

PROGRAMA MEDICO-PSIQUIATRICO.

INFORME Nº 2

	Pág.
I. Evolución de los Objetivos Generales.....	1
II. Descripción del Programa de Atención.....	2
III. Descripción del Programa de Estudio.....	4
IV. Evaluación del trabajo clínico.....	6

ANEXO 1 : Descripción general de la atención en
el Consultorio.

(Período comprendido entre
Septiembre de 1977 y Marzo
de 1978).

I. Evolución de los Objetivos Generales.

1. La evolución de nuestro trabajo no muestra grandes variaciones respecto al proyecto inicial. En este, la idea central se fundamenta en la conciencia de que la experiencia de detención, tortura, desaparición de un familiar, separación conyugal, deterioro económico y vital, etc., desencadenan procesos destructivos para el psiquismo de la persona y genera una gama de secuelas en el individuo y su familia.

Nuestro trabajo consiste fundamentalmente en oponernos a estos efectos destructivos, proporcionando una atención psicológica y psiquiátrica que posibilite la recuperación de los individuos, adultos y niños, que han estado sometidos a este tipo de experiencias. Al mismo tiempo, nos hemos planteado registrar y estudiar la experiencia recogida, en la conciencia que ella representa una realidad profundamente significativa para nuestra patria.

Ahora bien, en la medida que estas situaciones de daño y sus secuelas no han concluido en nuestro país, persistiendo las condiciones que los han generado, nuestro programa mantiene los objetivos enunciados más arriba.

2. Se han producido, eso sí, algunas variaciones en cuanto a las posibilidades concretas que hemos tenido para brindar nuestra atención o para realizar los estudios que nos interesaban y también en cuanto a nuestros propios criterios de prioridades.
 - Las mayores limitaciones las hemos tenido con el grupo que continúa recluido, (fracasamos en nuestro intento de ingresar a los recintos de reclusión) por lo que hemos trabajado mucho menos de lo previsto con este grupo.
 - Ha habido en cambio, un amplio y no previsto desarrollo en el trabajo de atención y de estudio de las personas que parten al exilio.
 - Se ha destacado el problema del daño familiar y la gravedad de las secuelas en la mujer y los niños. Ha aumentado nuestro trabajo en esta línea, fundamentalmente con el grupo de familiares de detenidos desaparecidos, como también con el grupo ACNUR y en general con toda nuestra población.
 - Nuestra tendencia ha sido priorizar cada vez más la tarea de apoyo a los que permanecen en Chile, en especial a los ex detenidos, quienes necesitan recibirlo para reanudar su

vida fuera de los recintos de reclusión. Durante un período de tiempo el apoyo social y psicológico les es indispensable para recuperarse de las secuelas y poder enfrentar las difíciles condiciones externas, ya que por su condición de ex detenidos son chilenos estigmatizados y doblemente cesantes.

II. Descripción de lo realizado en los aspectos de atención.

1. Fue atendida en forma directa un total de 155 personas hasta el 31 de Marzo del presente año, cuyas características más importantes se describen a continuación.

SITUACION:

ACNUR	26
FAMILIARES DE DETENIDOS DESAPARECIDOS	19
EX DETENIDOS	81
RECLUIDOS (Familiares)	23
OTROS	6

SEXO:

HOMBRES	81
MUJERES	74

EDAD:

ADULTOS	145
NIÑOS	10

2. La atención regular de los pacientes del consultorio se realizó, en la mayoría de las veces, dentro de un encuadre de tipo individual, en el que en un cierto número de pacientes fue posteriormente transformado en un enfoque de tipo familiar, ya sea de pareja o grupal.
3. El instrumento terapéutico fundamental ha sido la psicoterapia, que se ha usado de manera flexible con la orientación y técnica que ha parecido más adecuada para cada caso. El grado de profundidad alcanzado en cada paciente ha sido muy di-

ferente, ya que tanto las necesidades como las posibilidades de realizarla han variado mucho de un caso a otro.

