS Y COMPETENCIAS TECNICAS DE LOS PROFESIONALES QUE BRINDAN ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS POR LA REPRESION POLITICA EN EL PERIODO 1973-1990.

- Tres o más años de experiencia profesional.
- Conocimiento del Programa en todos sus aspectos.
- Capacitación en intervención en crisis.
- Capacitación en el daño psicológico producido en personas con secuelas de traumatización extrema.
- Capacitación en intervención psicosocial en personas con secuelas de traumatización extrema.
- Conocimiento del cuerpo legal que beneficia a los usuarios del Programa.
- Conocimiento, sensibilidad e interés para con el problema.

IV.8 SOPORTE ORGANIZACIONAL

1. Funciones de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud:

- Planificación nacional.
- Asesorar a las Unidades de Salud Mental y equipos técnicos de los Servicios de Salud.
- Asesorar implementación de la Norma Técnica.
- Monitoreo y seguimiento de acciones programáticas a nivel nacional.

- Coordinación con instancias nacionales e internacionales expertas en el tema.
- Coordinación y programación de actividades nacionales con la Asociación de beneficiarios PRAIS.

2. Funciones de la Unidad de Salud Mental de cada Servicio de Salud:

- Planificación y programación en el ámbito de Servicio de Salud.
- Asesorar en la implementación de la Norma Técnica.
- Monitoreo y seguimiento de acciones programáticas en el Servicio de Salud,
- Coordinación con instancias locales expertas en el tema.
- Coordinación y programación de actividades locales con grupos de beneficiarios PRAIS.

BIBLIOGRAFIA

AGGER, I; JENSEN, SB. "Trauma y Cura en Situaciones de Terrorismo de Estado" CESOC, Chile 1996.

ALMARZA, M. "Grupos terapéuticos de Reencuentro."
En: II Seminario de la Región del Maule. Linares 16,17,18,19 Enero 1991
Derechos Humanos, Salud mental, Atención Primaria: Desafío Regional"

BECKER,D; FALLEND,K;FUNCHNTER,H; JUHLER,M Y MADARIAGA,C
Matar el Alma, Aspecto Psicosociales de la Tortura
Instituto de Ciencias y Arte
Viena, 1992

BERGHEZAN, M C; Y ROJAS, PAZ "Experiencia desde la medicina general con familias y personas víctimas de violaciones de sus derechos humanos".
Serie Retrospectiva y Reflexión N°1
Programa de Investigación Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo. CODEPU,1997

CASTILLO, M; DEL RIO, M; CASTAÑEDA,M: LEFEVRE,C
"Propuesta de un modelo integral de salud para individuos y familiares afectados por violaciones de derechos humanos".
En: Revista Chilena de Psicología Vol. 16 N°2 año 1995.

CONFERENCIA INTERNACIONAL:
Salud, Represión Política y Derechos Humanos.

CORPORACION DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL PUEBLO. CODEPU
"Una experiencia psicoterapéutica con prisioneros políticos al interior de las cárceles" En: "Persona- Estado- Poder".
Estudios sobre Salud Mental Chile 1973-1989
Noviembre 1989

CORPORACION DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL PUEBLO.CODEPU
"Psicopatología del Exilio". En : "Persona- Estado- Poder".
Estudios sobre Salud Mental Chile 1973-1989.
Noviembre 1989

CORPORACION DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL PUEBLO.CODEPU
"Exilio y Retorno: Itinerario de un Desafío".
En : "Persona- Estado- Poder".
Estudios sobre Salud Mental Chile 1973-1989.

CORVALAN, CARLOS
Procesos Terapéuticos
Documento FASIC, 1994
DEL SOLAR,G; PIPER,I

Trauma Psicosocial y Violencia Política
En: revista Chilena de Psicología
Vol. 16 n° 2 año 1995

DOMINGUEZ, ANDRES
El poder y los Derechos Humanos
CEPLA, 1998.

FORO SALUD Y DERECHOS HUMANOS.
Journal Oficial de la Sociedad Internacional Para la Salud y Derechos.
Vol. I N°1 Junio 1998.

GUAJARDO, ALEJANDRO
La Terapia Ocupacional en la Persona Torturada
En: Revista de Psiquiatría 1995. XII /2/ 91 - 95. Chile.

GUZMAN, JOSE MIGUEL
Trabajo Social y Derechos Humanos
En: Reflexión. Derechos Humanos y Salud Mental.
Año 9 N°25. Santiago Chile 1996. CINTRAS

HERMAN.
Trauma y Reparación.
1992.

IBAÑEZ ROJO, VICENTE
Violencia Política y Guerra. Intervención en Víctimas de la Violencia.
En: "Prevención y Control de la Violencia"
Seminario Internacional. Cartagena de Indias. Noviembre 1997.

INFORME DE LA COMISIÓN NACIONAL DE VERDAD Y RECONCILIACIÓN.
Ministerio Secretaria General de Gobierno
Santiago de Chile. 1991.

