





ENFERMEDAD MENTAL,  
DERECHOS HUMANOS Y EXCLUSIÓN  
SOCIAL

**SANTIAGO**

*Ministerio de Salud, Chile  
Hogar de Cristo  
Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central  
2005*

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central  
Ministerio de Salud, Chile  
Hogar de Cristo

Compilación y Edición, *Paulo Egenau Pérez, Sergio Chacon Armijo*

Primera edición, 2005

*Convocaron*

Fundación Hogar de Cristo, Ministerio de Salud, Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Familiares y Usuarios de Personas con Afección de Salud Mental (CORFUSAM), Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental (ANUSSAM) y Corporación Metropolitana de Familiares, Usuarios y Amigos de Discapacidad de causa Síquica

*Agradecimientos*

Fundación Hogar de Cristo, Universidad Central de Chile, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Hospital El Peral, Banco Santander - Santiago, Hotel Hyatt de Santiago.

*Especial agradecimientos a*

María Angélica Barrera, Cecilia Cañete, Silvia Ossandón, Angélica Contreras

Portada, obra del artista nacional *Mario Irarrazabal*

Diagramación y Diseño, *Patricio Castillo Romero*.

Publicaciones Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central  
Carlos Silva Vildósola 9783  
Teléfono: 582 6506

# SUMARIO

<i>Nota Introductoria</i> , Patricia Jiménez Polti	9
<b>PALABRAS DE BIENVENIDA</b>	13
Aristides Giavelli Iturriaga, <i>Universidad Central</i> Dr. Antonio Infante Barros, <i>Ministerio de Salud</i> P. Agustín Moreira, <i>S.J., Hogar de Cristo</i> .	
<b>PANEL 1 PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA EN CHILE</b>	
AVANCES Y DIFICULTADES A NIVEL NACIONAL	23
Dr. Alberto Minoletti Scaramelli	
VISIÓN DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA	38
Dr. Carlos Madariaga Araya	
VISIÓN DEL PLAN NACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS	67
Alfredo Moya Olivos	
VISIÓN DEL PLAN NACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES	72
Andrea Cáceres Vallejos	
VISIÓN DEL PLAN NACIONAL DESDE LAS PERSONAS SOCIALMENTE EXCLUIDAS	80
Benito Baranda Ferrán	
<b>PANEL 2 SALUD MENTAL, DDHH Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN CHILE: AVANCES Y DIFICULTADES</b>	
BASES PARA EL DESARROLLO DE UNA POLÍTICA, RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	99
Dra. Angélica Monreal Urrutia	
PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA O MENTAL: REFLEXIONES HOGAR DE CRISTO Y RED-CALLE	107
Paulo Egenau Pérez , Luis Ossa Saldivia, Jenny Lowick-Russell, Emilia López Moscoso	
DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL, UNA MIRADA DESDE EL SISTEMA PÚBLICO	127
Dr. Mauricio Gómez Chamorro	
UNA VISIÓN DESDE LAS ORGANIZACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS: PROPUESTAS CONCRETAS	139
Miguel Rojas Varela	
ENFERMEDAD MENTAL, DERECHOS HUMANOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN CHILE: ANÁLISIS Y PROPUESTAS	149
Rodrigo Quintana Melendez	
<b>CONFERENCIAS</b>	
LOGROS Y DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CHILE DESDE LA PERSPECTIVA LATINOAMERICANA	165
Dr. Hugo Cohen Pugliese	
DEMANDA ÉTICA DE DD.HH DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL	181
Dr. Williams Valentini	
<b>TRABAJOS LIBRES</b>	
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA “HENRY TORRES FLORES”	189
Claudio Barraza Carvajal	

DE COSAM A EQUIPO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Dra. Ximena Cortés Gómez	198
Y DESPUÉS DEL ALTA ¿QUÉ?; INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO ENFERMEDAD MENTAL. COSAM CORONEL Nira Burgos Rivas	205
RENUEVA VIDA. MICROEMPRESA DE LAVADO DE AUTOS Pamela Grandon Fernandez, Miriam Moraga Villegas, Libertad Rivera Flores	212
FAMILIA MAPUCHE RURAL Y ESQUIZOFRENIA Fabiola Barrera Pinela, Juan Castellvi Oyarce, Claudia Inostroza Riquelme, Cyntia Mellado Velásquez	219
COMITÉ HABITACIONAL DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA CENTRO SALUD MENTAL OSORNO Pedro Fritz Cardenas	233
HOSPITAL DE DÍA DE CASTRO: EXPERIENCIA DE REINSERCIÓN COMUNITARIA María Angella Scholtz	240
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN LA XII REGIÓN DE MAGALLANES Wilson Verdugo Huenumán, Pilar Mansilla Vera	247
ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS COTIDIANOS. UNA HISTORIA DE LA CORPORACIÓN BRESKY Antonio Araya Gatica	255
TRANSICIÓN A MODELOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIOS Aldo Pastore Herrera, Marta Navarro Pizarro, Solange Fuentes Enríquez, Rodrigo Lagos Fuentes, Sergio Chacón Armijo	261
HOSPEDERÍA DIFERENCIADA DE MUJERES. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO COMUNITARIO Ana María Hermosilla Salinas	271
APROXIMACIONES TEÓRICO-TÉCNICAS PARA UNA CONCEPCIÓN DE SALUD MENTAL DEMOCRÁTICA Cristián Idiaquez Urrea, Rodrigo Fuentealba Peñaloza	278
ASPECTOS ÉTICOS DE LA REINTEGRACIÓN SOCIAL Jorge Chuaqui Kettlun	294
PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y TRABAJO Romina Bravo Briones	297
<b>SALUD MENTAL PARA CHILE</b>	
BASES PARA UN MOVIMIENTO POR LA SALUD MENTAL PARA CHILE	313
NUEVO MANIFIESTO SALUD MENTAL PARA CHILE	317





*“Pobreza, marginalidad, discriminación, tratos abusivos, sumado a la falta de una adecuada protección jurídica son los peores males que afectan a más de 600 millones de personas con enfermedades mentales en el mundo”*

En Santiago de Chile los días 4 y 5 de Noviembre del año 2004 se produjo un encuentro especial, se reunió a más de 300 personas en torno al tema “*Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social*”. Lo especial fue que confluyeron en él Usuarios, Familiares y Equipos de atención, que tienen algo en común: estar relacionados con enfermedades mentales; unos las padecen, directa e indirectamente y los otros trabajan en su tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

El objetivo fue compartir realidades, experiencias, pensamientos e ideas sobre el tema, analizar el desarrollo y estado de avance del trabajo con personas con enfermedad mental en Chile y las necesidades para su optimización, aunar fuerzas para desarrollar una práctica en salud mental y psiquiatría estrictamente fundada en el pleno respeto a los derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ecológicos y medioambientales) y buscar caminos para que la salud mental sea considerada como una variable significativa de la calidad de vida de los chilenos.

Asistieron personas de todo el país, quienes, después de dos días de un intenso intercambio, llegaron a un acuerdo amplio: la necesidad de contar con un movimiento social que asuma el tema como tarea propia.

El actual modelo político, social y económico junto con aumentar la brecha entre ricos y pobres, produce desigualdades e inequidades que condicionan la relación salud enfermedad de la población y el sistema de servicios que se establece para su atención. De allí la necesidad de plantearnos la creación de un Movimiento por la Salud Mental para Chile con la misión de luchar contra el estigma, discriminación y violación de derechos que afecta a las personas que sufren discapacidad o trastornos mentales.

Se requiere del protagonismo organizado de muchos actores sociales, tanto individuales como colectivos, para lograr instalar dentro de la sociedad chilena la necesidad de urgentes cambios en el ámbito de las políticas de Estado acerca de las prácticas en salud mental y psiquiatría.

En otros países, la falta de protagonismo de este tipo de fuerza social ha sido una de las causas de retroceso en procesos de transformación de modelos de atención en salud mental.

Este movimiento se abocará a promover, a lo largo del país, el desarrollo de múltiples y variados espacios de discusión, problematizadores y

creativos, cuyo objetivo sea el mejoramiento de la salud mental de los chilenos, de su calidad de vida, y el respeto pleno a sus derechos humanos y civiles fundamentales. Propiciará la transformación de las personas que padecen enfermedades o problemas de salud mental en ciudadanos plenos de derechos, impulsando la defensa de la satisfacción digna de sus necesidades esenciales y el ser protagonistas activos de los procesos sociales. Por tanto, luchará contra toda forma de exclusión social.

Para enfrentar la asistencia de las personas con problemas de salud mental se requiere la superación del manicomio y apoyar el desarrollo de un modelo de salud mental comunitario que, con la creación de redes sanitarias y sociales, de cuenta de las diversas necesidades de la población, garantice una atención integral y el pleno respeto a los derechos de las personas enfermas.

La presente publicación contiene los trabajos expuestos y discutidos en el Encuentro “Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social: Análisis y Propuestas”, donde como partícipes de esta realidad nos damos cuenta de que existen valiosas experiencias en esta línea de trabajo, personas que tienen mucho que decir y que no han tenido los espacios necesarios para aportar al cambio que buscamos.

Debemos estar concientes de que como ciudadanos de este país, además de tener la posibilidad y el deber de hacer los cambios descritos, somos herederos de la deuda histórica que nuestra sociedad mantiene con las personas que permanecen encerradas en hospitales o clínicas psiquiátricas, el momento de actuar llegó.

*Patricia Jiménez Polti*

*Coordinadora Equipo Organizador*

# PALABRAS DE BIENVENIDA

ENFERMEDAD MENTAL,  
DERECHOS HUMANOS Y  
EXCLUSIÓN SOCIAL



## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, UNIVERSIDAD CENTRAL

**S**aludamos este segundo encuentro sobre “enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social”, y nos sentimos muy complacidos por el hecho de que, por segunda vez, este encuentro se realiza en nuestra casa de estudios.

Entendemos esta temática que nos convoca en el ámbito general de las minusvalías, entendidas éstas como condiciones sociales desventajosas para desempeñar determinados roles como consecuencia de la deficiencia y la discapacidad. Pero sostenemos también que en los casos de los discapacitados psíquicos nos encontramos ante una de las formas más extremas de la marginación y de la exclusión social.

Sabemos que para avanzar en mejores formas de integración es preciso continuar articulando muchas voluntades, de personas, de empresas y de múltiples instituciones. La Universidad Central, la Facultad de Ciencias Sociales en particular, se encuentra comprometida decidida e integralmente con este propósito.

Para nuestra Facultad, para sus tres Escuelas, la dimensión “exclusión-integración” constituye un eje fundamental de análisis social en sus respectivos planes de estudio. Nos orientamos por esclarecer y por contrarrestar las distintas formas de exclusión y de marginación. Pensamos que estas fórmulas se acercan demasiado a la injusticia. Propiciamos, por tanto, con todos los argumentos de que somos capaces, un cambio cuantitativo y cualitativo para nuestra sociedad, en términos de mejor calidad de vida y de normalización para todas las personas que padecen este tipo de enfermedades.

Consideramos imprescindible que en las Universidades y en los distintos foros profesionales se continúe diseñando planes integrales de normalización, pero -sobre todo- que estas iniciativas no queden en el papel, sino que se transformen en realidades.

Los nuevos paradigmas que comienzan a competir con el modelo médico institucional clásico, aún -en muchas partes, y también en nuestro país- siguen teniendo, lamentablemente, el carácter de ideas, casi de utopías, distantes de las verdaderas condiciones de vida de los enfermos mentales.

Se necesita vencer esta tremenda inercia cultural apoyándonos, quizás, principalmente en los propios afectados y en sus familias, en las diversas organizaciones -nacionales e internacionales- en pro de los derechos humanos de todos los individuos, cualquiera sea su condición social, con el objetivo de que la integración se constituya en una demanda que los gobiernos no puedan desconocer y se promulguen, entonces, las leyes respectivas, y se creen los servicios necesarios.

Siendo evidente la larga historia de reclusión, institucionalización y marginación social de los enfermos mentales, durante toda la modernidad, y la relativamente corta trayectoria de las posturas anti-institucionalizantes, que rechazan la marginación y la exclusión, podemos constatar, con leve optimismo, que estamos avanzando, lenta pero sostenidamente. Está planteada la reforma psiquiátrica en nuestro país y, distando mucho de ser un planteamiento plenamente satisfactorio, constituye un logro inicial significativo. Queda, sin duda, mucho por hacer. Sólo nos resta comprometer toda nuestra capacidad de reflexión y de acción, como estudiosos de las ciencias sociales y como ciudadanos, en pro de la igualdad de oportunidades y mejora de la calidad de vida de estos conciudadanos, en los distintos aspectos y espacios de sus vidas.

*Arístides Giavelli Iturriaga*

DECANO

## MINISTERIO DE SALUD, CHILE

**L**a Reforma de Salud que se ha estado construyendo y concordando en Chile, para ser implementada a partir del año 2005, tiene como sus grandes desafíos continuar mejorando la salud de la población, disminuir las desigualdades de oportunidad y calidad entre los usuarios de los sistemas público y privado, otorgar mayor protección financiera, aumentar la participación ciudadana y responder a las nuevas necesidades de salud del siglo XXI. Con el cambio del perfil epidemiológico experimentado en nuestro país en los últimos años, la salud mental ha surgido como una de las nuevas necesidades a la cual se requiere responder en forma creciente.

En este contexto de reforma de la salud, El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que se ha estado desarrollando en Chile desde el año 2000 representa, por una parte, un modelo de atención de vanguardia, digno de ser imitado en muchos aspectos, y por otra, una de las áreas de mayores inequidades en salud, que requiere de medidas urgentes para lograr su consolidación. Vanguardia en cuanto se ha fomentando la participación de usuarios y familiares, las respuestas preventivas y tempranas a nivel de la atención primaria, el trabajo articulado y compartido entre especialistas y equipos de salud general, la atención cercana al hogar y en el medio comunitario y la reconversión de los grandes hospitales psiquiátricos. Inequidad porque las medidas implementada en el sistema público aún no han sido replicadas en el privado, porque los recursos disponibles para los problemas de salud mental no son aún proporcionales a su magnitud, en relación a otros problemas de salud, y porque los grados de implementación del Plan Nacional son muy disimilares entre los distintos Servicios de Salud.

Con los avances del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con la inminencia de la puesta en marcha de la Reforma de Salud, el encuentro sobre Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social, que se celebra en estos días, adquiere una connotación de la mayor trascendencia. Todos los ciudadanos chilenos tienen el derecho a una atención de salud oportuna y de calidad; ni la condición de enfermedad mental ni la de situación socioeconómica debieran ser

causales de exclusión. De manera similar, los derechos a la educación, trabajo, vivienda, recreación, participación cívica, entre otros, también debieran ser respetados en las personas en condición de pobreza, marginalidad y/o enfermedad mental. La Salud y la Salud Mental son intersectoriales por esencia, requiriendo para su promoción, protección y recuperación de la participación de la comunidad nacional en su conjunto.

Es así como en este encuentro tenemos una conjunción intersectorial virtuosa: una Universidad tan prestigiada como la Central, con los aportes académicos de su Facultad de Ciencias Sociales, una Organización No Gubernamental con una vocación de tantos años y tan profunda por las personas excluidas, un Ministerio, con sus equipos de salud mental a lo largo de todo nuestro territorio esforzándose por brindar mejores oportunidades de vida a las personas con enfermedades mentales, y Organizaciones Sociales de Usuarios y Familiares cada vez más empoderadas y luchando por sus derechos. Las ideas que aquí se debatían contribuirán, sin lugar a dudas, a orientar y engrandecer el camino hacia una sociedad más integradora de las personas con enfermedades mentales y más respetuosa de sus derechos.

*Dr. Antonio Infante Barros*

SUBSECRETARIO DE SALUD

## HOGAR DE CRISTO

**E**l mes de octubre de 2005 va a ser recordado por los chilenos por la canonización del Padre Alberto Hurtado. El mundo entero, o al menos el mundo cristiano reconocerá en el santo chileno a un eximio seguidor de las enseñanzas de Jesús de Nazareth. Entre estas, la dignidad inalienable de cada persona tiene un lugar privilegiado. La persona humana es imagen y semejanza de Dios, tiene valor en sí misma y en la encarnación del Verbo Divino tiene su fundamento teológico más sólido. Dios asumió la naturaleza humana y se hizo hombre, para relevar la sublime dignidad de toda persona humana. Ahora bien, fundado en la Palabra de Dios en textos como: el buen samaritano, el juicio final..., entre otros, Alberto Hurtado proclama con fuerza que *“el pobre es Cristo”*.

Afirmar que *“el pobre es Cristo”* en el contexto del Chile de la década de los 30 y 40 del siglo pasado, es de un arrojo sorprendente. En esa época, el país contaba con niveles de indigencia que bordeaba el 35% de la población. La mortandad infantil era escandalosamente alta y las condiciones de vida de los pobres, tanto en los ámbitos de salud, trabajo, vivienda y educación eran infrahumanos. Además, esta crudísima realidad de los más pobres se veía acentuada por la indiferencia y menosprecio de las clases pudientes. Muchos pensaban que los pobres eran tales debido a su flojera, negligencia, adicción al alcohol,...etc. Por eso, en aquella época la afirmación del Padre Hurtado incomodaba y resultaba tan exigente. Es a Cristo a quien se maltrata cuando se ignora y menosprecia a una persona que vive en condiciones de pobreza.

Hoy, a más de seis décadas de la creación del Hogar de Cristo, las condiciones de vida de los chilenos pobres ha cambiado y el rostro de los más débiles se nos presenta en las personas con discapacidad psíquica y enfermedad mental. Son ellos a quienes el Padre Hurtado nos exhortaría a reconocer el rostro del Salvador. Es a ellos a quienes debemos acoger con especial respeto, cariño y profesionalismo. De qué manera se concreta una acogida digna a éstas personas es el objetivo del presente libro.

Creemos firmemente que las personas que padecen la pobreza material, unido a una discapacidad psíquica u enfermedad mental son sujetos de derecho y por ningún motivo deben quedar excluidos o marginados de los beneficios que pertenecen a todos los miembros de la sociedad. Es el Estado y la sociedad civil en su conjunto, quienes deben velar por el ejercicio de los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de cada uno de sus miembros, teniendo especial cuidado de las personas más débiles. La riqueza espiritual y humana de una comunidad, estará especialmente relacionada con la forma como en ella se resguardan los derechos de sus hijos más frágiles.

Las personas en pobreza que además padecen una discapacidad psíquica u enfermedad mental no pueden ser los parias de la sociedad. A la historia personal tantas veces repetida de abusos y maltrato, no puede añadirse la marginación y exclusión social. Por el contrario, una comunidad solidaria debe hacer un esfuerzo extraordinario de acogida y promoción integral de estas personas, haciéndoles sentir partícipes e integradas a esta sociedad. Sólo una acogida cálida, una promoción humana integral en un espacio físico adecuado, unido al respeto de los derechos de la persona, harán posible una vida digna para las personas discapacitadas. Si las acogemos con respeto, les haremos justicia y ellas revelarán su gratitud a través de innumerables gestos de amor y la sonrisa en sus rostros será el signo más elocuente de que les estamos tratando como se merecen.

*P. Agustín Moreira, SJ.*

CAPELLÁN GENERAL





PANEL 1  
PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y  
PSQUIATRÍA EN CHILE



## AVANCES Y DIFICULTADES A NIVEL NACIONAL

DR. ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI  
*Jefe Unidad de Salud Mental  
Ministerio de Salud, Chile*

**A** través de un proceso participativo de equipos de salud, usuarios y familiares, el Ministerio de Salud formuló el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría durante el año 1999. Este Plan incluye 7 secciones principales:

1. Un modelo de acción con valores y principios: entre estos últimos destacan el enfoque biopsicosocial, el desarrollo humano, la participación activa de los distintos actores, la calidad de la atención y el modelo comunitario.
2. Un programa que especifica prioridades y actividades para las distintas instancias de atención (atención primaria, centros de salud mental y psiquiatría y servicios de urgencia).
3. Una red articulada de servicios de salud mental y psiquiatría, con dispositivos comunitarios, ambulatorios y hospitalarios.
4. El rol protagónico de las organizaciones de usuarios y familiares.
5. Mecanismos de financiamiento para el sistema público de salud, con costeo de las actividades prioritarias.
6. Trabajo con otros sectores, tales como educación, trabajo, justicia, municipalidades, ONGs, medios de comunicación, etc.
7. Instrumentos de regulación para garantizar estándares de calidad: normas técnicas para problemas prioritarios y dispositivos innovadores, así como reglamentos para la internación en servicios de psiquiatría.