4. Los psicofármacos se han usado como elementos complementarios en el tratamiento, resultando ser de gran utilidad en casi la totalidad de los casos. Los de mayor uso han sido los tranquilizantes menores (Diazepóxido, Diazepan, Lorazepan y Oxa-cepan). Usamos también antidepresivos puros (Marplan, To-franil) o combinados con tranquilizantes (Limbatrilin), éste último de excelente rendimiento en la sintomatología depresi-vo-ansiosa. En un porcentaje discreto de pacientes han debi-do usarse hipnóticos (Dalmadorm, Mogadon), y en forma excep-cional neurolepticos del tipo Haldol. Un ex detenido que pre-senta una esquizofrenia está siendo tratado con Modecate. En algunos cuadros ha sido útil complementar la terapia con vitaminas del tipo inyectable (Tol 12, Neurobionta).
5. Algunos pacientes que presentaron cuadros psicóticos o reaccio-nes neuróticas de gran intensidad, no pudieron ser tratados en forma ambulatoria y debieron hospitalizarse. Esto ocurrió en siete casos, con un promedio de 25 días de estada.
6. En algunos pacientes se usaron recursos complementarios tales como: interconsultas a especialistas, fundamentalmente neuró-logos y exámenes de laboratorio los que casi siempre consis-tieron en ECG. Se demostró además de mucha utilidad la prác-tica de realizar visitas domiciliarias, las que tuvieron co-mo objetivo el control y seguimiento de pacientes, como tam-bién una labor de complementación diagnóstica y terapéutica (manejo familiar).

CUADRO RESUMEN DE RECURSOS COMPLEMENTARIOS.

Interconsultas	:	10
Exámenes complementarios	:	7
Visitas domiciliarias	:	18

7. Un tipo de atención específica ha sido aquella que hemos deno-minado de "orientación al exilio" realizada con personas que están próximas a viajar. La atención ha sido en estos casos bastante más breve que en los pacientes regulares de nuestro consultorio, limitándonos a una o dos entrevistas cuando nos encontrábamos con personas en un buen estado psíquico y amplián-dolo a cuatro o más sesiones en aquellos casos en que se veía la necesidad de un tratamiento previo a la partida. La cifra

total de personas es de.....

8. La atención de los presos políticos sólo ha podido realizarse en Santiago, a través de la Asistente Social que ingresa a los recintos de reclusión. En algunos casos que presentaban clara sintomatología se enviaron medicamentos, y también a través de la misma Asistente Social se manejaron los problemas de pareja.

Con las reclusas de la Correccional, se realizó una experiencia que se puede considerar una forma de tratamiento psicológico. Fue llevada a cabo por una pedagoga que trabajó voluntariamente y que a través de la enseñanza del idioma, movilizó la actividad grupal. A pesar de la motivación de las detenidas la experiencia debió interrumpirse por presentarse problemas con las autoridades carcelarias.

9. En un importante número de casos se consideró importante proporcionar un apoyo social concreto, generalmente de orden laboral o bien educacional o alimenticio. Se trabajó con los Departamentos Sociales del D. 504 y ACNUR, quienes entregaron y supervisaron estos apoyos, previa discusión del caso.

III. Descripción de lo realizado en los aspectos de estudio e investigación.

1. Este es el aspecto del programa que ha sufrido mayores modificaciones ya que ha sido necesario readecuarlo tanto en lo metodológico como en lo relativo a la priorización de los programas debido en parte, a que surgieron dificultades no previstas inicialmente o que habían parecido subsanables. Tal cosa ocurrió en el estudio que pensábamos realizar con los presos políticos a los cuales no tuvimos acceso directo, pues al no contar con apoyo de Cruz Roja, no fue posible ingresar a los recintos de reclusión. Intentamos trabajar con cuestionarios y test entregados por la Asistente Social, pero no resultaron ser los métodos adecuados para las personas que viven este tipo de situación, por lo que suspendimos la investigación.

Pero no solo han sido las dificultades las que han hecho variar las líneas de estudio, sino que también han influido las nuevas perspectivas que se han abierto durante el curso del trabajo. Así por ejemplo, las ventajas del método clínico y el rico material de nuestro consultorio nos han hecho valorar una

investigación basada principalmente en nuestra casuística, en la que es posible estudiar una amplia gama de problemas, tanto de tipo descriptivo y pragmático como de conceptualización y elaboración teórica.

2. Resumiremos brevemente lo realizado : hemos avanzado en la casuística recopilando un material de 106 casos estudiados del cual se envía un informe en Anexo.

- Ha comenzado a utilizarse un nuevo sistema de entrevistas grabada que permitirá estudiar en forma mas sistematizada y completa algunos casos seleccionados previamente.
- A medida que se elaboró el Programa de Atención para los que parten para el exilio, fue formulándose una forma de registro y de seguimiento que permitiera recoger esta experiencia, preparándose también un extenso material de información y de análisis sobre el tema.

Al mismo tiempo, y con el fin de alcanzar un mayor nivel de rigurosidad en la evaluación del rendimiento del programa, fue elaborado un proyecto más completo y sistemático para cuya realización es necesario disponer de un complemento presupuestario.