KORDON, D. R; EDELMAN, L.I; LAGOS, DM; entre algunos
Efectos Psicológicos de la Represión Política
Buenos Aires, Ed. Sudamerica, 1986.

KORDON, DIANA
La tortura en Latinoamérica: sus efectos inmediatos y mediatos en el individuo y
en la sociedad.
En: Reflexión. DDHH y Salud Mental
Año 6 N° 19 Stgo. Chile. Septiembre 1993.

KORDON, DIANA
Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial
Elaboración del Duelo desde el Punto de Vista Psicosocial

En : II Seminario de la Región del Maule, Linares 16,17,18,19, Enero 1991
Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional

LIRA,E. BECKER,D

Derechos Humanos: Todo es según el Dolor con que se Mira
Eds. ILAS, Santiago. Chile.1989

LIRA,EY PIPER,I

Reparación Derechos Humanos y Salud Mental

ILAS. Ed.CESOC. Santiago, Chile 1996

LIWSKI,N (CODESEDH ARGENTINA)

Consideraciones Psicosociales del Proceso de Verdad - Justicia - Impunidad-
Reparación

Ponencia presentada en el Seminario Consecuencias de la Impunidad en la Salud
Mental, en el Derecho, en la Cultura y en la Política

MADARIAGA, CARLOS

Tortura, Proceso Salud- Enfermedad y Psiquiatría

En: Reflexión DDHH y Salud Mental año 8 N°-23

Stgo. Chile Agosto 1995, CINTRAS

MADARIAGA, CARLOS

Tortura en Chile ayer y hoy: el problema de la prevención.

En: Reflexión. Derechos Humanos y Salud Mental

Año 9 N°25 Santiago Chile, Julio 1996.

MANUAL ON THE EFFECTIVE INVESTIGATION AND DOCUMENTATION OF
TORTURE AND OTHER CRUEL, INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR
PUNISHMENT (The Estambul Protocol)

Submitted to the: United Nations Office of the High Commissioner for Human
Rights.

August 9, 1999.

MATAR EL ALMA

Aspectos psicosociales de la tortura.

Instituto de Ciencias y Arte.

Viena.

MINISTERIO DE SALUD. UNIDAD DE SALUD MENTAL

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Santiago, Chile. 2000.

MINISTERIO DE SALUD. UNIDAD DE SALUD MENTAL

"Salud y Derechos Humanos. Una Experiencia desde el Sistema Público de Salud
Chileno".

Publicaciones de Salud mental. Serie Memorias e Informes N°1. 1994.

MINISTERIO DE SALUD. DIVISION DE PROGRAMAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCION PRIMARIA
Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud
Mayo 1993. Santiago Chile.

MONASTERIO, HERNAN
Factores Pronósticos en la Cronificación del Daño Provocado por la Represión y la Tortura

MORALES, GERMAN
Subjetividad y Riesgos de los Equipos de Salud.
En: Revista Chilena de Psicología.

Vol. 17, N°2 1996 y Vol. 18, N° 1 1997.

MORALES G; LIRA E.

Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de Violencia

MUÑOZ, Y; ESTERIO, M; MORALES, E.
"Proceso de Reinserción del Retorno"

En: II Seminario de la Región del Maule. Linares 16,17,18,19 Enero 1991
Derechos Humanos, Salud mental, Atención Primaria: Desafío Regional".

NEUMANN, ELISA
Psicología y Derechos Humanos
Documento FASIC 1989

NEUMANN, ELISA

III Conferencia Internacional de: Salud Represión Política y Derechos Humanos
24,29 de Noviembre 1991
Organización Mundial de la Salud.
Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
Décima Edición.

PEREZ, JUAN

Daño y Reparación en Hijos de Víctimas de la Represión Política
En: Rev. Chilena Neuro Psiquiatría. 28: 131 - 140. 1990

REELER, ANTHONY:

¿Es la tortura un trastorno de Estrés Post-traumático?

En: Reflexión DDHH y Salud Mental año 8 N°-23

Stgo. de Chile. Agosto 1995. CINTRAS.

REPARACIÓN DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL
ILAS. 1996.

RIFFO, J; FRERAUT, V.

"Estudios de salud mental en presos políticos en período de transición a la democracia".

En: II Seminario de la Región del Maule. Linares 16,17,18,19 Enero 1991
Derechos Humanos, Salud mental, Atención Primaria: Desafío Regional".

ROJAS, M E.

La Represión Política en Chile. (Los Hechos).
IEPALA. Madrid 1988.

ROJAS, PAZ

El tiempo irremediable.

La posible rehabilitación e indemnización de los crímenes contra la humanidad.

En: Serie opinión y perspectivas N° 3, Stgo. Chile 1999.CODEPU

ROJAS, PAZ

La Tortura, arma de poder: la repuesta terapéutica como instrumento de vida

En: Persona, Estado, Poder, Estudios sobre Salud Mental

Volumen II CODEPU. CHILE,1996

VIDAL, MARIO.