## I. LOGROS Y DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO

Tanto en evaluaciones nacionales como a través del juicio de expertos internacionales, se han destacado varios logros del Plan Nacional en cuanto a la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental y psiquiatría. Entre ellos podemos destacar 3 indicadores principales:

- **Distribución de recursos financieros de salud mental entre diversos tipos de dispositivos:** en la tabla 1 se aprecia como en los últimos 5 años el peso relativo de los hospitales psiquiátricos ha disminuido desde un 57% a un 36%, mientras que los fondos destinados a dispositivos ambulatorios y comunitarios han experimentado un aumento significativo.

**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE SALUD MENTAL POR TIPO DE DISPOSITIVO**

	1999	2004
Hospitales psiquiátricos	57%	36%
Servicios psiquiatría hospitales generales	10%	12%
Centros ambulatorios	23%	33%
Atención primaria	7%	12%
Hogares protegidos	3%	7%

- **Impacto del modelo comunitario en la atención de personas con esquizofrenia:** en un estudio realizado por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud en el 2003, se comparó la atención de estas personas entre centros especializados con un alto y un bajo nivel de desarrollo del modelo comunitario. Los centros con mayor desarrollo del modelo mostraron una diferencia significati-

va favorable, con mejor calidad de vida, mayor satisfacción de los usuarios con la atención y menor deterioro en roles sociales.

- **Identificación de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) como dispositivos de mejores prácticas:** la experiencia de estos centros en Chile ha demostrado que logran una sectorización más plena con la comuna en la cual se insertan, favoreciendo la participación de usuarios, familiares y organizaciones sociales, y el trabajo con otros sectores. El equipo que trabaja en este tipo de centro tiene un conocimiento más profundo de la realidad social local, dispone de mayor flexibilidad administrativa para realizar intervenciones psicosociales y establece una alianza de trabajo más productiva con los centros de atención primaria.

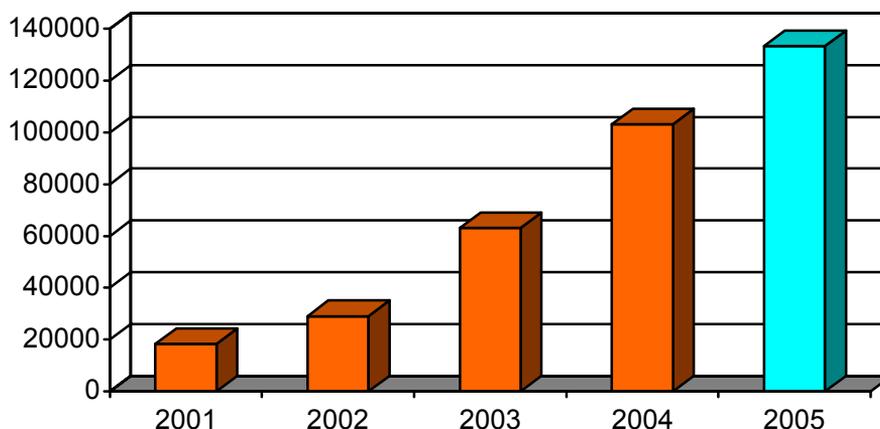
No obstante los logros señalados, el modelo comunitario aún se encuentra en una etapa incipiente de desarrollo en nuestro país debido a la existencia de una serie de barreras en el sistema de salud y en la comunidad. Las principales barreras identificadas en evaluaciones de diversos Servicios de Salud son:

- Falta de incentivos para los equipos de salud que trabajan con el modelo comunitario.
- Rigidez del sistema administrativo-financiero del sistema público de salud que dificulta el trabajo fuera de horarios convencionales o fuera de espacios institucionales.
- Insuficiente formación de técnicos y profesionales de salud en el trabajo comunitario.
- Existencia en la población chilena de un alto grado de estigma y discriminación hacia personas con enfermedades mentales.
- Tejido social destruido durante la dictadura militar y no reconstruido con el retorno a la democracia.

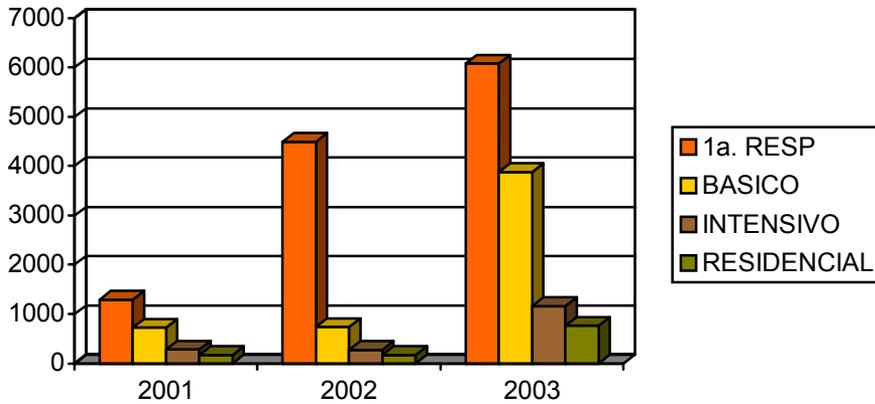
## II. LOGROS Y DIFICULTADES CON EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Las figuras 1 y 2 muestran el importante aumento en los últimos años en el número de personas que reciben atención integral en los programas de depresión y de abuso / dependencia de drogas. Aumentos similares se han producido también en el programa de esquizofrenia. Todos estos programas han experimentado además una mejoría en la calidad de la atención, con la incorporación de fármacos de última generación y de intervenciones psicosociales de mayor efectividad.

**FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA NACIONAL DE DEPRESIÓN (APS Y CENTROS SM Y PSIQUIATRÍA)**



**FIGURA 2. N° PERSONAS EN TRATAMIENTO POR PROBLEMAS DE DROGAS (CONACE-FONASA)**



Si bien se ha logrado un avance interesante en las tres prioridades descritas, aún no se ha conseguido apoyo político y financiamiento para abordar las otras prioridades definidas en la formulación del Plan en 1999. Es así como la implementación programática es mínima en trastorno hiperactivo de la atención (cobertura de 10% de la demanda), maltrato infantil, violencia intrafamiliar (cobertura de 15% de la demanda), y víctimas de violaciones a derechos humanos durante la dictadura militar, y aún no se han desarrollado acciones en promoción, prevención y Alzheimer y otras demencias.

Por otra parte, ha sido imposible tener respuestas mínimas para otros problemas de salud mental que cada día demandan en forma creciente a los equipos de atención primaria y de especialidad. Entre ellos se pueden destacar los trastornos de ansiedad, bipolares, alimentarios, y de personalidad, así como el autismo, el retardo mental y los problemas psicológicos asociados a enfermedades somáticas.

### III. LOGROS Y DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE REDES DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

En la tabla 2 se puede apreciar el importante aumento de los principales dispositivos de salud mental durante los 5 años de implementación del Plan Nacional.

**TABLA 2. DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN CHILE**

	1998	2000	2002	2004
Psicólogos en Centros APS	120	150	247	452
Centros Psiq Ambulatorios	30	41	52	62
Equipos comunitarios	4	8	39	42
Serv Psiq Hospital General	14	14	16	18
Hospitales de Día	6	10	32	38
Centros Diurnos	17	19	22	24
Hogares Protegidos	19	49	60	82
Clubes Sociales	5	9	43	46

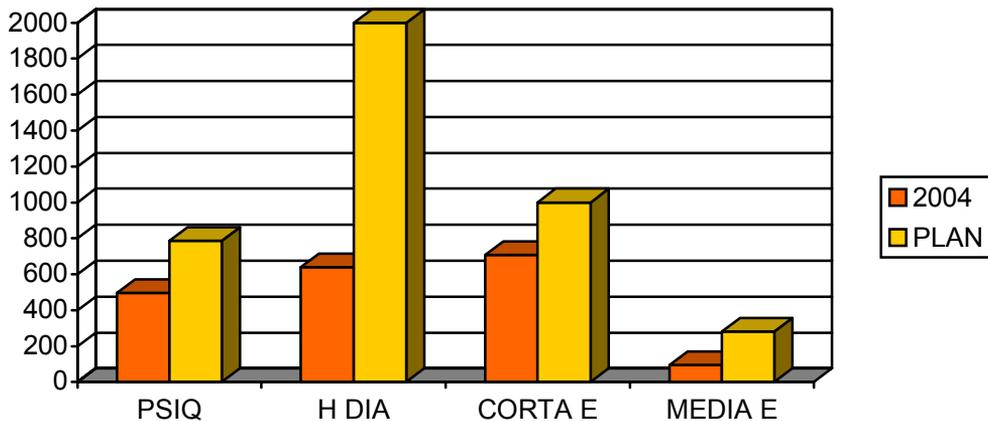
No obstante los logros que se muestran en la tabla 2, la capacidad de los dispositivos implementados es aún muy insuficiente para responder a las necesidades de salud mental y psiquiatría de la población chilena. Tal como se observa en la figura 3, existen brechas significativas en recursos humanos y número de plazas entre lo existente en la actualidad y lo que se planteó en el Plan en 1999.

Además de las brechas absolutas del consolidado nacional, se debe destacar que la distribución de recursos es muy desigual entre las distintas regiones del país, con sobre dotación de recursos humanos y de plazas en algunos Servicios de Salud de las Regiones Metropolitana y Quinta, e infradotación en el resto.

En el caso de los recursos humanos, se agrega el agravante de que la mayoría de los nuevos dispositivos creados en este período disponen de contrataciones inestables (honorarios y compras de servi-

cio), atentando contra la salud mental de estos equipos y deteriorando la calidad de la atención.

**FIGURA 3. BRECHAS DE PSIQUIATRAS, PLAZAS HOSPITAL DE DÍA Y CAMAS DE CORTA Y MEDIANA ESTADIA**



#### IV. LOGROS Y DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE ORGANIZACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES

Durante los últimos 5 años ha continuado creciendo el número de organizaciones, favorecido tanto por el aumento de equipos de salud mental y psiquiatría como por la mayor orientación comunitaria de ellos. Más importante aún, los usuarios y familiares han comenzado a tener algunas formas de participación en la ejecución de las acciones de salud mental, destacando su rol en la administración de hogares protegidos y en el funcionamiento de clubes sociales. Por primera vez en Chile, han surgido agrupaciones de usuarios, los cuales empiezan a tener una mayor conciencia de sus necesidades y derechos, comenzando así a diferenciarse de las organizaciones de familiares. Nace también en este período la primera agrupación nacional que aúna a organizaciones de usuarios y familiares con distintos problemas de salud mental (CORFAUSAM).

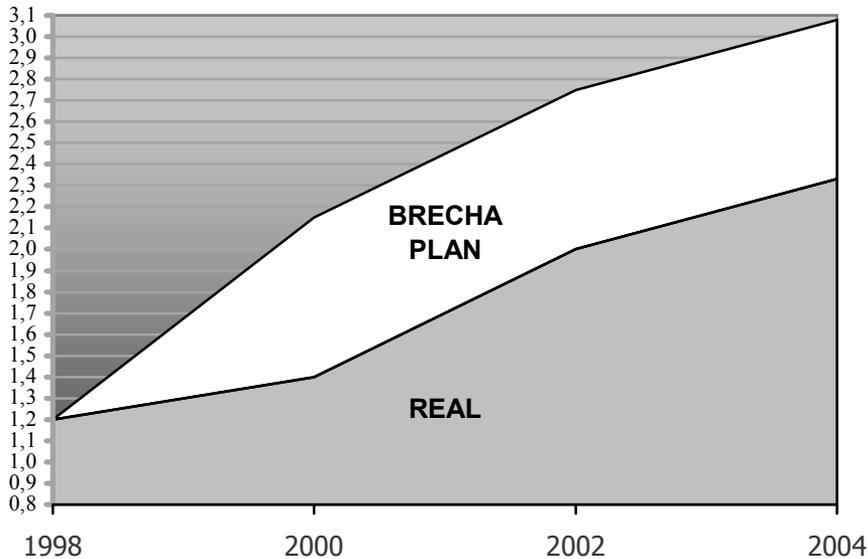
Sin embargo, estas organizaciones se encuentran aún en un número y estado precario de desarrollo en nuestro país, en comparación con el nivel de avances en programas y redes de salud mental. Algunos de los factores que han obstaculizado su desarrollo son el insuficiente apoyo y tiempo recibido desde los equipos de salud mental, la ausencia de fondos destinados específicamente a su desarrollo organizacional, y el surgimiento de conflictos personales entre dirigentes de agrupaciones.

Un aspecto que debe ser evaluado con mayor profundidad es el rol asumido por agrupaciones de familiares en la administración de hogares protegidos. Tal como se señaló previamente, esto constituye en muchos casos un logro, pero lamentablemente no ha estado exento de dificultades por el incentivo económico que genera en desmedro de actividades de defensoría de derechos de los usuarios.

El conjunto de las dificultades señaladas determina que en Chile aún no sean escuchadas las voces de los usuarios y familiares, y que no tengan mayor influencia en la formulación, implementación y evaluación de las políticas, planes y programas de salud mental, tanto a nivel nacional, como regional y local.

## V. LOGROS Y DIFICULTADES EN EL FINANCIAMIENTO DEL PLAN NACIONAL

**FIGURA 4. BRECHA DEL PRESUPUESTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DESTINADO A SALUD MENTAL**



La figura 4 ilustra la situación del financiamiento del Plan durante sus 5 años de funcionamiento. En el sistema público, se ha duplicado el porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (del 1,20 % a 2,33 %), pero no ha alcanzado la tasa de crecimiento necesaria para llegar al 5 % en el año 2010, tal como señala la meta del Plan. Esto significa que no podrá responderse adecuadamente a las demandas de la población en todos los problemas priorizados. La situación es más grave aún en algunas regiones del país, donde el presupuesto de salud mental es inferior al promedio nacional.

Otra dificultad referente al financiamiento del Plan Nacional es la aplicación de mecanismos financieros con criterios predominantemente economicistas, impuestos por el Ministerio de Hacienda y

FONASA, sin que existan claros objetivos y procedimientos escritos entregados con anticipación. Estos mecanismos se han transformado en barreras para que los equipos apliquen el modelo comunitario, y paradójicamente han producido incentivos perversos a favor de las hospitalizaciones prolongadas.

A pesar del apoyo verbal que ha recibido la formulación e implementación del Plan por diversas autoridades de salud nacionales y regionales, no ha existido en estos 5 años la voluntad política de establecer un plan de expansión anual regular que permita cerrar las brechas existentes para el año 2010. Por el contrario, las expansiones han sido irregulares y sujetas al apoyo o la falta del por parte de las autoridades de salud de turno.

## VI. LOGROS Y DIFICULTADES EN EL TRABAJO CON OTROS SECTORES

Esta área ha sido la más débil del Plan Nacional, predominando las dificultades sobre los logros. Al no existir una política nacional sobre salud mental o sobre la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, los distintos sectores del Estado no han implementado las estrategias señaladas en el Plan.

1. **Educación:** A excepción del trabajo con la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas para la implementación del Programa Habilidades para la Vida, en los primeros años de enseñanza básica (beneficiando 43 comunas y 68.025 niños), no ha existido preocupación por la salud mental desde el Ministerio de Educación.
2. **Trabajo:** Dos grandes estrategias del Plan, apoyo financiero a empresas sociales e incentivos de la pensión de invalidez para la reinserción laboral, no han encontrado acogida en el Ministerio del Trabajo en este período.
3. **Comunas:** Las políticas de las municipalidades no han incorporado el tema de la salud mental, haciéndose partícipe del estigma y discriminación de nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.

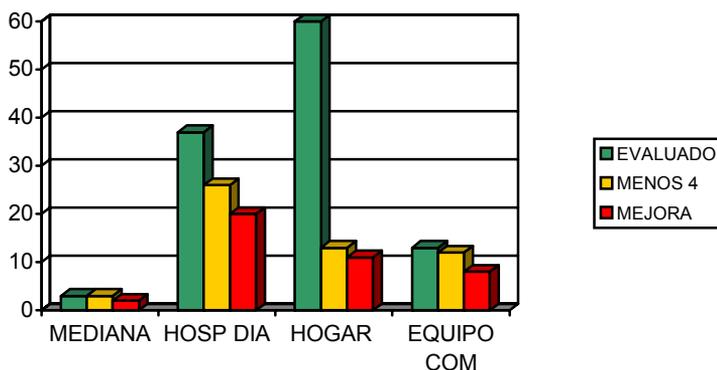
4. **Vivienda:** Las solicitudes del Ministerio de Salud sobre viviendas sociales para las personas que viven en hogares protegidos y que han desarrollado habilidades suficientes para vivir en forma autónoma no han sido respondidas por el Ministerio de Vivienda.
5. **Justicia:** El tratamiento de las personas con enfermedades mentales en las cárceles no ha mejorado, a pesar del compromiso establecido por el Ministerio de Justicia y Gendarmería. La Reforma Procesal Penal ha recargado el trabajo de los psiquiatras del sistema público de salud, en detrimento de la atención de las personas beneficiarias de FONASA.
6. **Pueblos Indígenas:** La salud mental no ha sido incluida en las políticas de salud para pueblos indígenas ni esto ha sido solicitado por otros organismos estatales a cargo de las políticas sobre pueblos indígenas.
7. **Medios de Comunicación:** En estos cinco años, la prensa, radio y televisión han continuado estigmatizando a las personas con enfermedades mentales, presentándolas como violentas y sin capacidades para integrarse a la sociedad. Muy pocos reportajes han mostrado una visión diferente más cercana a la realidad.
8. **Chile Solidario:** Un proyecto presentado por el Ministerio de Salud, para incluir aspectos de apego materno-infantil para familias de alto riesgo, lo que hubiera permitido cortar el círculo vicioso de la pobreza para muchos niños, fue rechazado por el Ministerio de Hacienda.

## VII. LOGROS Y DIFICULTADES EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Uno de los hitos más trascendentales del período ha sido la aprobación e implementación del Reglamento de Internación Psiquiátrica, que reemplazó el Reglamento vigente desde 1927 y que permite ahora respetar mejor los derechos humanos de las personas que se hospitalizan en servicios de psiquiatría. El nuevo Reglamento estableció por primera vez en Chile el funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, la cual realiza visitas a los centros de hospitalización promoviendo los derechos de los usuarios y además acoge los reclamos de estos y sus familiares.

Otro logro en calidad ha sido la formulación, publicación y distribución de normas técnicas y guías clínicas sobre los problemas prioritarios de salud mental y sobre los nuevos dispositivos implementados, permitiendo que los equipos de atención primaria y de especialidad orienten su práctica hacia las intervenciones de mayor efectividad y de mayor satisfacción de las necesidades de los usuarios.

**FIGURA 5. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE DISPOSITIVOS DE LA RED DE SALUD MENTAL 2003-2004 (ESCALA 1 A 5)**



Otra línea de calidad iniciada en el 2003 es la evaluación de estándares para algunos dispositivos (mediana estadía, hogar protegido, hospital de día y equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria). Tal como se observa en la figura 5, la mayoría de estos dispositivos, a excepción de los hogares protegidos, obtuvo una puntuación menor a 4, lo cual significa que el cumplimiento de los estándares de calidad fue bajo el 2003. Sin embargo, al ser reevaluados un año después, casi todos los dispositivos bajo 4 habían mejorado significativamente su calidad de atención.

## CONCLUSIONES

### **1. Capacidades para desarrollar un modelo de atención comunitaria de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**

Los datos presentados muestran como la conjunción de políticas centrales con las iniciativas de equipos de salud y salud mental locales puede llevar a mejorar acceso y calidad en la atención de salud mental y psiquiatría para las personas beneficiarias de nuestro sistema público. Y que esta atención produzca satisfacción de las necesidades de los usuarios y sus familiares, junto con reducir significativamente síntomas y discapacidades.

Donde han existido los recursos y los equipos apropiados, trabajando en el marco del modelo comunitario, las personas con enfermedades mentales han podido lograr altos niveles de integración a su familia, barrio, trabajo o estudio y grupos sociales, garantizándose un pleno ejercicio de sus ciudadanías.