Todos los detalles del trabajo de orientación al exilio se entregan en Anexo.

- Nos hemos interesado también por estudiar aquellas familias ACNUR que presentan una condición de especial gravedad y deterioro, y que hemos llamado "situación problema".

La primera parte del estudio ha sido de carácter exploratorio y ha consistido en el análisis de los casos ACNUR atendidos en el consultorio y en la revisión de un material de 40 fichas del Departamento Social ACNUR, seleccionadas según esta idea de "situación problema".

Esta etapa exploratoria ya se ha cumplido, y los resultados y las proposiciones que surgieron son enviadas también en forma de Anexo.

ARCHIVO

X

IV. Evaluación del trabajo clínico.

1. Evaluación según metas asistenciales:

En general las metas asistenciales de nuestro programa están cumpliéndose según lo previsto. En lo que se refiere a las PRESTACIONES, no han habido dificultades para que lo ofrecido por nuestro Programa sea recibido por la población beneficiaria a excepción del grupo de los presos políticos, en el que existieron problemas ya mencionados. Haremos un pequeño resumen de las prestaciones entregadas:

- La totalidad de las personas referidas al consultorio fueron entrevistadas y diagnosticadas, recibiendo una atención inmediata, o siendo citadas dentro de un plazo que no se prolongó sino excepcionalmente, más allá de una semana.
- El tratamiento psicoterapéutico fue realizado en la totalidad de los casos que lo requerían, a pesar de las limitaciones de tiempo que se presentaron en muchas ocasiones lo que obligó al profesional que atendía el caso a realizar un esfuerzo especial y citar fuera de horario (pacientes de provincia, entrevistas para el exilio).
- Se proporcionó tratamiento farmacológico a la totalidad de los pacientes y por el tiempo necesario.
- Se financiaron todos los exámenes complementarios y las interconsultas que se consideró indispensable realizar.
- Todos aquellos pacientes cuya condición clínica no hacía posible el tratamiento ambulatorio fueron hospitalizados y tratados en esas condiciones por un profesional del equipo.
- En los casos que se consideró necesario realizar una visita domiciliaria, esta fue practicada por la Asistente Social y/o el médico tratante.
- A los casos de pacientes de provincia, se les canceló el gasto de pasajes y alimentación para su asistencia a consultorio.

Con respecto a las metas de COBERTURA, debemos considerar que en los primeros meses del programa, el esfuerzo de equipamiento y puesta en marcha de un consultorio, ha concurrido una importante proporción del tiempo de trabajo. A pesar de ello y aún cuando el equipo profesional no estaba completo, la demanda de atención ha ido en franco aumento a excepción de la baja experimentada en los meses de verano (lo que se explica por ser un período de vacaciones). Este aumento de la demanda ha

sido especialmente significativo durante el mes de Marzo (26 casos) y en lo que va transcurrido de Abril (30 casos nuevos hasta el 15 de Abril), en clara relación con las mejores condiciones de trabajo (local más amplio y aumento del equipo profesional por la llegada de la especialista en niños y de una psiquiatra voluntaria).

Evolución de la demanda de atención.

Número de casos nuevos por mes.

Septiemb.-Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
36	27	39	15	12	26

Se perciben, sin embargo, dos tipos de limitaciones que pueden significar un tope para alcanzar las metas propuestas y que consisten en estrechez de presupuesto para llegar hasta los pacientes de provincia y para prestar un apoyo laboral y social suficiente. Si resulta posible superar estas dificultades creemos estar en condiciones de cubrir satisfactoriamente una meta de atención cercana a 800 pacientes al año.

2. Evaluación según resultados clínicos.

A nuestro juicio es la evaluación más importante y la que muestra la real eficacia de un programa médico. Es también la más difícil de realizar, especialmente en el campo de lo psicológico y más aún cuando se trabaja con una población como la nuestra donde no sirven los criterios clásicos de salud y donde no se cuenta con experiencias previas que nos orienten. Todo esto nos obliga a ser prudentes y a plantear nuevas evaluaciones como algo que por ahora es meramente tentativo.

En un análisis muy global en que el paciente fue evaluado por el médico tratante según una escala de cuatro puntos (Excelente - Bueno - Regular - Malo), los resultados en 73 casos pueden considerarse muy satisfactorios (9 excelente; 40 bueno; 21 regular y 3 malos). El resultado es especialmente alentador si se considera que un alto porcentaje de estos pacientes presentaba una alteración catalogada de severa. Falta sin embargo, una evaluación que abarque un tiempo de evolución más prolongado, la que deberá realizarse con el sistema de seguimiento y catamnesis.