Temas de Psiquiatría.

LOM Ediciones Limitada. Chile 1999.

PROFESIONALES QUE CONSTRIBUYERON A LA REVISIÓN Y ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

MARIO VIDAL CLIMEN

MEDICO PSIQUIATRA

SERVICIO DE PSIQUIATRIA

HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR.

ELISA NEUMANN GARCÍA

PSICOLOGA

ANGELICA MONREAL URRUTIA

MEDICO PSIQUIATRA

MARCOS ALVAREZ RAMIREZ

MEDICO SALUD MENTAL

SERVICIO DE PSIQUIATRIA

HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

PRAIS TALCA

JUAN C. GAETE CASTRO

PSICOLOGO Y COORD. SALUD MENTAL

SERVICIO DE PSIQUIATRIA

HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
PRAIS TALCA

BLANCA ITURRA REDONDO
TRABAJADORA SOCIAL
SERVICIO DE PSIQUIATRIA
PRAIS TALCA
HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

MARIA E. MASCARO MORALES
ASISTENTE SOCIAL
SERVICIO DE PSIQUIATRIA
PRAIS TALCA
HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

LUCY POFFAL ANGULO.
PSICOLOGA
UNIDAD DE SALUD MENTAL
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

JUAN MASS VIVANCO
MEDICO PSIQUIATRA
ENCARGADO UNIDAD SALUD MENTAL, JEFE SERVICIO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL FELIX BULNES
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

JIMENA MANSILLA CÁRDENAS.
ASISTENTE SOCIAL
UNIDAD DE SALUD MENTAL
DEPTO. ATENCION INTEGRADA
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES Y ANTARTICA CHILENA.

ROSANA IBACACHE PONTIGO
ASISTENTE SOCIAL
HOSPITAL DE MEJILLONES
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

KAREN ARAYA CARMONA
ASISTENTE SOCIAL
HOSPITAL DE TALTAL
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

MARIA C. OLIVARES SOTO
ASISTENTE SOCIAL
HOSPITAL DE TOCOPILLA
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

EVA COLQUE FUENTES
ASISTENTE SOCIAL
HOSPITAL DE CALAMA
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA

MARCO SUAREZ CATALDO
ASISTENTE SOCIAL
D.A.I.P.
SERVICIO SALUD ANTOFAGASTA

ADA ALVAREZ CAMPOS
ASISTENTE SOCIAL
PRAIS
HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

EDITA HERRERA ACOSTA
ASISTENTE SOCIAL
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE.
SERGIO CASTRO ALFARO
MEDICO DIRECTOR SERVICIO DE SALUD CONCEPCION.

LORENA SANHUEZA VASQUEZ
ASISTENTE SOCIAL COORDINADORA PROGRAMA PRAIS
HOSPITAL GMO. GRAN BENAVENTE
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION.

JUAN CARLOS IBAÑES GONZALES
ENCARGADO SALUD MENTAL
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION.

NESTOR IRRIBARRA ESPINOZA
MEDICO DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD AYSEN

SAMUEL KONG URBINA
SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL
SERVICIO DE SALUD ATACAMA.

MARIA FUENTES TAPIA
MEDICO NEUROLOGO
COORDINADORA PRAIS
HOSPITAL "DR. E. TORRES G"
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

MEYLIN KONG GARCIA
JEFE DEPTO. PROGRAMA DE LAS PERSONAS
SERVICIO DE SALUD ATACAMA.

IRMA PEREZ IRIARTE.
ASISTENTE SOCIAL
SERVICIO DE SALUD ATACAMA.

GONZALO ABARZUA CASTILLO
PROGRAMA PRAIS
HOSPITAL DE COQUIMBO
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

CLAUDIA CHAVEZ BOUSERIO
PSICOLOGA UNIDAD SALUD MENTAL
PROGRAMA PRAIS
SERVICIO SALUD COQUIMBO

SERGIO VELIZ MIRANDA
TERAPEUTA OCUPACIONAL
PROGRAMA PRAIS
SERVICIO SALUD COQUIMBO

SOLEDAD GRUNERT FERNÁNDEZ
PSICOLOGA.

PROGRAMA PRAIS

SERVICIO SALUD COQUIMBO

LOS BENEFICIARIOS PRAIS EMITIERON SUS COMENTARIOS, OPINIOMES Y
SUGERENCIAS A TRAVES DE LAS SIGUIENTES AGRUPACIONES:

CORPORACIÓN METROPOLITANA DE BENEFICIARIOS PRAIS

CORPORACIÓN NACIONAL DE BENEFICIARIOS PRAIS

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE IQUIQUE

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE ANTOFAGSTA

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE COPIAPO

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE COQUIMBO

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE VALPARAISO

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE SANTIAGO

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE COCHAGUA

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE TALCA

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE CONCEPCIÓN

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE VALDIVIA

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE OSORNO

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE PUERTO MONTT

ASOCIACIÓN DE BENEFICIARIOS PRAIS DE PUNTA ARENAS