## **2. Barreras para desarrollar un modelo de atención comunitaria de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**

A pesar de los avances significativos, aún existen muchas barreras para el pleno desarrollo del modelo comunitario en nuestro país. Estas barreras se encuentran tanto en los técnicos y profesionales de salud mental, por su insuficiente formación en habilidades para el trabajo comunitario, como en los usuarios y familiares, por la fragilidad y debilidad de sus actuales organizaciones. Además, existen también muchas barreras desde las autoridades chilenas, al no priorizar la salud mental en las políticas de Estado y no asignar suficientes recursos, como así mismo en la población general, al mantener una actitud estigmatizadora y discriminatoria hacia las personas con enfermedad mental.

## **3. La superación de las barreras requiere la unión de usuarios, familiares y equipos de salud mental para la defensoría de los derechos de las personas con enfermedades mentales**

Esta unión debe expresarse en el trabajo diario a nivel local, facilitando una forma de atención que garantice el pleno respeto de los derechos humanos de los usuarios dentro de los dispositivos de salud y en los programas del intersector. Los usuarios y la comunidad en general requieren ser escuchados por los técnicos y profesionales de salud mental, y que se les abran amplios espacios de participación, tanto para las decisiones clínicas como para las de la vida diaria.

El trabajo por los derechos de las personas con enfermedades mentales necesita ser difundido a toda la población a través de los diferentes medios de comunicación, local y nacionalmente. Un trabajo especial debe hacerse con las autoridades y los líderes políticos, regionales y nacionales, sobre la importancia de la salud mental para la vida de las personas y de la integración social de aquellos con discapacidad psíquica.

Finalmente, la implementación del modelo comunitario de salud mental y psiquiatría requiere de una ley que garantice que las personas con enfermedades mentales sean atendidas oportunamente y con calidad, en su medio social de vida, con los apoyos necesarios para una plena inserción social, y con el respeto a sus derechos humanos.

**¡LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES Y  
SUS FAMILIARES TIENEN EL DERECHO A INTEGRARSE AL  
DESARROLLO ECONÓMICO DE CHILE!**

## VISIÓN DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

DR. CARLOS MADARIAGA ARAYA  
*Jefe Servicio Psiquiatría*  
*Hospital Dr. E. Torres G. Iquique*

**N**o cabe duda que en el último decenio se ha producido en Chile un paulatino y creciente desarrollo de una nueva concepción de la psiquiatría y la salud mental en el ámbito de la salud pública. Este cambio constituye, por una parte, una respuesta a la crisis que estas disciplinas viven desde hace algunas décadas en el mundo entero y, por otra, al proceso de transformaciones políticas, sociales y culturales que vive la sociedad chilena desde el término de la dictadura militar en el mes de marzo del año 1990. Esta nueva concepción de la psiquiatría y la salud mental se apoya en un viraje epistemológico que desde una percepción biopsicosocial del psiquismo sano y enfermo cuestiona en lo sustancial el modelo biomédico y la ideología médica, visiones dominantes durante toda la segunda mitad del siglo XX. Entendemos, entonces, este movimiento transformativo como un proceso contra hegemónico que tiende a democratizar y modificar sustancialmente las prácticas en salud mental. De allí que la puesta en marcha de un plan de carácter nacional desde un dispositivo del Estado, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, recogiendo los esfuerzos iniciados por diversos equipos psiquiátricos a lo largo del país y acogiendo el sentimiento mayoritario de quienes han estado laborando en el campo de la salud pública durante la transición a la democracia, alcanza la más alta importancia como colaboración desde el ámbito de la salud mental a la construcción de un nuevo sujeto histórico.

El cambio modélico propone la incorporación de una perspectiva social y comunitaria en la manera de entender los problemas del psiquismo individual y colectivo y nuevas formas de intervención individual, familiar, grupal y social en todos los niveles del quehacer, desde los más directamente ligados a la clínica y el tratamiento indi-

vidual hasta aquellos otros dirigidos a grandes grupos humanos con fines de prevención y promoción de la salud mental. Se trata de un proceso complejo y lleno de contradicciones en el que hasta hoy lo determinante ha sido una voluntad por iniciar los cambios con apoyo en políticas de carácter central y el despliegue de una heterogénea pero enriquecedora variedad de experiencias locales que intentan plasmar en sus prácticas una metodología basada en la psiquiatría, la psicología y la salud mental social y comunitaria.

En estos pocos años se advierten dos necesidades fundamentales: la primera de ellas, la más urgente, es generar condiciones y capacidades en los equipos de la red pública de salud mental para orientar su praxis cotidiana según esta perspectiva comunitaria; la segunda es estimular y apoyar el desarrollo de una elaboración teórica propia, que sea capaz de producir momentos de síntesis a partir de dichas praxis con el fin de favorecer la co-construcción de un modelo de salud mental comunitaria de alcance nacional y con un sólido asiento en la realidad socio-histórica.

Sarraceno, en su último libro, “La liberación de los pacientes psiquiátricos”, nos advierte del peligro de hacer de la adscripción al modelo biopsicosocial una cuestión carente de contenido y, por lo tanto, de sentido. La masificación de este fenómeno arriesga con transformar lo biopsicosocial en un dogma, un cliché. Es momento de aprovechar la gran simpatía que esta propuesta epistemológica tiene en vastos sectores de trabajadores de la salud mental en Chile para orientar sus propias prácticas profesionales según sus fundamentos teórico-metodológicos. La clave para evitar la conversión del concepto en un *shebolett*, está en el “hacer” de los dispositivos de salud. Es en el esfuerzo concreto por materializar una concepción comunitaria de equipo de trabajo, por incorporar al conocimiento científico otras formas del saber en la interpretación de los problemas mentales y en la ayuda a las personas, por integrar formas participativas efectivas con agentes comunitarios e intersectoriales, etc. cómo se debe evitar esta reificación, la metamorfosis de algo tan específicamente humano -la persona, este ser histórico, indivisible en su unidad biopsicosocial- en un ente cosificado, un bíblico shebolett, al decir de Sarraceno.

Desplegar nuevas prácticas, buscar creativamente nuevos caminos en el tratamiento de los problemas mentales de nuestra sociedad,

acordes con las condiciones de existencia, la cultura, las tradiciones, el sentimiento de los grupos humanos específicos hacia los que dirigimos nuestro trabajo, armando redes de interacción en los planos macro y micro sistémicos: único camino para consolidar el proceso que se ha iniciado.

## Los cambios estratégicos

En este corto período histórico se han producido significativos avances en el proceso transformativo en el nivel de la red pública de salud mental, cuyo accionar está normado desde políticas de gobierno. Vamos a destacar tres hechos que nos parecen sustantivos en cuanto a su sentido transformador, ya que involucran un cambio profundo respecto de la psiquiatría clásica, es decir, del modelo médico en psiquiatría. Tienen el valor histórico de ser eventos dinamizadores de esta nueva fase de la salud mental chilena, operan como pilares en los que se está sustentando la posibilidad de una transformación estructural del modelo; alrededor de ellos se ha ido sumando una interesante variedad de experiencias y ha ido formándose una nueva generación de trabajadores de salud mental, quienes en estos nuevos escenarios aprenden a observar las problemáticas del psiquismo humano desde miradas más integrales.

### *1. Los hospitales de día*

Este viejo dispositivo, creado en la medianía del siglo pasado, surge en Chile hace menos de una década; ocho años atrás existían solo dos en todo el país, hoy han tenido un crecimiento exponencial y han llegado a constituir una pieza clave para el desarrollo de un modelo comunitario en todas las regiones. Por una parte, han creado ofertas más diversificadas para la atención de problemáticas específicas como trastornos psiquiátricos severos en situación de crisis, trastornos adictivos, trastornos conductuales y mentales infanto-adolescentes, etc. para los cuales el sistema público sólo ofrecía propuestas de intervención clásicas, preferentemente internaciones hospitalarias y consulta psiquiátrica. Por otra parte, el hospital de

día, visto desde la perspectiva del modelo comunitario, constituye un dispositivo en red que estimula la participación permanente de muchos actores sociales acompañando los procesos terapéuticos y de rehabilitación de los usuarios, especialmente el grupo familiar y agentes comunitarios; al mismo tiempo, la propia concepción del equipo de salud se modifica en favor de la horizontalización del trabajo y la incorporación de expertos no profesionales como los monitores y los técnicos en rehabilitación. Las realidades contextuales se visualizan más nítidamente lo que abre nuevos desafíos al equipo para la comprensión de la multiaxialidad de fenómenos que operan sobre un determinado problema psiquiátrico y los desafía a intervenir sobre algunos de estos ejes considerados “no clínicos” (y, por tanto, con el peligro de ser estimados como ajenos a la preocupación inmediata del equipo).

Este rápido crecimiento de los hospitales de día ha puesto en escena una novísima generación de trabajadores de salud mental; recientes encuentros nacionales de este sector han puesto en evidencia el inmenso potencial transformador de estos equipos. Se están inaugurando variadas experiencias en el nivel local, dispersas aún y con escasa sustentación teórica, pero al fin de cuenta están creando una nueva praxis que hará necesario ir elaborando: en estas praxis están sentándose las bases para una teoría comunitaria sobre el rol del hospital de día en la construcción de un modelo nacional de psiquiatría y salud mental comunitarias. La escasa presencia de médicos psiquiatras en estos dispositivos desnuda una de las más serias dificultades presentes en la actualidad en este proceso de cambios: la resistencia del psiquiatra a abandonar su escenario profesional clásico, el hospital y el consultorio. Esta cuestión no sólo se relaciona con la ideología médica sino también con cuestiones relativas a las debilidades estructurales del modelo comunitario en tanto política de Estado, que siguen haciéndolo aún poco atrayente desde el punto de vista contractual y del desarrollo profesional.

## *2. Los hogares protegidos y el cierre de las camas de “crónicos”*

El cierre de las camas de tipo asilar, tanto en servicios de psiquiatría clínicos insertos en hospitales generales como en hospitales psiquiátricos, reviste el máximo valor simbólico en relación con la reforma psiquiátrica en el mundo. Este fue el caballo de Troya de la antipsiquiatría de los años sesenta y de todos los esfuerzos europeos, norteamericanos y latinoamericanos que intentaron a partir de los años 50 hacer cambios estructurales y terminar con el modelo policiaco de la psiquiatría. Los costos y errores de las variadas experiencias realizadas persiguiendo esta meta, con diversos presupuestos político-ideológicos y con variadas formas de intervención, han sido capitalizadas por la psiquiatría reformista naciente en la última década del siglo, con el gravitante apoyo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, instancias de la comunidad internacional que han intentado diversas síntesis de ese complejo proceso histórico, con el concurso dialógico de las comunidades psiquiátricas de los países. Por lo tanto, cualquier esfuerzo nacional por avanzar en la dirección de poner fin a las prácticas institucionalizantes debe entenderse como un paso a favor de la humanización de dichas prácticas y en rescate de la ciudadanía de las personas que padecen trastornos mentales severos.

El cierre de camas de pacientes crónicos expresa una voluntad de modernización de la salud chilena; los avances son lentos debido a una multiplicidad de causas: dificultades del sistema para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones de OMS en el sentido de la continuidad de los cuidados (esto significa soporte intersectorial, hoy casi inexistente); resistencias desde la institución psiquiátrica tradicional y desde ciertos ambientes académicos; confusiones en los sindicatos de trabajadores de la salud, los que ven amenazadas sus fuentes laborales; incongruencias entre la ley de salud en curso y la exigencia de un sólido marco de salud pública para sostener los principios de solidaridad que impone un modelo comunitario. Por esta razón, el despliegue de experiencias de cierre de camas de crónicos adquiere un gran valor en tanto muestran la factibilidad de este objetivo; será muy valioso hacer un monitoreo de algunas de ellas, como la del Sanatorio El Peral y el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Iquique, con vistas a precisar

mejor las dificultades, resistencias y desafíos que generan estos cambios, y lo más importante, para verificar la capacidad real que tiene el sistema social global para sostener con dignidad y solidez el desafío de integración social de la persona involucrada en primera instancia en estos procesos: el sujeto enfermo.

Los hogares protegidos, otra vieja fórmula de la psiquiatría comunitaria, también han tenido un desarrollo apenas inicial en Chile. Al igual que en el caso del hospital de día, por una decisión central se ha puesto recursos financieros para dar marcha a este dispositivo lo que ha significado que en pocos años ya existen en todo el país. Después de un crecimiento intenso en los últimos cuatro años hemos llegado a una fase de estancamiento sin haber logrado alcanzar una satisfacción plena de las necesidades que la comunidad tiene de este recurso en ninguna parte del país. Sin embargo, es lo nuevo, es un fenómeno que nace para enriquecer la concepción de red de salud mental y dar una opción más humana para algunas personas afectadas por enfermedades mentales. Su oferta incentiva el fin de la manicomialización. En el caso de Iquique, ha sido la posibilidad de contar con hogares lo que permitió hace tres años proceder al cierre del histórico departamento de “crónicos”, dar de alta a 25 personas internadas *a divinis* e insertarlas en cuatro hogares en un sector residencial de la ciudad.

Dando cuenta de una realidad estructural del sector salud, estos hogares funcionan en condiciones económicas precarias, con recursos humanos reducidos y con una satisfacción básica de las necesidades vitales de sus moradores. En lo presupuestario operan en casi todo el país mediante la externalización de ciertos ítemes financieros (DFL 36) y su adjudicación para la administración a organizaciones sociales y agrupaciones de familiares, cuestión que precariza la responsabilidad del Estado en el soporte integral de los hogares y proyecta sobre ellos el fantasma de su privatización. Los esfuerzos realizados por los equipos de salud, los familiares y los propios usuarios son los que permiten sostener la existencia de este dispositivo en condiciones dignas. Un reciente estudio de calidad de vida realizado en Iquique en los cuatro hogares protegidos al cabo de sus tres primeros años de vida, utilizando el cuestionario Camberwell (CAN - r), nos mostró que los usuarios manifiestan una satisfacción adecuada pero no óptima

respecto de las necesidades en lo concerniente a calidad de vida objetiva. Esto se relaciona con la capacidad real del dispositivo para generar condiciones intersubjetivas para integrar a las personas al mundo social al que ahora pertenecen, crear vínculos identitarios con el vecindario, abrirse paso al disfrute y la recreación junto a los demás miembros de la población, sentirse en propiedad actores de los diversos escenarios ciudadanos, optar a puestos de trabajo, etc.

Así y todo, no cabe duda que la activación de decenas de hogares protegidos a lo largo del país es otra contribución a los cambios reformadores de la psiquiatría. Cada persona discapacitada inserta territorialmente en la comunidad obliga a la red sanitaria y a otros sectores del Estado a acoger los nuevos desafíos que este cambio de posición del sujeto está produciendo; se trata ahora de estudiar la posibilidad real de llevarlo a la recuperación plena de sus derechos humanos básicos, especialmente los económicos y sociales. Pensamos que la desinstitucionalización de estas personas no ha terminado con su ubicación en un hogar, más bien aquí verdaderamente empieza; un eventual fracaso implicará su involución reinstitucionalizante.

### *3. La formación de los equipos comunitarios de psiquiatría y salud mental*

Este es otro esfuerzo transformativo sustancial puesto que interpela a la red sanitaria a un esfuerzo de territorialización de los equipos y a la creación de nuevos escenarios para la intervención en salud mental. El desplazamiento a la comuna de la atención psiquiátrica ambulatoria ha traído consecuencias anexas muy significativas: la reformulación del concepto de equipo; la oferta de nuevas formas de acción en salud, muchas de ellas independientes de la participación del psiquiatra; la intervención de actores comunitarios y organizaciones de base; el desarrollo de las redes sociales; la revalorización del escenario familiar y comunitario como el espacio natural para la recuperación de la salud mental; la creación de condiciones más favorables para la implementación de acciones preventivas y promocionales en salud mental; etc.

El año 2003 se realizó el primer encuentro nacional de estos equipos, en una fase muy inicial de implementación; se trataba de una entusiasta promoción de jóvenes profesionales, muchos de los cuales comprendían claramente el significado de estos cambios y se mostraban comprometidos con el desafío de instalar la atención ambulatoria en el territorio; insistimos en la trascendencia de este fenómeno de incorporación de una nueva generación de trabajadores de la salud mental al proceso de cambios, dado que el futuro del mismo depende en parte no despreciable de cambios más internos, aquellos referidos a la capacidad de construir nuevas subjetividades, nuevos colectivos humanos, que sean capaces de vigorizar la reforma psiquiátrica.

Las experiencias han sido muy variadas y heterogéneas; las formas cómo los equipos han ido resolviendo los problemas de implementación han respondido a las condiciones y posibilidades locales, a las eternas limitaciones materiales, al grado de comprensión de las autoridades de salud y también a las insuficiencias de desarrollo del propio modelo comunitario. Los equipos resultantes y sus experiencias de trabajo tienen, por tanto, este sello de lo diverso e incluso de lo errático, lo que nos parece válido y comprensible pues es fiel reflejo de las búsquedas iniciales, la apertura del camino. Sobre todo porque esta perspectiva de equipos comunitarios de psiquiatría coexiste en muchos territorios con otras formas de trabajo ambulatorio en salud mental o de la institucionalidad psiquiátrica que responden al modelo antiguo, con las que se establecen relaciones a veces francamente problemáticas. El carácter transicional del movimiento en curso va a expresarse necesariamente en la existencia de contradicciones, vacíos teóricos y metodológicos, conflictos políticos y otras expresiones pero cuyas tensiones serán las que harán avanzar el proceso.

## Algunos fundamentos de estas nuevas prácticas

Visualizamos un conjunto de principios teóricos y determinaciones políticas en los que se apoya esta etapa de transformaciones en el desarrollo de la salud mental y la psiquiatría chilena de las cuales destacamos las siguientes:

### *1. El enfoque biopsicosocial*

Como ya ha sido señalado, se trata de un cambio paradigmático crucial, que establece nuevas perspectivas, tanto para la apropiación del fenómeno psíquico individual y social como para la creación y diversificación de las propuestas de intervención terapéutica, rehabilitatoria y preventiva. El paso desde una visión centrada en causalidades lineales hacia otra de determinantes multivectoriales del proceso salud-enfermedad mental ha puesto en un plano dialógico y de interdisciplinariedad a las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, lo que ha incidido en una inevitable pero necesaria complejización de la teoría y a praxis en salud mental y psiquiatría

### *2. La psiquiatría y la salud mental comunitarias*

El cambio epistémico ha producido un intenso desarrollo de la propuesta comunitaria y social en el campo de las disciplinas psiquiátrica, psicológica y de salud mental. Ha sido necesario apropiarse de un marco teórico básico para dar sentido y hacer coherente las políticas reformistas. La dictadura militar tronchó el importante desarrollo alcanzado por la psiquiatría comunitaria en los años setenta imponiendo un retraso lamentable en esta disciplina; recién en los finales de los ochenta (trabajo comunitario poblacional, intervenciones frente al trauma psicosocial, ONGs, etc) y ya más sostenidamente en los años noventa, con el inicio de la transición política, se reactivó a partir de experiencias locales autolimitadas y luego con las propuestas modernizantes surgidas desde el nivel ministerial. En la actualidad nos encontramos intentando impregnar todo el quehacer psiquiátrico

y de salud mental del sector público con la visión comunitaria, al mismo tiempo que tratando de incursionar teóricamente en nuestras propias prácticas y en la experiencia internacional para ir armando un corpus que oriente en lo esencial la dirección de este proceso.

### *3. El equipo comunitario de salud mental*

El concepto de equipo comunitario responde a uno de los desafíos más significativos de esta etapa: la reformulación de los espacios de intercambio, coordinación y acción de los actores en concordancia con los nuevos desafíos. Una perspectiva de salud mental fundada en parámetros democráticos, humanistas y solidarios, con apoyo en la doctrina de los derechos humanos, exige la resolución del tema saber-poder y la cuestión del control social en los marcos de un ejercicio real de lo participativo.

Por otra parte, la apertura del conocimiento científico desde lo biomédico hacia lo social aumenta la diversidad de disciplinas que convergen hacia este campo y obliga a los equipos a incorporar los nuevos relatos y los profesionales que los representan. Del mismo modo, la incorporación del saber popular (tradicional, metafísico, mágico, religioso, étnico, etc) ensancha la mesa de este equipo para dar cabida, con plena legitimidad, a nuevos expertos venidos desde lo popular, con sus propios discursos y sus técnicas. Finalmente, el concepto de actor en salud mental alcanza ahora hasta los grupos familiares y los propios sujetos enfermos, quienes reclaman su propio puesto en esta mesa. Así las cosas, este milenario mueble casero está alcanzando el tamaño de la mesa famosa aquella de Té Club, lo cual nos parece muy saludable. Al respecto, nosotros hemos señalado en otro trabajo la importancia de visualizar con claridad la forma cómo se integra aquella parte de la mesa que corresponde al equipo de salud propiamente tal -que tiene sus propias características y objetivos- al funcionamiento de la mesa en su conjunto, con todos sus comensales, en la cual se expresa también la misma realidad social pero en otro nivel de complejidad.

Hasta hoy la conformación de equipos comunitarios en salud mental ofrece dificultades, tanto debido a deficiencias conceptuales como a

cuestiones ideológicas y corporativas. Sin embargo, la idea de equipo comunitario goza de prestigio mayoritario al interior de la red sanitaria y constituye para muchas instancias de trabajo un ideal a alcanzar.

#### *4. Políticas públicas: el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental*

La existencia de un plan nacional desde donde se incentiva un proceso de transformaciones normativas para toda la red sanitaria de salud mental del país, con base en los principios antes señalados, constituye un avance político de proporciones y coloca al país en posiciones de avanzada en el concierto latinoamericano en cuanto a la implementación de las sugerencias que en este campo ha hecho OMS, especialmente en su Informe de Salud 2001. Lo que, a nuestro juicio, otorga valor al plan es ante todo la concepción que trae implícita, la perspectiva estratégica: se trata de un intento serio por producir transformaciones de fondo en el tratamiento global de la problemática de salud mental del país. Su ámbito de intervención involucra a toda la red de la salud pública y al 70% de la población chilena que se beneficia de ella, lo que hace potencialmente más efectivos y eficaces los diversos programas asistenciales a través de los cuales se canalizan los esfuerzos por incidir positivamente en el proceso salud-enfermedad mental.

Estimamos que hoy el Plan Nacional requiere profundizaciones importantes y nuevos desarrollos. Nos referiremos sólo a uno de sus puntos débiles, de importancia estratégica: la intersectorialidad, cuestión tratada en forma limitada en el plan, lo que ha tenido su costo al producir una visión simplista y reduccionista en los propios equipos y también en el nivel de las propias autoridades de la salud, paralizando la búsqueda de soluciones a las necesidades de nuestros consultantes. La respuesta integral a la problemática de salud mental será consecuencia de un tratamiento multiaxial, horizontal y coordinado entre sectores claves del Estado de Chile: educación, justicia, salud, vivienda, trabajo, cultura, etc.; se requiere de compromisos concretos, materializados en leyes de la república, mediante los cuales la sociedad responde por la satisfacción de los derechos humanos de los sujetos dañados en su salud mental.

## *5. Formación y capacitación de los equipos*

La interesante dinámica adquirida por el proceso en curso ha exigido preocupación por la formación de los profesionales de la salud mental, sobre todo dirigida a lo nuevo. Se trata no sólo de introducir conceptos teóricos ligados al viraje epistemológico ya señalado - muchos de los cuales son controversiales, como la definición de psiquiatría comunitaria o, más básico aún, de lo propiamente comunitario- sino también de incorporar metodologías y técnicas de trabajo adecuadas a esta perspectiva global. Las buenas prácticas profesionales y el desarrollo de intervenciones basadas en las evidencias imponen exigencias modernas con el fin de mejorar las posibilidades de éxito de los programas. La formación universitaria de post grado se ha puesto al servicio de este desafío con interesantes experiencias de colaboración entre la Universidad de Chile y la Unidad de Salud Mental del MINSAL. El desarrollo de experticias o competencias entre los nuevos agentes (monitores, técnicos en rehabilitación, líderes comunitarios, agrupaciones de base, entre otros) ha dado origen a otro escenario formativo y de capacitación y a nuevas metodologías de enseñanza, con base en lo participativo, la educación popular, la co-construcción del conocimiento. Abogamos porque la formación y la capacitación tengan un carácter continuo y se desplieguen en forma equitativa entre todos los trabajadores del sector y no se concentren en el ámbito profesional; es necesario recordar que uno de los sectores con más retraso en la comprensión del proceso -y, al mismo tiempo, más determinantes del éxito del mismo- es el de los funcionarios no profesionales.

### **Las nuevas prácticas y su desarrollo asincrónico**

El período transcurrido desde la puesta en marcha del plan nacional es, a la luz de los tiempos históricos, muy breve. Los procesos iniciados cursan en instancias de salud de desigual complejidad, formación y nivel de desarrollo, algo parecido sucede con las realidades sociales locales, el perfil epidemiológico y las condiciones de riesgo psicosocial de la población; ello hace que inevitablemente el

proceso se caracterice por su desarrollo disarmónico. Podemos reconocer equipos que se encuentran en plena transformación, explorando en la vanguardia las dificultades internas y contextuales que surgen al intentar cambiar las cosas. Estos equipos han sido los primeros en enfrentar conflictos políticos y gremiales a consecuencia de las resistencias, en verificar las rigideces del sistema burocrático sanitario para operacionalizar los cambios, en sufrir el autoritarismo y la desconfianza de las autoridades de salud, etc. Sin embargo, son los primeros también en reportar experiencias de transformación exitosa, en intentar ciertas reflexiones teóricas sobre sus propias praxis. No son estos equipos aún la tendencia dominante, son menos aún los que han logrado en su región o provincia comprometer a la totalidad de los dispositivos de salud mental en el proceso, pero se caracterizan por haberse posicionado hegemónicamente con su propuesta.

En otros equipos se ha logrado introducir modificaciones fragmentarias, es decir, en un territorio dado algunos dispositivos se han comprometido con el nuevo modelo y otros han optado por mantenerse fieles al viejo sistema, lo que produce dificultades importantes en el trabajo de la red de salud mental. Todos los problemas psicológicos y los trastornos mentales existentes en una comunidad determinada están interconectados, atravesados horizontalmente por un conjunto de fenómenos históricos, culturales, ecológicos, sociales, políticos, económicos, psicosociales, etc., de forma tal que requieren de una mirada integradora capaz de explorarlos en su totalidad y, al mismo tiempo, de una estrategia común que guíe las intervenciones en salud. De otra manera es el caos.

Un tercer estado de cosas es la existencia de equipos que han permanecido hasta hoy incólumes al cambio. Esta inercia viene de varias vertientes: liderazgos poco carismáticos o incapaces para asumir el desafío; equipos de escaso desarrollo y, por lo tanto, sin capacidad para influir en su entorno; desaliento frente a jerarquías sanitarias de corte autoritario; insuficiente apoyo desde otros niveles para incentivar los cambios, etc. Más que actitudes reactivas al proceso se observa en estos casos pasividad o indiferencia, lo que indica que una buena estrategia de apoyo, especialmente a partir de la capacitación dirigida hacia estos equipos y de un respaldo directo al

diseño de sus programas locales puede contribuir a un cambio de la situación.

Finalmente, percibimos una situación de resistencia abierta al cambio, hecho que reproduce en Chile lo que pasó en Europa y en los países latinoamericanos que han puesto en marcha procesos regionales de reforma psiquiátrica (como Río Negro, Argentina y Campinas, Brasil) . La oposición tiene en este grupo un sentido más profundo, se trata de una postura activa, fundada en argumentos político-ideológicos y científicos que tienden a mezclarse con reacciones de corte corporativo o reivindicaciones gremiales. Se promueve el debate público y la disputa de centros de poder, se producen movilizaciones y hechos políticos que trascienden a la comunidad, se tiende a la polarización y a situaciones cismáticas al interior de los equipos. Este fenómeno no sólo se ha producido en relación con algunos hospitales psiquiátricos sino también en servicios clínicos como el del hospital de Iquique en el que vivimos un poco de todo lo antes señalado. La crisis, el debate, la confrontación de ideas nos parecen saludables y necesarios, obedecen al ejercicio básico de una sociedad democrática; vehiculizan la participación de los actores en el proceso.

Si bien es cierto es comprensible este desarrollo disarmónico, pues obedece a un conjunto de factores históricos y a condiciones locales, resulta necesario avanzar hacia la superación de estas brechas con el fin de evitar que el proceso produzca inequidades regionales y, lo que es más importante, de optimizar el impacto global de los nuevos programas de acción en el campo de la salud mental como estrategia país.

## Las deficiencias del proceso y su impacto en el Plan Nacional

A continuación señalaremos algunos problemas que obstaculizan el proceso transformativo y cuyas causas entroncan muchas veces con cuestiones macro sistémicas y políticas.

### 1. *Dispersión e insuficiencias teórico-metodológicas*

Este aspecto apunta a los desarrollos internos de la institución de salud en lo que respecta al conocimiento científico y a su difusión dentro de la red. Hemos destacado su importancia como sustrato orientador del sentido de los procesos de cambio, de forma que la existencia de vacíos significativos en el campo del saber podrían afectar su rumbo general. El modelo comunitario en psiquiatría y salud mental se apoya en un sólido conjunto de premisas provenientes tanto de las ciencias biomédicas como las ciencias sociales y ha aportado beneficios directos a la clínica, a la epidemiología, a las intervenciones psicosociales, a los programas preventivos y de rehabilitación, etc. Reforzamos este concepto por cuanto una crítica recurrente al enfoque social y comunitario, proveniente de la perspectiva biomédica, es que se trata sólo de ideología, que carece de fundamento científico.

Justamente porque lo comunitario nos aporta desde las ciencias, las insuficiencias que aquí se registran impactan en las metodologías y en las técnicas con las cuales los equipos de salud operan en la realidad concreta. Un desconocimiento del cómo se opera en la práctica con el modelo comunitario desorienta al trabajador de la salud mental, produce resultados desalentadores, hace más arduo el quehacer. Uno de los fenómenos más peligrosos que resulta de esta situación es la dicotomización de las prácticas en salud mental entre lo clínico y lo comunitario, tendiéndose a reservar para esto último - lo comunitario- ciertas acciones que se desarrollan territorializadas en la comunidad con grupos de personas; tal postura, propia de la ideología médica, representa un intento por desproveer al modelo comunitario en psiquiatría y salud mental de sus fundamentos epis-

témicos y por reducirlo a ciertas prácticas específicas en cuya realización el psiquiatra tiene un rol poco relevante.

Un equipo no capacitado adecuadamente en lo teórico va a tender al practicismo y a la repetición manualística (es decir, no creativa) de las normativas centrales. Este hecho es evidente en muchas regiones en la fase actual del plan; en diversos encuentros nacionales en los que se muestran las experiencias locales se observa esta tendencia a la reproducción mecánica de ciertos instructivos nacionales sin tomar en cuenta aspectos propios de la realidad del territorio los cuales muchas veces exigen adecuarlos o francamente modificarlos. El pensamiento problémico de un equipo es beneficioso para el proceso general; el cuestionamiento creativo de las normas centrales debe ser bien acogido por la autoridad. El practicismo alude a la dificultad del equipo para hacer momentos de abstracción y síntesis sobre su propio quehacer lo que le impide corregir y enriquecer su praxis. Un equipo sólo será crítico, creativo y propositivo si se fundamenta en el conocimiento científico; crear condiciones para ello es un desafío no sólo del trabajador y su equipo sino del sistema de salud.

## *2. Problemas estructurales: el financiamiento del sector*

El sector salud enfrenta un déficit estructural histórico en lo relativo a su financiamiento. De hecho, los grandes hospitales operan con una deuda en algunos casos crítica, en quiebra virtual; de esta situación interna dan cuenta cada cierto tiempo, a través de los medios de comunicación, hechos como el colapso de servicios críticos, huelgas de trabajadores, eventos trágicos asociados a déficit de personal o de insumos, etc. El presupuesto de salud para salud mental, si bien es cierto ha mejorado en estos últimos años, no supera el 2.4%, cifra muy baja respecto de los estándares óptimos. La forma de financiamiento está hoy en proceso de modificación, con la nueva ley de salud, hacia un sistema de pagos asociados a un RUT, con una canasta de valorizaciones de acuerdo al diagnóstico, fundamentado en la necesidad de evaluar la efectividad de las acciones de salud; sin embargo, lo que sigue siendo un vicio del sistema es la subvaloración de los costos de las prestaciones, manteniendo intacto este viejo

mecanismo de producción de déficit financiero en los servicios. Este estado de cosas no permite responder satisfactoriamente a las necesidades de una red de salud mental definida en términos del Plan Nacional; de hecho, el propio plan no está financiado, de allí la precariedad de recursos de todo tipo y las justas quejas de los equipos en cada encuentro nacional. El presupuesto de salud es un tema de la hacienda pública, obedece a decisiones políticas que regulan la distribución de la riqueza social de acuerdo a una propuesta país; el sistema neoliberal, hoy en curso galopante, sigue dando duros golpes a los vestigios del antiguo Estado keynesiano. En el sector salud, como lo ha denunciado el Colegio Médico, esto implica la más seria amenaza a la salud pública.

### 3. *Políticas públicas en salud*

La reforma a la salud implementada por el tercer gobierno de la Concertación a través de la nueva ley de salud ha sido estimada por todos los gremios de trabajadores y profesionales de la salud como un retroceso importante del rol del Estado frente al derecho a la salud. La propia ley fue elaborada a espaldas de los actores principales del sector; ni el gobierno ni el parlamento acogieron las proposiciones y enmiendas elaboradas por algunos colegios profesionales y sindicatos. El Plan AUGE, hijo pródigo de la ley, ha sido rechazado desde su gestación y catalogada como una simple canasta de prestaciones; la nueva Autoridad Sanitaria emerge como el instrumento político con fuerza legal para la privatización del sector. La ley no es otra cosa que la respuesta del gobierno chileno a sus compromisos (como todo el tercer mundo) con la Banca Mundial, el FMI y al Organización Mundial del Comercio, en orden a impulsar la jibarización del presupuesto para las políticas públicas. Así se explica el que los recursos en salud se distribuyen de acuerdo a metas de producción (al igual que el resto del sistema productivo) y no a las necesidades epidemiológicas de la población. El futuro impacto de la nueva ley en la salud pública y en el proceso salud-enfermedad es algo que preocupa.

En este contexto resulta funcional el hecho que el Plan Nacional sea sólo un instrumento normativo, que opera en base a líneas pro-

gramáticas y metas nacionales, sin un corpus legal que haga exigible la satisfacción plena de todas las necesidades que se desprenden de dicho plan. El importante proceso de reformas iniciado con el plan se apoya, por tanto, en un terreno movedizo, expuesto a vuelcos de timón, ya sea por cambios de liderazgo en el nivel central, por variaciones en la coyuntura política o por cualquier otra causa asociada a modificaciones en la correlación de fuerzas en instancias de poder. El conjunto de programas, normativas regulatorias de las prácticas, resoluciones y demás instrumentos administrativos con los cuales la Unidad de Salud Mental ha desplegado con notable e inteligente esfuerzo la transformación del sector puede volver a fojas cero mediante los mismos expedientes (cuestión no tan fácil como se lee dado que ya están en marcha procesos colectivos de alta complejidad; sin embargo, queremos connotar la fragilidad de su basamento).

### **La conformación de los nuevos equipos y los problemas emergentes**

Los problemas emergentes son la resultante de deficiencias tanto locales como macro sistémicas, la mayoría de la veces interactuando ambas condiciones:

1. El proceso de cambios cursa en base a dos mecanismos: la redistribución de los recursos y la inyección de recursos nuevos. Lo que se reordena internamente casi siempre es algo ya previamente deficitario; por lo tanto, se redistribuye nuestra propia pobreza (tanto de recursos humanos como materiales y operacionales). Los recursos nuevos son mínimos y, por lo general, dan una respuesta en los límites de las necesidades, generando nuevos focos de pobreza.
2. La precariedad financiera se expresa en unas relaciones contractuales insatisfactorias para el trabajador, tanto en términos de las modalidades de contrato (a honorarios, con fondos externalizados, etc., lo cual implica pérdida de derechos como vacaciones, estímulos, imposiciones, estabilidad laboral, etc.) como respecto de las posibilidades de desarrollo profesional.

3. Buscando racionalizar al máximo los recursos humanos, las autoridades locales (y a veces los propios equipos) terminan por fragmentar la jornada laboral de un trabajador integrándolo simultáneamente a dos e incluso más equipos de trabajo, lo que es causa de burnout y de dificultades para su incorporación plena a cada uno de sus colectivos.

4. Los insuficientes recursos con que cuentan los equipos impiden muy frecuentemente que cubran la totalidad de las acciones que les competen según el plan nacional. Se produce aquí una causalidad de tipo estructural en la base de regresiones a estilos asistencialistas de algunos equipos que se ven obligados a priorizar aquellas acciones más directamente relacionadas con las metas de rendimiento asignadas. Las acciones terapéuticas individuales adquieren prioridad, lo que invita a reposicionar el modelo médico.

5. Los dispositivos puestos en marcha en los marcos del Plan Nacional no logran responder a los propios indicadores de calidad elaborados por el MINSAL. A modo de ejemplo, son escasos los territorios en los cuales se ha logrado instalar COSAM cada 50.000 habitantes, en la región metropolitana la situación es crítica; lo mismo sucede con el número de cupos en los hospitales de día, con las camas de agudos en hospitales generales, con los hogares protegidos.

6. Resulta fácil entender lo complejo -y en ocasiones decepcionante- que está siendo el proceso de acreditaciones implementado por la Unidad de Salud Mental (aspecto de la más alta relevancia para el fortalecimiento de la calidad asistencial de la red), la aplicación de sistemas evaluativos, estándares, buenas prácticas, etc. en los dispositivos de base y en sus equipos. La calidad de los servicios dentro de la red va a reflejar siempre tanto las características de los equipos y de su realidad inmediata como las condiciones estructurales en las que se desenvuelven.

7. En cada encuentro de red se expresan diversos síntomas de desgaste de los equipos: enfermedades recurrentes, ausentismo, renun-

cias, bajo rendimiento, conflictos interpersonales. Estimamos que el Burnout ocurre como expresión esencialmente de problemáticas sistémicas como las señaladas anteriormente, lo que nos alerta a evitar la excesiva medicalización de este fenómeno y a atender directamente estas causas estructurales.

### **El soporte de los nuevos dispositivos comunitarios**

Hemos argumentado la fragilidad estructural y política en que se funda el proceso de cambios. Los nuevos dispositivos de la red han sido creados en ese escenario y han quedado, por tanto, afectados en su estabilidad por diversas razones. Una de ellas es la difícil comprensión de parte de la autoridad de salud local acerca de la trascendencia de estos cambios, lo que afecta en términos del respaldo político. Este respaldo es vital porque de él depende la facilitación de las operaciones burocráticas que se requieren para la puesta en marcha y para la gestión técnico-administrativa.

Por otra parte, el financiamiento del dispositivo no siempre es claro y tampoco es garantía de continuidad. Ello hace que el equipo opere con la fiebre del ahorro, la restricción de insumos y de acciones (p. ej. no hacer domicilios, talleres, salidas comunitarias, actividades recreativas, porque importan gastos). Algunos equipos exploran posibilidades de acopio económico vía proyectos; lamentablemente los recursos estatales concursables no permiten a instancias que forman parte de una red permanente de salud pública asentar parte de su quehacer en este tipo de financiamiento dado que no garantizan continuidad y son excesivamente burocráticos en su gestión. Muchos dispositivos de rehabilitación operan bajo régimen de externalización, vía DFL 36, como ya señalamos, con el consiguiente peligro de privatización.

Preocupan estas limitaciones porque generan tensiones internas que inducen fenómenos de institucionalización como respuesta a la incapacidad de sortear dificultades que muchas veces están fuera del campo de intervención de los propios equipos.

## La transformación comunitaria de los dispositivos clínicos

Los dispositivos clínicos tradicionales -los servicios de psiquiatría insertos en hospitales generales y los grandes hospitales psiquiátricos- constituían hasta hace pocos años el escenario al cual estaba restringido el campo de trabajo de la psiquiatría; aparte de la actividad clínica tanto ambulatoria como intrahospitalaria llevada a cabo en ellos, solo algunas acciones de salud mental se realizaban en consultorios de atención primaria, en diversos centros de salud y en unos pocos programas psicosociales y socioeducativos de pendientes de las unidades de salud mental, principalmente a cargo de psicólogos. Casi todo el presupuesto de salud mental estaba puesto en esos dispositivos clínicos. Fue allí donde el modelo médico en psiquiatría y salud mental se hizo históricamente dominante, por lo que no es de extrañar que los procesos de cambio tengan una importante resistencia.

### 1. *Los cambios en los Servicios de Psiquiatría*

Mencionaremos algunos de los problemas que surgen al intentar introducir modificaciones en un servicio clínico de psiquiatría inserto en un hospital general:

- 1.1 La presencia de un modelo médico muy arraigado, no sólo entre los psiquiatras sino también entre los demás profesionales. Desde esa visión lo comunitario aparece como una amenaza para el trabajo clínico.
- 1.2 La ideología médica se resiste a la conformación de equipos interdisciplinarios con enfoque comunitario y se aferra a estructuras de dirección jerarquizadas y verticalistas, monopolizadas en su conducción por el médico.
- 1.3 En estas estructuras de equipo los trabajadores no profesionales juegan un rol periférico y no son integrados como sujetos reflexivos a la co-construcción del trabajo asistencial.

- 1.4 Desconfianza en las metodologías comunitarias, las que aparecen como experiencias “no científicas”, como ideología.
- 1.5 Como se trata de unidades hospitalarias, están sometidas rigurosamente a las normativas administrativas generales del hospital, las cuales son la negación de una organización dialógica y participativa. La autoridad de salud (y en algunos casos la propia jefatura psiquiátrica) se apoya en el estatuto administrativo y otras normativas para bloquear los cambios.
- 1.6 Priman los criterios de valoración económica de las acciones que realiza el servicio -cuestión entendible pues está concatenada con el asunto financiero del hospital- lo cual posterga o desperfila la realización de acciones innovadoras que ayudan a introducir prácticas comunitarias en el espacio clínico como el trabajo con las familias, vínculos con la comunidad, creación de grupos de base, el trabajo domiciliario, la capacitación interna, etc.
- 1.7 La reforma procesal penal sobrepasa la capacidad de los servicios clínicos con la exigencia, a veces ilimitada, de internación judicial. Saturación de camas de agudos con pacientes reos o procesados; internaciones prolongadas; gendarmes, armamento, esposas y cadenas, en ambientes terapéuticos; exceso de horas profesionales ocupadas en peritajes y asistencia a juicios orales en una clara señal de subvención desde salud (¿con qué recursos?) a dicha reforma, etc., son hechos que retrotraen a los servicios de pacientes agudos hacia las peores épocas de la institución total. Hasta el momento este fenómeno se vive en sólo algunas regiones del país; centralismo mediante, imaginamos que con la puesta en marcha de la reforma en Santiago se abrirá paso la crisis.

La pregunta es ¿qué irá a pasar con estas realidades cuando entre en acción el proyecto de hospitales autogestionados? ¿será posible armonizar intereses entre las futuras autoridades hospitalarias, empeñadas en la máxima excelencia gestionaaria en términos de mercado y los equipos de psiquiatría y salud mental, empeñados en hacer de

sus prácticas una oferta de servicio solidaria, interdisciplinaria e integral?

## 2. *Los cambios en los Hospitales Psiquiátricos*

Una primera discusión corresponde hacer en términos de quiénes debaten el tema del futuro de los hospitales psiquiátricos. A la luz de los hechos, con la excepción del Sanatorio El Peral, pareciera que se trata de una cuestión restringida a dichos hospitales y las autoridades de salud; cuando decimos hospitales, tampoco percibimos que se esté realizando un debate abierto a toda la comunidad hospitalaria, a sus trabajadores, menos aún a los usuarios, a sus grupos familiares, a los colegios profesionales del sector salud, las organizaciones comunitarias, etc. El destino de los hospitales psiquiátricos en Chile es un tema de interés nacional al punto que estimamos que la forma cómo se resuelva este tema va a influir positiva o negativamente en el resto del proceso; por lo tanto, debe concitar un debate público, partiendo por la propia red de salud mental; los primeros esfuerzos debieran hacerse al interior de cada hospital, buscando transformar a la comunidad hospitalaria en protagonista activo en la formulación de las nuevas propuestas. Una primera saludable determinación ministerial se relaciona con la no apertura de nuevos hospitales de este tipo.

Una segunda cuestión es ¿cierre o reconversión? OMS y OPS, fundadas no sólo en una perspectiva política sino también en consideraciones científico-técnicas, han sido enfáticas en señalar la necesidad de proceder al cierre definitivo de estos dispositivos para lo cual han planteado ciertas condiciones que deben garantizar el que dicho objetivo sea responsablemente cumplido por los Estados; precisamente desde esta discusión es que ha surgido con tanta fuerza el concepto de la continuidad de los cuidados para las personas discapacitadas. En nuestro país, cada uno de los cuatro hospitales tiene su propia complejidad, se sitúa en realidades locales y regionales diversas, posee una respetable historia y un determinado desarrollo; habrá que considerar estas condiciones singulares a la hora de decidir su futuro.

Es probable que cada uno curse por derroteros propios pero lo importante es:

- que, cualquiera sea el camino, la meta desinstitucionalizante sea cabalmente cumplida.
- que los recursos humanos, financieros y materiales allí liberados sean reinvertidos en la salud mental de los chilenos.
- que quede resuelta la cuestión del cuidado integral de los antiguos usuarios del hospital.
- que se cautelen los derechos laborales de los trabajadores hospitalarios.

### **Los desafíos estratégicos**

Existen áreas de importancia estratégica con insuficiente desarrollo en términos de un modelo comunitario:

#### **1. *La intersectorialidad***

Es necesario avanzar hacia la producción de políticas sectoriales de Estado que orienten soluciones integrales para la recuperación de ciudadanía de las personas con problemas de salud mental. Esto quiere decir respeto pleno a sus derechos humanos, fin de la exclusión social, integración plena del sujeto en la vida social, fin al estigma y la discriminación. No hay otro camino para ello que el compromiso político de las autoridades gubernamentales para elaborar esas políticas y proveerles la protección legal que requieren para impetrar su exigibilidad.

## 2. *La atención primaria*

A pesar de importantes inyecciones de recursos de psicólogos en los consultorios municipales estamos aún muy lejos de cumplir con el espíritu de Alma Ata de los años setenta -refrendado en los noventa en la Declaración de Caracas de OPS y en el Informe de Salud en el Mundo 2001 de OMS- en el sentido que corresponde a la atención primaria un rol determinante en el tratamiento de las necesidades de salud de la comuna. Existe ya suficiente evidencia en Chile del peso específico que tienen los problemas de salud mental en la consulta básica (supera el 50%) y, sin embargo, aún no contamos con una perspectiva sólida de salud mental en los equipos de atención primaria, instancia en la que lamentablemente sigue siendo hegemónico el modelo médico y donde los recursos son también insuficientes. Ello impide, además, el desarrollo de iniciativas interactivas con la comunidad organizada, con los grupos de base y los agentes comunitarios en torno a tareas preventivas y de protección de la salud, al trabajo con los grupos en riesgo, las familias, los grupos de autoayuda, etc. Por otra parte, la conexión en red con los equipos de psiquiatría comunitaria, que podría suplir parte de estas dificultades, aún es insuficiente; junto con un esfuerzo por intensificar las consultorías debiera explorarse otras formas de trabajo entre ambas instancias (jornadas de capacitación, eventos comunitarios, encuentros de discusión, etc) que acerquen a ambos equipos en el quehacer cotidiano.

## 3. *Las redes sociales*

En ausencia de intersectorialidad efectiva el trabajo en red con instancias externas a salud termina siendo una tediosa tarea de coordinación que resuelve sólo cuestiones anexas. Puede parecer temeraria la siguiente afirmación pero surge de nuestra práctica diaria con personas que padecen enfermedades mentales y pertenecen a estratos sociales pobres y de extrema pobreza en un hospital general de provincia: no existen hoy redes que solucionen problemas serios (ej.: la exclusión, la falta de un techo para vivir, un puesto de trabajo). Si la red sólo opera para temas menores y no para los grandes problemas

de las personas, aquellos que producen sufrimiento, que llegan a enfermar, va a terminar también institucionalizando a los sujetos, los que en su desesperación quedarán atrapados (como de hecho sucede) dando vueltas dentro de la red, muy enfermos probablemente, en busca de soluciones que no van a venir, re-victimizados.

Donde se han dado mejores pasos en la construcción de redes es a nivel intrasector; las dificultades existentes hoy se relacionan con los diferentes desarrollos de los equipos y otros factores ya analizados anteriormente. La red comunitaria de salud mental, de importancia vital para un enfoque de psiquiatría social, ha tenido una insuficiente maduración en el equipo de salud mental, tendiéndose todavía (en los que se atreven a laborar en esta dirección) a la elección de metodologías insuficientemente participativas, que privilegian el trabajo “para” y “en” la comunidad por sobre el “con” la comunidad. En el horizonte estratégico del proceso de cambios está la meta de incorporar organizadamente a las personas en la solución autónoma de gran parte de sus problemas de salud mental, en una relación de cooperación y asesoría con el equipo de salud; ello es posible si construimos juntos los espacios de diálogo e intercambio de conocimientos, comunicados en redes solidarias.

#### *4.- La salud mental infanto-juvenil*

Es claramente la quinta rueda del proceso en curso. Si los estudios epidemiológicos establecen cifras alarmantes respecto de la prevalencia de trastornos psiquiátricos y de otros problemas de salud pública en la población adulta chilena, debemos presumir que la salud mental de nuestros niños y adolescentes enfrenta seguros problemas de salud. Estudios sobre grupos específicos de infantes avalan esta sospecha y nos advierten respecto de problemas como la depresión infantil, el suicidio adolescente, la drogadicción, el maltrato infantil, el abuso sexual, el déficit atencional, la deserción escolar, etc. Sin embargo, este campo es el pariente pobre del Plan Nacional y se requiere con urgencia una reformulación total de su programación. Enfrentamos problemas tan básicos como la falencia de psiquiatras infantiles (en Iquique en el mes de enero de 2005 hubo de ser cerrado

un hospital de día para adolescentes por la carencia de psiquiatra infantil) y el consiguiente retraso en la formación y capacitación de otros profesionales en este campo. Estimamos que el ámbito infanto-adolescente debiera estar incorporado horizontalmente en toda la red de salud mental, con recursos humanos y materiales adecuados para el desarrollo de su trabajo.

### *5. La prevención y promoción*

Anteriormente hemos intentado explicar el por qué la red actual no ha sido capaz de desplegar experiencias de repercusión nacional en el campo de la prevención y promoción en salud, con excepción de algunas campañas nacionales, generalmente centralizadas, dirigidas a temas de severo impacto epidemiológico o psicosocial. Preocupa la incapacidad del sistema para desplegar experiencias en este campo que surjan desde los propios dispositivos territoriales de salud porque son estas instancias las mejores conocedoras de los problemas mentales de su población asignada, de su cultura y sus tradiciones, de sus hábitos de vida, de los riesgos que viven. La prevención exitosa se apoya en estas singularidades de los diversos grupos humanos, las que exigen formas variadas de encuentro y diálogo, estilos comunicacionales adecuados, sensibilidades especiales. Por esta razón resultan muchas veces más determinantes estas formas de prevención y promoción “en chico”, “a la medida” del sujeto, que formas de alcance nacional comandadas desde la autoridad central. De estas acciones es que deben responsabilizarse los equipos comunitarios de salud mental pues, a nuestro juicio, son las de mayor significación estratégica para una reforma psiquiátrica cuyo propósito último son los sujetos-actores, sean éstos los trabajadores de la salud, los usuarios externos del sistema o los miembros de la comunidad.

### **Salud mental y psiquiatría: el dilema de hoy**

Sarraceno, en su texto ya mencionado, señala: *“Después de afirmar la liberación (del manicomio y de las prácticas y la cultura*

*antiterapéutica) el proyecto es construir la 'libertad' (de habitar, de trabajar, de aprender, de intercambiar, de expresar), de dar bases concretas a los derechos de ciudadanía dados a los pacientes psiquiátricos, pero al mismo tiempo les han sido negados. Este paso del reconocimiento a la adquisición de los derechos es paradigmático y está más allá de la psiquiatría".* La tarea del equipo de salud de aportar a la liberación del enfermo mental y de toda persona que padece de problemas en su salud mental se entrecruza con la de otros actores sociales, aquellos sobre los que el derecho de ciudadanía se hace exigible. Es decir, en el desafío por la libertad de estos seres humanos hay una línea límite para el equipo de salud, incluso para el sistema sanitario en su conjunto, que demarca el fin de una tarea y de un campo de acción, y el comienzo de otra y de otro escenario, con otros actores, esos que están "más allá de la psiquiatría".

El Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental se funda en la perspectiva biopsicosocial y en el modelo social y comunitario; apuesta a un proceso basado en la solidaridad humana, en la defensa del patrimonio histórico de la salud pública chilena y en el respeto pleno a los derechos humanos de todas las personas. De este posicionamiento de desprenden principios axiológicos y éticos que regulan y nutren las prácticas de los equipos de salud. Con estos postulados político-ideológicos, epistemológicos y morales desde el sector salud acometemos la tarea de la lucha por la ciudadanía del sujeto enfermo, no exentos de contradicciones y falencias, pero puestos en un objetivo claro de compromiso con la construcción de un nuevo sujeto histórico.

Los otros actores, tras la línea límite, en este Chile actual son una simbolización del sistema neoliberal, responsable de la destrucción del Estado de bienestar y de las restricciones a las políticas públicas. Sistema en el cual, en lenguaje de P. Bourdieu, los ministerios de derecha (hacienda, economía) han derrotado a los ministerios de izquierda (trabajo, salud, educación, vivienda) sometiéndolos implacablemente a los dictados del centro financiero mundial. El neoliberalismo se sostiene en violaciones sistemáticas a los derechos políticos, económicos y sociales: flexibiliza la fuerza de trabajo y crea una cesantía estructural; distribuye en forma extremadamente inequitativa la riqueza social y agrava la exclusión social; esteriliza la política (ver T. Moulian, "De la política letrada a la política analfabe-

ta”, 2004) y protege los enclaves antidemocráticos; defiende la impunidad, etc. En el campo de la salud produce una reforma sanitaria mercantil y privatizadora, basada en una perspectiva asistencialista y en el modelo médico; la salud deja de ser un bien público y se transforma en mercancía: el sistema no puede, entonces, ser solidario. Este es el dilema de hoy: la propuesta de desarrollo del país actualmente en curso camina apresuradamente hacia el polo norte mientras el ideario reformista en salud mental y psiquiatría camina hacia el polo sur.

Debatimos ahora en un plano que ya no es sanitario, es político. Un plano que redescubre al hombre enfermo como ciudadano, como persona humana con plenos derechos. Un plano que redescubre también al sistema social en sus contradicciones. El derecho internacional establece que los derechos humanos son exigibles ¿a quién? al Estado nacional. El ejercicio de esta exigibilidad hace a la esencia de estos derechos y funda una necesidad: una ley de salud mental para Chile, un corpus legal que recoja integralmente los requerimientos, defina los mecanismos de satisfacción de aquellos y provea los fondos que hacen posible dicha satisfacción.

## VISIÓN DEL PLAN NACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

ALFREDO MOYA OLIVOS  
ANUSSAM

**T**engo el agrado de dirigirme a ustedes en representación de los usuarios de los Servicios de Salud Mental en general y, en particular, en representación de la Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental (ANUSSAM), con el propósito de exponerles nuestra visión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría formulado por el Ministerio de Salud.

Quisiera referirme brevemente a la Agrupación Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud Mental, a la que pertenezco. Ella nació a mediados del año 2001 por iniciativa de la antropóloga señorita Marcela Benavides quien padece de esquizofrenia y que actualmente se desempeña en el Centro de Documentación del Instituto Nacional de la Juventud Santiago. Nuestra organización agrupa a usuarios de servicios de salud mental que padecen de algún trastorno psiquiátrico a quienes pretende representar, sin excluir la posibilidad de integración de otras personas.

Se desarrolló con el apoyo de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Al comienzo, en algunos casos, asistían a las reuniones tutores de los usuarios pero, ante actitudes paternalistas y autosuficientes de dichos tutores, reafirmamos nuestra idea de ser una organización de los propios usuarios, distinta de las organizaciones de familiares y amigos de personas con trastornos psiquiátricos. Con el tiempo se realizó una Asamblea General que convocó a 120 personas de los distintos dispositivos de salud mental de Santiago y algunos de la Quinta Región. Posteriormente se realizó en Santiago una Jornada de dos días de duración en la cual surgió la idea de constituir una filial de la ANUSSAM en la Quinta Región. Ella se concretó con el valioso apoyo del Encargado de Salud Mental del Servicio de Salud Valparaíso-Quillota doctor Héctor Camerati y su asesora doña

Verónica Vásquez. Con la ayuda de la Unidad recién mencionada se realizó una Asamblea General a la que asistieron alrededor de 70 personas. Posteriormente se han efectuado otras dos asambleas en la Quinta Región y una Jornada de Salud Mental y Derechos Humanos de dos días de duración a la que asistieron 80 personas cada día.

Los **objetivos** de ANUSSAM son los siguientes:

1. Representar los intereses en cuanto a salud, trabajo, educación, vivienda y familia de personas con afecciones psiquiátricas.
2. Defender los Derechos Humanos y Sociales, de personas con afecciones psiquiátricas, ante los organismos de salud y la sociedad.
3. Propender, a través de acciones y difusión comunicacional, a mitigar los prejuicios y la discriminación social existente contra personas con afecciones psiquiátricas.
4. Lograr beneficios y regalías para este sector tan postergado de la sociedad.
5. Apoyar, patrocinar y administrar soluciones para una completa reintegración social y laboral de las personas con afecciones psiquiátricas diversas, a través de la constitución, administración o apoyo a empresas sociales, así como de centros que refuercen sus capacidades y los orienten hacia la plena reintegración en la sociedad, estableciendo, para estos objetivos, relaciones duraderas con empresarios y familias.

La directiva de ANUSSAM, a la cual tengo el honor de pertenecer, está constituida por nueve miembros. Por encontrarse circunstancialmente acéfala, la presidencia actualmente es ejercida por su Vicepresidente don Jorge Chuaqui, doctor en Ciencias Humanas (Sociología) quien ha participado como relator principal en una Jornada de Bienestar Psicológico e Integración Social en la Universidad de Viña del Mar.

Actualmente el mayor interés de ANUSSAM, además de obtener la personalidad jurídica, es establecer contactos permanentes con los usuarios del resto del país para ampliar nuestra representatividad y, a través de una sólida unión, tener mas fuerza para luchar por nuestros derechos e intereses. Cabe señalar que somos una organización muy nueva y que sólo nuestra unión y esfuerzo permitirán obtener grandes logros para nuestro sector.

Respecto del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría formulado por el Ministerio de Salud, nuestra visión, como usuarios de Servicios de Salud Mental, en algunos de sus aspectos, es la siguiente:

En lo referente a la atención psiquiátrica por parte del médico tratante de cada paciente, cada consulta debiera durar el tiempo necesario y suficiente para que el paciente exponga sus síntomas, avances, retrocesos así como sus dudas respecto de su estado y tratamiento; también el médico explicarle claramente lo que el paciente necesite saber. Actualmente, debido a la escasez de profesionales, hemos tenido conocimiento que, en algunas oportunidades, en un control trimestral del paciente el médico le dedica escasos minutos llegando al extremo de hacerle llegar con la secretaria una nueva receta sin siquiera haberlo visto.

En cuanto a la obtención de medicamentos por parte de los pacientes pensamos que no sólo la Clozapina y la Risperidona deben ser otorgados sino también otros medicamentos como la Olanzapina y la Zypasidona y cualquier otro medicamento de última generación, por muy alto que sea su costo.

Para impartir rehabilitación psicosocial a todos los pacientes psiquiátricos que la necesitan debiera aumentarse considerablemente el número de profesionales en terapia ocupacional y grupal sin detrimento alguno de su buena calidad académica, debiendo ocurrir lo mismo con el número de profesionales en asistencia social y en monitoría psicológica y de profesiones, artes, oficios, deportes y labores en general.

Con el fin de entregar una buena asistencia económica a los discapacitados psíquicos el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría debiera promover que se modifique la ley de pensiones estableciéndose que la pensión de invalidez, asistencial y de orfandad, el pensio-

nado respectivo la conserve aunque sea contratado por escrito en una colocación laboral. Ello porque el pensionado por invalidez y orfandad, por causas psíquicas, aunque entre a trabajar en una colocación laboral, sigue teniendo una gran propensión a experimentar recaídas y, consecuentemente quedar cesante a causa de ellas y, después de perder el trabajo, si la pensión le ha sido congelada, siempre van a pasar muchos meses antes de que le sea descongelada y se le vuelva a empezar a pagar, produciéndosele al afectado un grave problema económico con los consecuentes sentimientos de frustración y fracaso que reanudan su discapacidad pudiéndola inclusive hacer más profunda y permanente. Además, un trabajador que ha sido discapacitado psíquico, para mantener su nuevo estado de capacidad laboral, debe tomar, de por vida, medicamentos que de una u otra forma le significan un desembolso económico oneroso en relación a las limosnas denigrantes que constituyen los "sueldos" que pagan los empleadores y, por lo tanto, el sueldo le rinde mucho menos que al trabajador que no necesita consumir normalmente medicamentos tan caros.

El área de la vivienda da la impresión que en el Plan de Salud Mental y Psiquiatría está bien enfocada al menos si se siguen correctamente las recomendaciones del doctor de Canadá don Donald Wasilenki, adaptándolas debidamente a la realidad nacional y a las circunstancias que se puedan prever para una razonable cantidad de años futuros.

En lo educacional, debiera dárseles a los usuarios en buen estado de compensación de su salud mental, que tienen habilidades o aptitudes para el liderazgo o la dirigencia social, y que se manifiesten debidamente interesados en constituirse en líderes o en dirigentes de sus pares, una buena formación, con carácter académico y de nivel profesional con oportunidades de prácticas paralelas.

En el aspecto laboral creemos que debiera exigirse por ley a los empleadores que incluyan en su planta un porcentaje de trabajadores que habiendo sido discapacitados estén en condiciones de desempeñar un puesto laboral.

Ahora bien, para regular todos los aspectos a que me he referido estimamos debiera crearse un cuerpo legal de salud mental.

Decir e intentar hacer todo lo anterior carece completamente de sentido si no se procede a dotar al Plan del debido presupuesto. Para conseguir este objetivo es insuficiente la medida de aumentarlo del 1,5% al 5% del presupuesto total de salud y será insuficiente cualquier otro porcentaje superior si no aumenta el erario nacional. El presente Encuentro de Salud Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social estimamos que debiera constituirse en una instancia de inicio de una movilización social que tenga como una de sus partes la acción de exigir a los empresarios que empiecen a pagar todos los impuestos que siempre debieron haber pagado, dejando de evitarlos y evadirlos y que empiecen, también, a pagar los sueldos correctos que debieran pagarles a los trabajadores. Con esto se lograría copulativamente un aumento del erario nacional y un monto mayor del fondo que se constituye con el aporte del 7% para salud que efectúan los trabajadores.

Esto es, por el momento, lo que podemos exponer en este Encuentro. Gracias por su atención.

## VISIÓN DEL PLAN NACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS FAMILIARES

ANDREA CÁCERES VALLEJOS  
*Corporación Metropolitana de Familiares,  
Usuarios y Amigos de Discapacidad de Causa Psíquica*

**N**osotros los familiares, amigos y usuarios agrupados en la Corporación Metropolitana, en torno a la Salud Mental, nos sentimos protagonistas y partícipes del proceso de cambio y evolución que ha experimentado la Salud Mental en Chile, contribuyendo con nuestra experiencia y conocimiento.

La Salud Mental en Chile, es hoy en día uno de los grandes desafíos que enfrenta el gobierno y creemos que es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, abordarla desde una nueva perspectiva.

Creemos que esta nueva perspectiva debe responder a una visión más global e integradora que, por lo tanto, incluiría el conocimiento empírico de los familiares y usuarios de vivir día a día con un problema de salud mental, acompañado de las dificultades asociadas a dicho problema: deterioro de las familias, escasos recursos, políticas poco claras en torno a la salud mental, entre otras.

Este conocimiento, esta experiencia de vida, es una fuente invaluable de nuevas ideas, nuevos modos y formas de enfrentar los problemas de la salud mental. Con ese propósito, nosotros y nosotras, los familiares, amigos y usuarios de la Corporación nos proponemos mirar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde la perspectiva de las soluciones de salud mental.

Para ello, recordamos que el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría tiene, como un aporte al desarrollo humano del país, el propósito de "Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo

de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, en concordancia con la justicia y el bien común"

Es, desde este marco teórico, que nos representa con mucha certeza, pues se corresponde con nuestros deseos, esperanzas y expectativas, que nos hemos puesto a mirar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, especialmente en nuestro reciente Primer Encuentro Metropolitano de Organizaciones de Familiares, Amigos y Usuarios de Salud Mental.

Por ello es que contemplamos el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría también con un dejo de urgencia y apremio, pues si observamos algunos de sus aspectos, tareas y propósitos, podemos ver, por ejemplo, que cuando se propone un acceso Universal: geográfica, económica y socialmente. Nos encontramos aun hoy, a tres años de su publicación, con un acceso seriamente limitado, en todos sus aspectos. Cuando confiamos plenamente en lo que el Plan Nacional indica al decir "Involucra la participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal, informada, basada en el respeto mutuo y confianza entre éstos y el profesional o equipo responsable" nos encontramos con que "No existe traspaso de responsabilidad, por falta de información de los equipos profesionales y de las familias"

En el enfoque técnico del Plan Nacional aparece como oportuno y continuo y que "Utiliza enfoques comunitarios, privilegiando la intervención ambulatoria y promoviendo y apoyando las capacidades de las personas y grupos organizados". La realidad que vemos es que existen demoras en los plazos, lo que no permite el logro de la continuidad.

- Debemos poner mayor énfasis en la promoción y prevención.
- Podemos otorgar mayor relevancia en las acciones de rehabilitación.
- Queremos mejorar las acciones educativas y participativas.
- Necesitamos privilegiar la atención ambulatoria en zonas alejadas de los Hospitales.

En cuanto a Criterios de Calidad, el Plan Nacional dice: "Los usuarios y los equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones", desde ese punto de partida, nosotros y nosotras, creemos que es necesario:

- Dar a conocer el trabajo de las agrupaciones de familiares y usuarios. Más compromiso en la búsqueda de Apoyo.
- Mayor perseverancia en la Participación.

Es complicado observar, en lo cotidiano de la atención en Salud mental, de aquello que en cuanto a Soporte Organizativo se dice: "Integra acciones de servicios públicos, de organizaciones de usuarios y familiares, organizaciones no gubernamentales y privados" pues en este día a día de la lucha contra la discriminación que afecta a los usuarios, familiares y amigos de salud Mental nos encontramos con que tal integración es poco notoria y cuando se nota es defectuosa por la patente falta de recursos.

Respecto al "Marco Administrativo" en cuanto expresa que "Los dispositivos de la red de prestadores públicos tienen, preferentemente, la misma dependencia administrativa y técnica", podemos indicar que, desde nuestra experiencia, no existe claridad respecto de cuál es la dependencia de las organizaciones, como parte de los dispositivos de la red de prestadores de servicios, hacia el resto del organigrama que componen la red de salud.

Aspecto fundamental de este Plan Nacional es el diseño de Estrategias, de las que destacamos lo que sigue: "Proponer y participar, intersectorialmente, en acciones de promoción de la salud mental que hayan demostrado ser potencialmente efectivas, realizadas en los espacios naturales de convivencia y a través de la comunicación social". Esta estrategia y por tanto, estas acciones, hasta hoy no se notan, no se ven o simplemente, no se realizan, quedando desarticulado el espacio comunitario de la labor preventiva que, por ejemplo, la comunicación social permitiría realizar con gran impacto.

Nos afecta particularmente el que la tarea de "Incentivar, apoyar técnicamente y proporcionar soporte financiero a las agrupacio-

nes de usuarios y familiares para reforzar sus propias capacidades de autoayuda, facilitarles el control social y colaboración en la calidad de la atención, la protección de los derechos de los pacientes, la presión social para el aumento de los recursos sectoriales e intersectoriales y como proveedores de actividades de tratamiento y rehabilitación" que el Plan encomienda, sea una tarea de la cual no se pueda decir que está cumplida, o siquiera va en camino de cumplirse, si no fuese por la persistente lucha de quienes están directamente afectados por las falencias que en el ámbito de la Salud Mental y Psiquiatría encontramos. Es por esta lucha que se ha logrado, en una pequeña proporción, ciertos niveles de participación en la implementación de las políticas de salud en lo específico de Salud Mental.

Ciertamente, estamos convencidos, falta muchísimo en el ámbito de los apoyos técnicos, financieros y de todo tipo, a las organizaciones de usuarios, familiares y amigos de Salud Mental.

Por cierto podemos mencionar acá los logros obtenidos por nuestras agrupaciones en tanto "Proveedores de actividades de tratamiento y rehabilitación", como es el caso de los Hogares Protegidos, pero nos interesa más mencionar que toda esa rica experiencia necesita mucho más apoyo, evaluación, sistematización para sacar de ella todo el rendimiento que puede efectivamente dar.

Por ello, cuando se plantee en el Plan Nacional que se deben "Realizar actividades regulares que faciliten y motiven la participación de los pacientes, familiares y de sus organizadores en los distintos niveles de la red de servicios", debemos indicar que ojalá este enunciado se convierta en una realidad estable.

Desde que el Plan existe, nuestras organizaciones, nosotros y nosotras, hemos venido monitoreando su desarrollo, su realización, la conversión en realidad de este Plan Nacional. Más que hablar de sus falencias, de sus "no logros", de lo que falta para que se encamine de verdad por la perspectiva del derecho, queremos desde ya delinear algunas ideas para reforzar este Plan en virtud de los criterios que como organizaciones de personas directamente involucradas tenemos para enfrentar nuestra misión. Por ello la integralidad, la centralidad en los derechos humanos y las libertades ciudadanas y sociales, la no discriminación, el respeto y valoración de las diferencias conforman

el horizonte a alcanzar en cada etapa del desarrollo cotidiano y planificado del ámbito de Salud Mental y Psiquiatría.

En función de esta visión comprensiva que tenemos, de las necesidades y retos detectados en la constante evaluación del Plan Nacional que llevamos a cabo, podemos dibujar algunas propuestas, tareas, retos para lo que viene en el futuro:

### **Derechos Humanos.**

Asumir los Derechos Humanos, en toda su amplitud, y las libertades también consagradas en el Derecho nacional e internacional, como el sello y la finalidad de toda acción y elaboración teórica del área de Salud Mental y Psiquiatría.

### **Financiamiento**

Es necesario que una proporción digna del presupuesto de Salud, vaya directamente a Salud Mental, presupuesto que debería ir específicamente direccionado a los usuarios y a las organizaciones de las personas directamente afectadas.

### **Entrega de medicamentos en forma oportuna**

Aunque suene un tanto básico, asegurar esta mínima cobertura (oportunidad en la entrega efectiva de medicamentos) permitiría reducir, en el largo plazo, los costos asociados (de todo tipo) a los problemas de Salud Mental y Psiquiatría.

### **Ley de protección al discapacitado, pensiones asistenciales vitalicias, oportunidades de trabajo**

Aunque se escapa a las posibilidades de un Plan Nacional, se hace urgente una ley de Discapacidad y una reforma al artículo 19 de la Constitución para que la discriminación sea efectivamente posible de enfrentar social y jurídicamente. Es necesario además, reformar todo el marco regulatorio de las pensiones asistenciales, para hacerlas compatibles con la reinserción laboral, con una rehabilitación integral y sobre todo, con una vida digna. Se debe, además, realizar una

revisión de la ley de interdicción en conjunto con todas las instancias de la discapacidad, con la perspectiva de superar todas las falencias, debilidades y discriminaciones que esta ley establece en su redacción actual. También, en este ámbito de la reinserción laboral es necesaria la coordinación o trabajo conjunto de todos los ministerios involucrados (Salud, Trabajo, Hacienda, etc.).

### **Apoyo terapéutico en transición del hospital a la comunidad (red de servicios comunitarios)**

En el ámbito de los Equipos de Salud, debemos proponernos una efectiva, amigable y coordinada capacidad de apoyo, sobre todo terapéutico, en la transición que implica el paso del hospital a la red de servicios comunitarios, es decir, a la comunidad. Este apoyo hoy es muy tenue y con poca claridad en cuanto a responsabilidades. Creemos que solucionar este nudo permitiría aliviar muchas de las angustias que este proceso genera en quienes lo viven.

### **Rehabilitación**

El proceso de Rehabilitación y reinserción social requiere, hoy y en el futuro mediato, de mayores recursos de todo tipo que ayuden a este vital momento; esos recursos, con el debido aseguramiento de la responsabilidad en su gestión, debe ir en la perspectiva de asegurar una mayor libertad de acción tanto al usuario como a las organizaciones de personas directamente afectadas. Así mismo, los espacios físicos, los centros, instituciones, Hogares en los cuales se realiza cotidiana y específicamente el proceso de Rehabilitación, deben contar con un equipamiento mínimo compatible con las tareas que ese lugar se ha dado. También se debe contar con la seguridad de medicamentos disponibles permanentemente, continuamente monitoreados, de acceso seguro y no discriminado.

El proceso de rehabilitación, desde nuestra perspectiva implica:

- Sensibilizar a la comunidad. O mejor dicho, rehabilitar a la comunidad. Es la comunidad que debe ser rehabilitada de su cultura de la discriminación, la intolerancia y la insensibilidad disfrazada o escudada en la ignorancia. Esta es una tarea ma-

yor que implica una estrategia amplia, más allá del ámbito de salud.

- Capacitar a familiares como monitores para informar y acercar a la comunidad. Esta es una tarea que puede ser asumida rápidamente pues se cuenta, felizmente, con una experiencia acumulada de los familiares, amigos y usuarios organizados. Experiencia que debe ser mejor conocida y tratada para que dé todos los frutos que pueda dar. Especialmente en ciertos espacios comunitarios tales como escuelas, liceos, juntas de vecinos, centros de madres, hospitales, carabineros, etc.

Nosotros y nosotras, organizaciones de familiares, amigos y usuarios de Salud Mental y Psiquiatría apuntamos a que exista un cabal Cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Y que, en este cumplimiento, tenga especial importancia la difusión vía comunicación social de los procesos que implica la problemática de salud mental y por supuesto sus soluciones y prevenciones. Esto con el fin, también, de realizar Prevención en las futuras generaciones, especialmente en lo que corresponde a quienes vayan a verse afectados por enfermedades mentales.

Aspiramos hoy a que una nueva forma, más comprensiva, abarcadora, solidaria, centrada en el ser humano y sus derechos y libertades, sea un punto de partida y, sobre todo, un punto de llegada para cualquier iniciativa que en el ámbito de la salud mental y Psiquiatría se intente, sea a escala local, regional, nacional o internacional.

La lucha contra la discriminación que nuestros familiares y nosotros y nosotras mismas hemos padecido, nos ha enseñado que la pura tarea de contención (contener al que discrimina, contener al que rechaza, contener al intolerante, contener la ignorancia y el desinterés) es insuficiente y en último caso inútil para los objetivos de esa lucha: una vida tan digna como puede ser la de cualquiera no afectado por enfermedades mentales. En función de ese objetivo, simple, pequeño, pero inalcanzable aparentemente para muchos de nosotros hasta no más de una década, es que la tarea de prevenir educando, de Rehabilitar a la sociedad, a la comunidad, se presenta como la tarea fundamental de largo aliento, al mismo tiempo que se

atienden las urgencias del hoy que tienen que ver con esa discriminación institucionalizada que Salud Mental y Psiquiatría sufre incluso en el mismo Ministerio de Salud como demuestra el porcentaje ínfimo de presupuesto nacional que le corresponde.

Queremos recalcar, por último, que seguimos, hoy como ayer, y seguiremos, mañana como hoy, luchando por el respeto absoluto y total a nuestros derechos y luchando también, por la ampliación cada vez mayor de nuestras libertades, organizándonos, reflexionando y actuando.

## VISIÓN DEL PLAN NACIONAL DESDE LAS PERSONAS SOCIALMENTE EXCLUIDAS

BENITO BARANDA FERRÁN  
*Hogar de Cristo*<sup>1</sup>

*“Las enfermedades mentales nacen de las contradicciones que experimenta el individuo en su situación social y sólo pueden curarse atacando tales contradicciones” (Basaglia)*

Enfermos mentales: ¿seres de segunda categoría?

**P**or siglos se ha tratado a las personas con enfermedades mentales como "seres humanos diferentes", en algunos casos "peligrosos", y se los ha excluido y marginado sistemáticamente de la sociedad. Inclusive hubo un tiempo que se hablaba que recibir un hijo o hija con estas enfermedades mentales era un "castigo de Dios". Las personas, la sociedad, y el Estado en particular, han tenido la política de gastar la menor cantidad de recursos económicos en los enfermos mentales, primero expulsándolos de las comunidades y luego recluyéndolos en lugares de privación de libertad masivos (llamados en ese entonces "hospitales o asilos psiquiátricos"). Desde la temprana infancia se presentan las dificultades para los niños con estas patologías, es muy difícil y caro encontrar centros educacionales donde se practique la integración plena, existen algunos pocos bastante exitosos pero son insuficientes, y el resultado al final es una sistemática violación de sus derechos, maltrato y/o indiferencia.

Esto no ha cambiado sustancialmente hoy, tenemos eso sí nuevas políticas de salud mental, pero con un financiamiento reducido -

<sup>1</sup> Para la elaboración de este texto se utilizó una consulta aplicada a 7 programas de atención, que implicó un trabajo de 35 técnicos y profesionales, coordinados por el psicólogo Sergio Chacón.

como lo reconoció recientemente el Dr. Minoletti, jefe de la unidad de salud mental del Ministerio, y continuamos con una fuerte discriminación de parte de la comunidad, como lo han señalado las últimas encuestas. Sabemos que no bastan los recursos económicos, son importantes sin embargo para la sobrevivencia de los programas de salud mental, hay que trabajar intensamente a nivel escolar por la integración... no es una labor fácil, pero es necesaria para la persona misma, para su familia y para su comunidad.

Hay hoy una necesidad ética mayor, la de reconocer los derechos de estas personas, trabajando en consecuencia por su integración plena y permitiendo su participación social activa.

No basta con "doparlos" o "aplicarles electricidad" en sus tratamientos, hoy la perspectiva es familiar y comunitaria, ellos son ciudadanos en plenitud y como tales deben ser tratados y respetados, no sólo para acciones artísticas, económicas o deportivas simbólicas que suelen ser mostradas como "ejemplares" en los medios de comunicación (como si no pudiese ser algo normal), de ellas debemos pasar a lo permanente, es decir que sean considerados siempre como ciudadanos y ciudadanas de primera categoría, que ojalá pase a ser la única categoría.

El emprendimiento económico, aquel artístico y también el deportivo, deberían transformarse en prácticas habituales de estas personas, en las cuales la comunidad y familia cumplen un rol facilitador y provocador. Contra aquellos que le temen a los enfermos mentales, y contra los profesionales de la salud que se ven desbordados por las nuevas políticas de salud mental comunitaria, queda solamente invitarlos a conocer lo que se ha hecho, a contemplar la dignidad recuperada y a disfrutar de toda la riqueza que se descubre al trabajar en la familia y la comunidad con quienes presentan enfermedades mentales. Cabe preguntarse finalmente, ¿quienes estarán más enfermos, los supuestamente sanos que no pueden ver la humanidad, dignidad y derechos del enfermo mental, o ellos que sólo desean ser escuchados, tratados dignamente, e integrados?

Luces sobre esto queremos dar hoy en día ya que desde hace años el Hogar de Cristo ha estado trabajando por y para las personas excluidas, vulnerables y marginadas de la sociedad. En este último tiempo el tema de las enfermedades mentales ha sido tomado por

todos los programas del Hogar, especialmente en la búsqueda diaria de nuevas formas de intervención con este tipo de población debido al aumento considerable de las personas con problemas de salud mental y psiquiátricos la atención se ha complejizado, debido justamente a las condiciones de abandono, deterioro y daño sico-social que produce la exclusión social y la extrema pobreza. Sumando a esto la escasez de recursos por parte del Estado para la atención de la población más compleja y que justamente “rebotan” del servicio público en el Hogar de Cristo.

A modo de ejemplo, sólo en el mes de Abril del 2004, en las distintas Hospederías de Santiago fueron acogidas 261 personas con diagnóstico de trastorno psiquiátrico, excluyendo de estos casos a aquellas personas que presentaban adicciones, problemas por consumo de alcohol, depresión leve y violencia intrafamiliar. Es importante considerar que el total de plazas promedio utilizadas en el mes fueron 676, es decir, se puede inferir que a lo menos, un 35,8% de la población presenta serios problemas psiquiátricos que nos fueron absorbidos por los servicios de salud.

Todos los estudios y documentos acerca del “tratamiento” de la temática de salud mental, hablan del fracaso el modelo manicomial o de encierro, y la consecuente, institucionalización como proceso de deterioro personal de los individuos. Lo anterior ha dado origen a un proceso de desintitucionalización y avance hacia un modelo de psiquiatría comunitaria que fomente la integración de estas personas al entorno familiar, comunitario y social, el cual se logra con la intervención de diferentes actores sociales que estén realmente dispuesto a trabajar en conjunto por un proceso de desinstitucionalización que tenga como centro de atención “lo que le ocurre y lo que necesitan” las personas, que permita el reconocimiento y promoción de los derechos, valorando las capacidades y realizando gestiones de trabajo intersectorial y multidisciplinario para como se señaló antes se realice un proceso “real” de integración.

Las personas con discapacidad psíquica o mental que se encuentran en situación de extrema pobreza y exclusión social, al verse desvinculadas de su red familiar, comunitaria y social, van quedando al margen de los servicios de apoyo social y de salud, siendo las instituciones de beneficencia y grupos filantrópicos, quienes intentan

acoger, a estas personas y asumir dicha responsabilidad, sin contar con los recursos, necesarios para brindar los servicios que requiere esta población.

El desarrollo progresivo del plan nacional de salud mental y psiquiatría requiere de financiamiento público adecuado a las necesidades, planificado y equilibrado en base a nuevos recursos y sólo secundariamente a la reorganización de los existentes, diferenciado y protegido en los presupuestos y estrategias de traspaso y gestión del Ministerio, del Fondo Nacional de Salud, de los Servicios de Salud y con una regulación que permita exigir lo mismo a las entidades aseguradoras privadas de salud. Como expresión del rol del estado en la redistribución del ingreso y ejercicio de la solidaridad como principio rector de las políticas de salud, el financiamiento debe priorizar a las poblaciones más desfavorecidas.

El plan se debe financiar con el aumento sostenido de los recursos que se destinan a salud mental. En la actualidad los recursos públicos que se invierten en salud mental en el país alcanzan al 1.2% del presupuesto total de salud, lo que es muchísimo menos que en otros países (en Norteamérica y en Europa oscilan entre el 8% y 16%) ([www.minsal.cl](http://www.minsal.cl))

Uno de los valores fundamentales del Plan se centra en la integración de acciones del servicio público, de organizaciones de usuarios y familiares, ONG y privados. Por lo tanto debemos recalcar la necesidad imperante de trabajar juntos y unidos por un mismo objetivo que es el bienestar de las personas y especialmente de aquellas que no se consideran en ningún documento o dato o estadístico, aquellas llamadas “en situación de calle”.

## 1. La realidad social del enfermo mental en Chile

Las condiciones de exclusión social y abandono crónico en que viven muchos de los enfermos mentales en Chile, se da por lo menos en cinco dimensiones:

— Exclusión sociofamiliar:

Sabido es que las familias y las comunidades presentan serias dificultades en el manejo, convivencia e integración de las personas con enfermedad mental. La discriminación comienza en la crianza al interior del hogar, más aún si éste es pobre y marginado, y recibe escaso apoyo externo de redes comunitarias que les permitan aprender a asumir dignamente la enfermedad, con conocimientos suficientes para aportar al desarrollo e integración de estas personas. La ausencia de estos aprendizajes y de redes sociales que afronten estos problemas, exagera la exclusión familiar y social, acentuando condiciones de vida denigrantes para muchos de ellos, que se reflejan en aislamiento, encierro y maltrato.<sup>2</sup>

— Exclusión cultural educacional:

Desde la temprana infancia resulta complejo integrar a personas enfermas mentales en las redes culturales y educacionales, éstas no están preparadas para recibir a “diferentes” e integrarlos activamente en la educación formal y en el desarrollo de la cultura. Basta comprobar en Chile la propagación -especialmente en sectores populares- de las escuelas especiales que tienen que generar “ghettos educacionales”, si bien favorecen progresos individuales, con una baja probabilidad estos repercuten en la vida familiar y social.

— Exclusión institucional:

¿Están preparadas las instituciones públicas y privadas para acoger personas enfermas mentales?, ¿pueden ellos colaborar activamente en la integración social de estas personas?. Sabemos que las instituciones no están preparadas, la legislación no se ha actualizado, y sigue con fuerte acento discriminatorio, p.e. la imposibilidad de contraer matrimonio, las dificultades para tramitar la pensión de invalidez, las barreras para acceder a los servicios de salud, etc. ... A lo anterior se agrega la carencia de conocimiento, habilidades y entrenamiento, por

<sup>2</sup> (Sr. Lemert, E. “la paranoia e la dinamica dell ‘esclusione”, p. 47 en “la maggioranza deviante”, ed. Einaudi, Torino 1971.

parte de quienes trabajan en estas instituciones, para atender a estas personas.

– Exclusión económica, laboral:

De más está señalar los obstáculos que encuentran en lo económico-laboral quienes padecen de enfermedad mental, en efecto a las restricciones de educación, capacitación y formación, se suman luego las de inserción laboral e ingresos económicos. ¿Pueden acceder con facilidad a los empleos disponibles en el mercado?, sin lugar a dudas **no**, especialmente aquellos más pobres, los que generalmente deben acostumbrarse a trabajos menores o a vivir según los subsidios.

– Exclusión y estigmatización mediática:

En todos los ámbitos de la vida de un enfermo mental, su forma de ver y relacionarse con el mundo pareciera diferente, pero en lo esencial no es así. Su búsqueda de afecto y de reconocimiento, el deseo de progresar y desarrollarse, son parte esencial de su existencia. Los medios tienden a minimizar la humanidad y a maximizar los problemas y/o dificultades, poniendo calificaciones que terminan por dañar a las personas en estas condiciones, más expuestas en los medios cuando hacen cosas extraordinarias o cuando generan dificultades, pero un trato mediático que no contiene vida común y corriente, ni denuncia de las injusticias y atropellos; ni tampoco integración de la “diferencia”.

2. La visión del “plan nacional” desde los equipos de salud de programas de 7 proyectos de ONGs.

El objetivo de la consulta es iniciar la realidad del “plan” desde programas de trabajo concretos. Por lo tanto aquí se incluye la sistematización de la información recogida en la consulta realizada a diversos programas e instituciones relacionadas al trabajo con personas que presentan discapacidad psíquica o mental. Ver los aportes y avances, las dificultades y generar proyectos es el objetivo de esta consulta.

Esta información, de tipo descriptiva, fue recabada con el propósito de generar insumos para el Encuentro “Enfermedad Mental, DDHH y Exclusión Social: Análisis y Propuestas” (2004).

La consulta consistió en las siguientes tres preguntas:

1. ¿Según su experiencia, cuáles han sido los principales avances, que se han realizado en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría?
2. ¿Según su experiencia, cuáles han sido las principales dificultades y/o aquellas cosas que aun están pendientes en la implementación del mencionado Plan?
3. ¿Qué propuestas harían para resolver estas dificultades?

La consulta fue respondida por:

1. Centro de Restauración Neurológica “Artesanos de la Vida”
2. Escuela de Terapia Ocupacional Universidad Mayor
3. Programa de Apoyo Comunitario San Pedro Claver
4. Centro de Rehabilitación Laboral Beato Pedro Fabro
5. Hogar San Francisco Javier
6. Hogar San Ignacio de Loyola
7. Programa de Apoyo Familiar San Alberto.

Para elaborar los contenidos de las respuestas, se realizó una codificación abierta, en que se intentó extraer los conceptos a la base de los contenidos, para posteriormente poder articularlos en función de temas o conceptos eje que surgieron del análisis.

Es importante explicitar, que esta indagación sólo pretende dar cuenta de la opinión de los equipos que respondieron la consulta, sobre los principales avances y dificultades percibidas, en relación con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, junto con las principales propuestas para seguir llevando adelante este proceso.

A continuación se expone el agregado de contenidos para cada pregunta, junto a un esquema que pretende relacionar cada contenido con los distintos sistemas asociados a la situación de las personas con enfermedades mentales en situación de exclusión social.

*En relación con la primera pregunta, ¿Según su experiencia, cuáles han sido los principales avances, que se han realizado en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría?, las respuestas fueron las siguientes:*

#### Conceptualización de la Persona

- Se concibe a la persona como sujeto de derecho
- La persona es vista como ciudadano capaz de ejercer sus derechos y tomar decisiones
- Reconoce que la relación con el entorno es de vital importancia

#### Familia

- Cumple un rol fundamental en la rehabilitación e integración de su familiar con enfermedad mental
- Se promueve su organización
- Apoyo a familias
- Agrupación y participación de familiares y usuarios aumenta y se hace más visible.

#### Enfoque técnico

- Integración del principio de normalización en las acciones de rehabilitación
- Integración de enfoque de trabajo en redes

- Se reconoce como muy importante la contribución de Hogares Protegidos (HP) como vehículos de rehabilitación e integración social
- Importancia de visualizar el tema de la salud mental desde una perspectiva biopsicosocial y no sólo biomédica en cuanto patología y síntoma.
- Plan contribuye positivamente a la transición desde lo “manicomial” hacia lo comunitario.

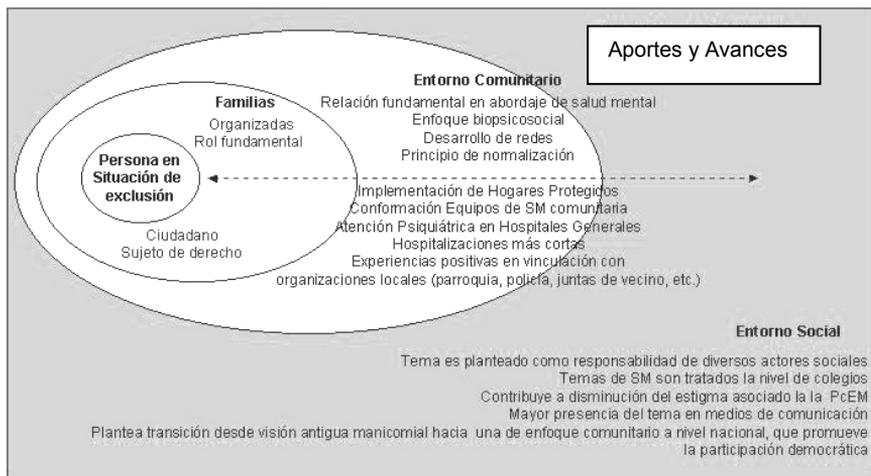
#### Condiciones estructurales

- Plantea responsabilidad compartida sobre el tema de la SM, entre los distintos actores sociales
- Coherencia nacional del Plan de Salud Mental
- Aumento de presencia del tema de SM en la opinión pública (medios)
- Promoción de la desinstitucionalización
- Contribuye a disminución del estigma

#### Desarrollo a nivel operativo

- Conformación paulatina de equipos de SM comunitarios
- Profesionalización y multidisciplinariedad de equipos de salud mental y rehabilitación
- Equipos tensionados para cuestionarse sus prácticas, para transitar hacia prácticas más democráticas, participativas
- Inclusión de atención psiquiátrica en hospitales generales
- Valoración positiva de hospitalizaciones menos prolongadas para evitar desarraigo de la persona
- Enfoque integral en tratamiento de personas con problemas mentales

- Temas de SM son tratados en los colegios
- Entrega de información en algunas comunas sobre temas de SM. (enfermedades mentales: Esquizofrenia y Depresión)
- Algunas experiencias positivas con la participación de organizaciones de la comunidad (policía, municipalidades, centros vecinales, parroquias, etc.).
- Aumento de trabajo en red y coordinación entre diversos programas



*En relación a la segunda pregunta planteada en la consulta, que indagaba sobre ¿cuáles han sido las principales dificultades y/o aquellas cosas que aun están pendientes en la implementación del mencionado Plan?, las respuestas fueron las siguientes:*

#### Condiciones Estructurales

- Modelo económico social (competencia, individualismo, estigma y otros)

- Modelo de salud centrado en la patología y en la institución de salud
- Endeudamiento sistema público de salud
- Insuficiente presupuesto para salud mental, impacta en precariedad de recursos humanos y operacionales
- Falta de financiamiento para el plan
- Recursos Humanos insuficientes, inestabilidad laboral, subempleo y bajas remuneraciones
- Intersectorialidad precaria o inexistente
- No considera fondos concursables para agrupaciones u organismos privados para estimular la autogestión
- Buena voluntad técnica, poca voluntad política-jurídica para apoyar el plan
- Poca difusión del Plan Nacional
- Tema de pensión asistencial en el caso de personas que desean trabajar, no ha sido resuelto en forma adecuada
- Ausencia de normativa legal que facilite la constitución de empresas sociales, o algún tipo de subsidio permanente a la contratación de personas con discapacidad.
- Falta de financiamiento para diferentes programas y agrupaciones que trabajan con personas con discapacidad, sobre todo en el caso de aquellas organizaciones que trabajan con poblaciones más vulnerables (pobreza y exclusión severas)
- Poco avance en proyecto de ley que busca solución al tema de la pensión asistencial
- Faltan campañas de sensibilización
- Avance dispar en distintos territorios del país, y en distintas zonas dentro de la misma región (rural, urbano)
- Persisten altos niveles de estigma

## Familia

- Organizaciones de familiares con financiamiento inestable o insuficiente.

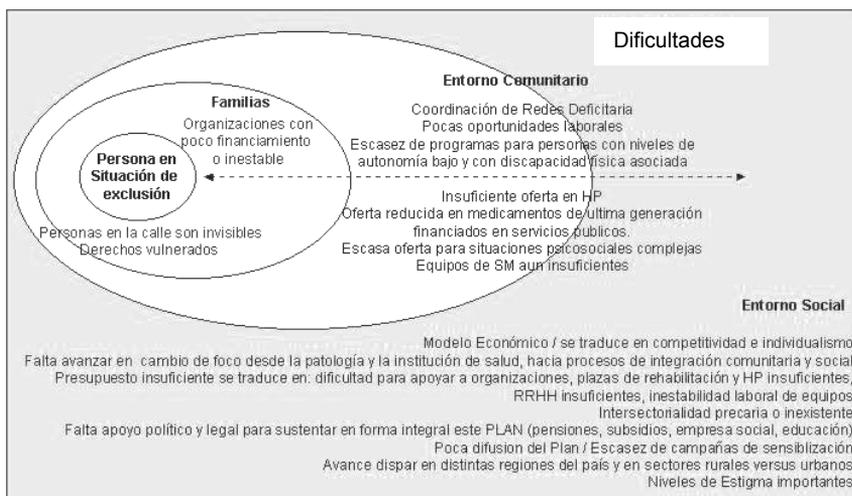
## Oferta de Servicios

- Escasez o inexistencia de programas para personas con niveles importantes de deterioro y dependencia
- Personas con problemas psiquiátricos y con patologías físicas que requieren rehabilitación no encuentran alternativas de rehabilitación
- Dificultad para acceder a horas de atención a personas con trastornos psiquiátricos severos
- Falta de programas especialmente dirigidos a personas con discapacidad psíquica en situación de extrema pobreza. Estos quedan fuera de las redes sociales. Son personas invisibles.
- Dificultad para acogida de usuarios con condiciones muy complejas
- Poca cobertura de Equipos de SM.
- Demora en asignación de horas en unidad de psiquiatría.
- Dificultad para inserción laboral de personas con pensión asistencial
- Mayor dificultad para insertar laboralmente a personas con discapacidad psíquica

## Desarrollo a nivel operativo

- Dificultades para continuidad de tratamientos farmacológicos de última generación, por falta de medicamentos en hospitales.
- Falta coordinación entre instituciones

- Falta coordinación de los actores involucrados para que el plan se pueda cumplir
- Redes insuficientes, poco efectivas o ineficientes



*A continuación se detallan las respuestas a la pregunta de ¿Qué propuestas harían para resolver estas dificultades?. En este punto es importante aclarar que las propuestas no dan cuenta de la totalidad de las dificultades identificadas*

### Condiciones Estructurales

- Descentralización de la institución de salud y derivación a redes de salud mental comunitarias
- Mejorar garantías y remuneraciones de Equipos de SM
- Abordar aspectos de reducción de estigma a nivel de los colegios
- Realizar campañas amplias de reducción de estigma
- Incluir a personas en situación de calle en censos y encuesta CASEN

- Aumentar y garantizar financiamiento en general y particularmente para RRHH y medicamentos
- Apoyo a iniciativas legislativas que pretenden mejorar la situación de las Personas con Discapacidad (PcD) en situación de exclusión social
- Difusión masiva del PLAN
- Seguir promoviendo la idea de que los diversos actores sociales somos co-responsables de la solución para personas con enfermedades mentales en situación de exclusión social
- Instalar el tema de SM como prioritario y de responsabilidad amplia

#### Oferta de Servicios

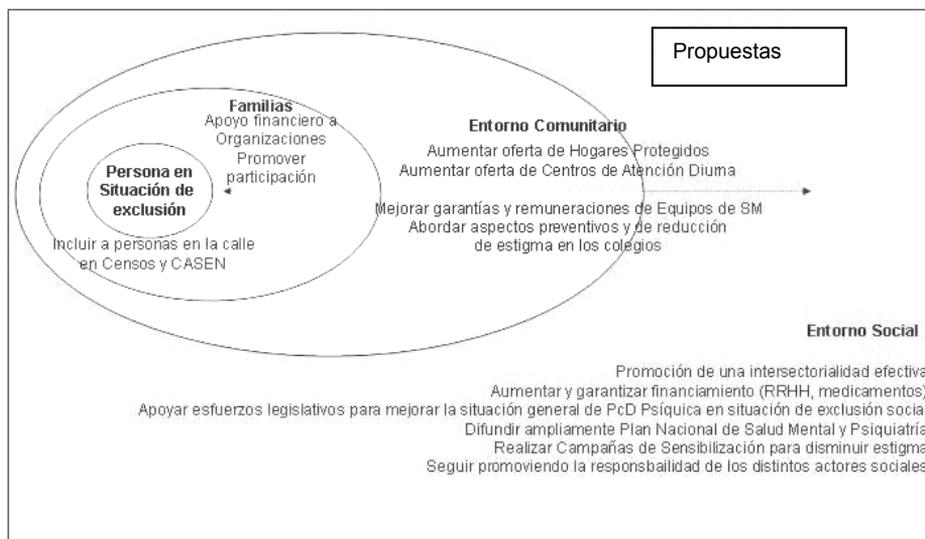
- Ampliar cobertura de dispositivos de atención diurna, como apoyo a las familias también
- Desarrollar programas que atiendan en forma conjunta a la PcD y su familia
- Aumentar oferta de Hogares Protegidos

#### Familia

- Promover la participación activa de los familiares en los procesos de rehabilitación de los usuarios.

#### Desarrollo a nivel operativo

- Apoyo de instituciones más grandes hacia más pequeñas
- Mayor difusión a nivel comunal para prevención en salud mental
- Promover mayor coordinación de redes sociales
- Promoción consistente de la intersectorialidad



### 3. Las tareas pendientes

Sin lugar a dudas esta “perspectiva de derechos” nos lleva a la necesidad de fortalecer el “capital social” de los enfermos mentales y sus familias, que es el más afectado y dañado por su propia condición de exclusión y prejuicios sociales.

En la sociedad en general cabe trabajar entorno a los valores éticos vinculados con los enfermos mentales, fomentar la capacidad de asociatividad de ellos mismos y de sus familias, y construir una conciencia cívica que permita el respeto mutuo y el trato digno. ¡Este es el horizonte final al que debemos avanzar!.

¿Qué pasa en nuestros programas?, ellos tendrían que tender a la movilización del capital social de cada enfermo mental, especialmente de los más excluidos, tarea que implica a lo menos 3 acciones directas:

- Perspectiva de derechos en los programas
- Estructuras participativas en la gestión
- Mecanismos de responsabilidad activa en las metodologías

Lo anterior no será fácil ya que implica cambiar la mirada, las relaciones y luego las prácticas de muchos de nuestros programas. Mirarnos críticamente, no sólo en el discurso o en la queja por los recursos económicos. En términos sociales hay que ganar nuevos espacios, o fortalecer aquellos, más débiles, sobre todo en cinco ámbitos:

– Ganar espacios en los Servicios de Salud y Sociales:

Generar al interior de los servicios, alianzas que permitan inicialmente una discriminación positiva transitoria.

– Ganar espacios en la familia y comunidad:

Facilitar en las familias y comunidades aprendizajes básicos que les permitan manejarse con enfermos mentales, favoreciendo su permanencia en la comunidad.

– Ganar espacios en la integración socio laboral:

Luchar contra la discriminación laboral, consiguiendo aliados públicos y privados que se atrevan a romper con los mitos.

– Ganar espacios en la representación ciudadana:

Por intermedio de ellos mismos o de las agrupaciones de familiares, ir logrando mayor representación en los gobiernos locales y en los gobiernos regionales y nacionales, trabajando con perseverancia en la presentación de propuestas razonables.

– Ganar espacios en los medios de comunicación:

Formar a los medios en el cubrir noticias que implique a enfermos mentales, acordar con ellos con código de lenguaje y procedimientos que permitan avanzar hacia la integración social, y que la forma de abordar estos temas contribuya al reconocimiento de la dignidad del enfermo mental.

Por último, señalar que la tarea es necesario que incluya a todos los actores, las sociedades se transforman gracias a la participación de los ciudadanos guiados por un horizonte ético mayor, que permite pasar a una fase de humanización mas elevada en la relación y en el puesto que le cabe a las personas enfermas mentales. Las barreras impuestas por la exclusión pueden ser superadas desde muchos ámbitos, uno de ellos esencial son las mismas personas, los ciudadanos, y es allí donde hay un campo de acción para nuevos aprendizajes que nos permitan cambiar la mirada, las relaciones y las prácticas con las personas enfermas mentales. Esto permitirá abrir un espacio que rompa el circulo de la violencia que gobierna las relaciones sociales, como decía Basaglia “la violencia y la exclusión están a la base de cada relación que se establece en nuestra sociedad”<sup>3</sup>, sin embargo si se construyen instancia de respeto, reconocimiento e integración, se debilitan las barreras impuestas por la exclusión y gana espacios la humanización. Sólo así es posible superar desde la raíz la exclusión, desde su origen, y aquí tenemos una responsabilidad clave las organizaciones de la sociedad civil.

<sup>3</sup> Basaglia, F. “ L’istituzione negata”, Baldini - Castoldi, Milano 1998.

PANEL 2  
SALUD MENTAL,  
DD.HH Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN CHILE:  
AVANCES Y DIFICULTADES



## BASES PARA EL DESARROLLO DE UNA POLÍTICA, RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

DRA. ANGÉLICA MONREAL URRUTIA

*Secretaria Ejecutiva Comisión Nacional de  
Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental*

**E**n Enero del 2001 entró en vigencia el Reglamento 570 de Internación de las Personas Afectadas por Enfermedades Mentales y de los Establecimientos que las Proporcionan, respondiendo al interés nacional de renovar las regulaciones en la materia e incorporar las nuevas concepciones del derecho y los Derechos Humanos.

Inspirado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Tratado Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Tratado Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental, incorpora así mismo las garantías constitucionales de la legislación chilena, en el espíritu de reconocer y garantizar para las personas que sufren de enfermedad mental, el reconocimiento y la protección de sus derechos, en igualdad de condiciones respecto de cualquier ciudadano de la nación.

Recoge también la nueva reglamentación los principios desarrollados por la Bioética en relación a los tratamientos e incorpora la visión de la internación psiquiátrica en coherencia con las concepciones del modelo de atención comunitario en salud mental.

Las incorporación de estos conceptos de derechos y de atención en psiquiatría y salud mental, significan una nueva concepción de la persona que sufre de enfermedad mental, que releva su calidad de sujeto de derechos en la sociedad y activo participante de sus procesos de recuperación de la salud.

## PRINCIPALES TÓPICOS

### **Establece los Derechos y Deberes de las Personas afectadas por Enfermedades Mentales (Art.31 al 38)**

El primero de ellos concierne a la denominación de Personas con Enfermedad Mental, que busca desestigmatizar y reconocer en primer lugar la calidad de sujeto de derechos a toda persona que sufre de un padecimiento psíquico.

Se destaca dentro de sus derechos, el derecho al Consentimiento Informado para la hospitalización y los tratamientos, cuestión principal en el ámbito de la enfermedad mental, toda vez que el enfermar y en particular el ser internado por causa psiquiátrica, involucra una condición de especial vulnerabilidad que debe ser adecuadamente protegida por la ley: ningún tratamiento (y la internación como un instrumento de este) puede ser administrado sin la autorización del paciente o su familiar o representante legal, y en caso de no contarse con estos, por una segunda opinión especializada y/o el Director del Establecimiento o Servicio (Art.20 al 23).

Se busca proteger a la persona de tratamientos innecesarios, de complejos efectos secundarios o abrir las posibilidades de escoger alternativas terapéuticas y desarrollar en la relación médico-paciente una relación de colaboración establecida sobre la base de mayor autonomía y participación de la persona enferma en la responsabilidad de su propia recuperación.

**Regula las condiciones de la internación, los tratamientos y el alta,** bajo la concepción de la internación como una etapa transitoria del tratamiento, integrada a la atención ambulatoria y a la inserción social lo más pronta posible.

Establece regulaciones para la duración de la internación a fin de evitar las innecesarias prolongaciones del modelo psiquiátrico hospitalario o la tendencia a la institucionalización histórica del modelo asilar (Art.12 al 14).

Establece condiciones de acreditación básicas para los establecimientos de internación, recogiendo las particularidades de la hospitalización psiquiátrica (Art. 48 y 49).

Busca mejorar la calidad de las atenciones al establecer regulaciones para tratamientos específicos de riesgos complejos y para tratamientos irreversibles (Art.24 y 25).

**Establece instancias de protección y supervisión** de los asuntos éticos y de vulneración de los derechos de las personas vinculados a las aplicaciones de tratamiento durante la internación:

Establece en el nivel de los establecimientos y servicios de internación la constitución del Comité Técnico-ético (Art.19).

Crea en el nivel nacional la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas por Enfermedades Mentales (Art.58).

Sienta las bases para la creación de Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental, con asiento en la Secretaría Regional Ministerial.

**Reconoce la participación de las Organizaciones de Familiares y Usuarios** como actor de colaboración con los procesos de recuperación de las personas enfermas, como puente en los procesos de reintegración a la comunidad y como interlocutores válidos en las instituciones de internación (pueden participar en los Comité Técnico-ético hospitalarios) y participan en propiedad en la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales.

Así quedan explicitados en la nueva reglamentación:

- Derecho a acceder a tratamientos de calidad y disponibles
- Derecho al la información y consentir o rechazar tratamientos
- Derecho a ejercer sus derechos cívicos
- Derecho a manejar sus bienes en su beneficio

- Derecho a recibir retribución pecuniaria por los trabajos que realiza en el marco de los tratamientos
- Derecho a la libre circulación y comunicación con sus familiares durante la internación, compatibles con el tratamiento
- Derecho a la privacidad y a la confidencialidad
- Derecho a ser respetado en su dignidad y salvaguardado de toda forma de discriminación
- Derecho a establecer reclamos si no son respetados sus derechos.

### **Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental**

El Reglamento crea esta instancia de carácter amplio e innovador en nuestro medio.

Constituida en Santiago en Marzo de 2001, la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales, está integrada por personalidades del ámbito de los servicios clínicos, la ética, las Universidades, el Ministerio de Salud, la Unidad de Salud Mental, los Colegios profesionales, Organizaciones de Usuarios y Familiares (19 miembros).

La Comisión constituye un organismo asesor del Ministro y sus atribuciones son velar por la adecuada aplicación y cumplimiento del Reglamento 570 y la protección del respeto de los derechos de los pacientes internados por causa de su enfermedad mental.

### **Avances en el trabajo de la Comisión**

La Comisión se constituye con atribuciones para:

- Implementar la normativa
- Estudiar quejas y efectuar recomendaciones tendientes a asegurar que los derechos de las personas afectadas de Enfermedad Mental sean protegidos y respetados

- Visitar y supervisar establecimientos de internación psiquiátrica, en lo concerniente a la aplicación del reglamento y a acreditación de los establecimientos
- Generar normativas complementarias para la aplicación del reglamento

### **Implementación**

Se han efectuado jornadas de difusión y capacitación en todos los servicios y hospitales psiquiátricos del país. Todos los Servicios de internación han tomado conocimiento de la nueva normativa y han tomado iniciativas para aplicar el reglamento.

Se han desarrollado iniciativas de difusión dirigidas a Agrupaciones de Usuarios y familiares, a profesionales y funcionarios de establecimientos privados de internación psiquiátrica, a personal de la Oficina de Profesiones Médicas del Ministerio, a Académicos de las carreras vinculadas a la salud mental, a usuarios en atención en Hospitales de Día del sector público.

Se ha constituido la Comisión regional en las regiones VIII, X y XII.

### **Estudio quejas y elaboración recomendaciones**

A la fecha se han recogido y canalizado 215 quejas, presentadas por personas con enfermedad mental, familiares, miembros de los equipo o de la comunidad.

### **Visitas y supervisión de establecimientos de internación psiquiátrica**

Se ha efectuado visitas a todos los servicios y establecimientos de internación del Sistema Público a lo largo del país.

Se ha visitado 10 Clínicas Privadas de Internación, en respuesta a situaciones emergentes de vulneración de los derechos de las personas internadas.

### **Normativas complementarias**

Se cuenta en la actualidad con normas complementarias en:

- Procedimientos de Psicocirugía
- Medidas de Contención en episodios de Agitación
- Internación administrativa o forzosa
- Esterilización quirúrgica con fines contraceptivos en personas con enfermedad mental

## **Evaluación**

A través del trabajo de recepción de quejas y supervisión a establecimientos de internación, la Comisión se constituye en una instancia privilegiada para el seguimiento de los cambios en el modelo de atención en salud mental y psiquiatría y de la incorporación de los derechos de las personas con enfermedad mental. En esta perspectiva se ha constatado:

- Mayor resistencia a los cambios en los Hospitales Psiquiátricos tradicionales tanto en la región Metropolitana como en regiones, a excepción de El Peral.
- Los Servicios de internación que están integrados a los Hospitales Generales muestran mejor disposición a integrar los cambios en el modelo de atención.
- En regiones hay mayor disposición a integrar las nuevas modalidades. Destacan en este sentido los Servicios de Iquique y Punta Arenas.
- Persistencia del modelo asilar en su expresión consolidada y rígida en el Sistema privado o de beneficencia, especialmente donde está asociado a condiciones de pobreza: por regla general se ha observado condiciones dramáticas de aislamiento, hacinamiento, escasez de recursos técnicos, carencia de estrategias de rehabilitación, que en ocasiones vulneran el trato humano y la dignidad de las personas internadas
- Existencia de complicidad involuntaria de los servicios de salud, que por razones de reducción de costos o necesidades de

liberar camas, derivan estos “casos sociales” a estos establecimientos como los descritos.

- Persistencia en la población de expectativas de solución a la enfermedad psiquiátrica mediante la hospitalización o la internación definitiva.
- Apertura al cambio en las expectativas, cuando se entrega una solución adecuada a las necesidades y demandas por parte de la red de atención en los servicios correspondientes.
- Existencia de demandas de lo que la Comisión ha llamado “pacientes con necesidades especiales”, caracterizadas por severidad de la enfermedad o la discapacidad psíquica, carencia o grave disfuncionalidad de la familia para constituir un soporte material y afectivo, carencia de red de apoyo social, para los cuales no hay respuesta a sus necesidades en la red de dispositivos de atención en el sistema público.

## **PERSPECTIVAS Y DESAFIOS**

### **Aumentar la visibilidad de los problemas**

A través del estudio de quejas y de las visitas de supervisión, la Comisión ha entregado información y representado situaciones que posibilitan aumentar la visibilidad de problemas y falencias en el área de la salud mental ante las autoridades de Salud.

### **Promoción del nuevo modelo de atención en salud mental**

Las visitas de supervisión han permitido el reconocimiento de las condiciones ambientales y de la atención clínica de los Servicios y Establecimientos que han sido la base de información y recomendaciones entregadas a la autoridad.

El estudio y la resolución de quejas relativas a accesibilidad y calidad de las atenciones han favorecido la articulación de los establecimientos de internación con los dispositivos ambulatorios de la red y ha estimulado la resolución local de las demandas.

## **Promoción de los Derechos de las Personas**

Las quejas relativas a falta de protección o maltrato han sido debidamente investigadas, y las situaciones expuestas inmediatamente corregidas por la autoridad pertinente.

La Comisión, como receptora de estas quejas, se ha demostrado como una instancia efectiva de vigilancia del respeto de los derechos de las personas afectadas de enfermedad mental.

A la vez esta actividad ha resultado una excelente vía de difusión y promoción del Reglamento y los derechos de las personas.

La participación de Usuarios y Familiares en la Comisión, su asistencia junto a los equipos de Salud Mental en las Jornadas de capacitación y supervisión de los establecimientos, ha resultado en un enriquecimiento recíproco y se ha revelado como una fecunda posibilidad para la participación activa, fomento de la organización, y conciencia de sus derechos y de su rol en los procesos de recuperación y cuidado de la salud.

Desafío de más largo aliento es que la comunidad en su conjunto y en particular las personas afectadas de enfermedad mental sean concientes de los derechos que le asisten y puedan reivindicarlos.

El Reglamento 570, se ofrece así, como un marco legal fructífero para el avance en el acceso y el mejoramiento de la calidad de la atención, la vinculación a la comunidad, y para el desarrollo de una cultura de respeto de los derechos y dignificación de las personas afectadas de enfermedad mental, congruentes con las Políticas de Salud Mental y de respeto a los Derechos Humanos.

# PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA O MENTAL: REFLEXIONES DEL HOGAR DE CRISTO Y RED-CALLE

PAULO EGENAU PÉREZ  
LUIS OSSA SALDIVIA  
JENNY LOWICK-RUSSELL  
EMILIA LÓPEZ MOSCOSO

## I. Introducción

Por casi seis décadas el Hogar de Cristo ha estado trabajando por las personas más excluidas y marginadas. A través de los años, el fenómeno de la enfermedad mental, y la discapacidad psíquica y mental, se ha convertido en una temática transversal en la mayor parte de los programas del Hogar de Cristo. Por su parte, la Red de Experiencias vinculadas a la temática de las personas en situación de calle (Red-Calle) se hace parte de la preocupación por este fenómeno desde su constitución hace dos años.

La atención e integración de personas con discapacidad psíquica o mental, o con patología dual, quienes por sus características no acceden a los servicios de salud, ha significado una importante complejización del trabajo, ya que a estas condiciones de salud en estado de abandono, se une el deterioro y daño psicosocial producto de la desvinculación, exclusión social y la pobreza extrema.

Todos los estudios y documentos acerca del “tratamiento” de la temática de salud mental, hablan del fracaso del modelo manicomial o de encierro, y la consecuente institucionalización como proceso de deterioro personal de los individuos.

Lo anterior ha dado origen a un proceso de desintitucionalización y avance hacia un modelo de psiquiatría comunitaria que fomente la integración de estas personas al entorno familiar, comunitario y social.

Reconocemos los avances de las actuales iniciativas hacia una reforma del sistema hospitalario, que fomente el trabajo intersectorial, multidisciplinario y con fuerte énfasis comunitario. Esto ha per-

mitido iniciar un proceso de humanización de la asistencia a las personas con discapacidad psíquica y mental, que permite el reconocimiento y promoción de sus derechos, valorando sus capacidades e insertándolos en la dinámica de la sociedad.

Sin embargo, las personas con discapacidad psíquica o mental que se encuentran en situación de extrema pobreza y exclusión social, al verse desvinculadas de su red familiar, comunitaria y social, van quedando al margen de los servicios de apoyo social y de salud, siendo las instituciones de beneficencia y grupos filantrópicos, quienes intentan acoger, a estas personas y asumir dicha responsabilidad, sin contar con los recursos, necesarios para brindar los servicios que requiere esta población.

## II. Fantasías e imaginario social

Fruto del desconocimiento, estas personas (los más pobres entre los pobres) han sido tratados peyorativamente como “vagos” o “vagabundos”, y etiquetados como “delincuentes” o “locos”, generando una actitud defensiva, de temor o de rechazo por parte de nuestra sociedad. En conjunto con esta marginación y rechazo, co-existe un alto nivel de negación de esta situación, y del sufrimiento implícito. La negación se asocia de modo automático a un proceso de exclusión. Se les separa asumiendo que son ellos en sí mismos el problema (“os delincuentes, vagos, locos”). Lo que afecta no es la existencia, sino el hecho de que estén cerca, o de que se instalen en un hábitat que no les “corresponde”.

En el Hogar de Cristo y en la Red-Calle se ha optado por denominar a las personas que habitan las calles como “Personas en situación de calle”, como una forma de disminuir el estigma, considerar la posible temporalidad de su situación y dar cuenta de que la esencia del problema no son las personas en sí mismas, sino el contexto y circunstancias que lo rodean.

La presencia de estas personas genera perplejidad, suspicacia, y malestar en el contexto más cercano a ellos.

*“Produce un impacto sobre el imaginario popular del vecino de la ciudad, que hasta la aparición de este, no estaba acostumbrado a topar-*

*se con la escena mas dramática de la pobreza en la punta de su pie y a la vera de su vista. La pobreza estaba socializada en los bolsones de pobreza consensuados: la villa, pero no a la vista de todos”<sup>1</sup>.*

Un ejemplo donde es posible visualizar esta perspectiva, puede ser la siguiente cita de un documento publicado por la Fundación Libertad y Desarrollo:

*“Debido a la sensación de temor que producen las personas en situación de calle, indigentes u otros con problemas mentales, se elaboró un programa destinado a la erradicación de ellos de los espacios públicos de la comuna. Este ha operado a través del acercamiento de profesionales especializados a estas personas ayudándoles a retomar contacto con sus familiares”<sup>2</sup>.*

Erradicados de los manicomios y centros hospitalarios, erradicados de sus hogares y familias, y ahora erradicados de los espacios públicos de la comuna ¿dónde pueden estar? ¿Cuál es el espacio social o territorio para ellos?

Es decir, junto con las dificultades propias de este grupo en términos de indigencia e inserción social, se agrega todo un estigma y juicio elaborado desde impresiones e imaginarios individuales y colectivos que no guardan relación con la realidad de estas personas. Son temores exagerados e injustos, más bien son ellos quienes viven día a día la violencia de una sociedad que no cuenta con espacios para su desarrollo como seres humanos parte de nuestra comunidad, generando aún mayores condiciones de vulnerabilidad y exclusión.

### **III. La “locura de las cifras”**

En relación a la población con discapacidad psíquica y/o mental en situación de calle, no se manejan datos estadísticos ni características que permitan conocer con exactitud las magnitudes y condiciones en que se encuentra dicha población. A pesar de la “visibilidad

<sup>1</sup> Patricia Malanca “Personas en la calle: de cuando al otro de lo social le emerge una demanda”. Psyque Navegante N°57- [www.psyche-navegante.com](http://www.psyche-navegante.com).

<sup>2</sup> Documento Libertad y desarrollo “esfuerzos locales en el combate contra la delincuencia - Programa Implementado por la I. Municipalidad de Santiago Autor: Carmen Domínguez Abogada

práctica” (basta con recorrer las calles, especialmente durante las noches), no existe una “visibilidad oficial” (no existen cifras oficiales, no están “contados”). Esto a pesar de la señalada “interrupción” del quehacer social que producen.

En general se estima que más de 10.000 niños, jóvenes, adultos y personas mayores se encuentran en situación de calle en Chile. Muchos de ellos son personas con serios problemas de salud mental, que se ven forzados, por un ambiente no acogedor ni contenedor, a sobrevivir en las calles, con el hambre, el frío, el peligro y la soledad del medio hostil de las calles.

Producto de las condiciones de aislamiento y soledad a la que se ven expuestas, acuden a fundaciones u organizaciones de voluntariado social para proveerse de alojamiento provisional, alimentos, acogida, resguardo y protección. O bien, duermen en las calles, en lugares públicos o bajo los puentes. Ellos, en su mayoría, no se encuentran registrados en los servicios sociales o municipales y están al margen de los mínimos derechos civiles de todos.

A continuación presentaremos tres extractos de evaluaciones que dan cuenta de una parte de la magnitud en Hogar de Cristo y ONGs.

#### a) Hospedados en Situación de Calle

Un porcentaje importante de las Personas en situación de calle atendidas por el área Hospedería, presentan serios problemas de Salud Mental.

Sólo en el mes de Abril de 2004, en las distintas Hospederías de Santiago fueron acogidas 261 personas con diagnóstico de trastorno psiquiátrico, excluyendo de estos casos a aquellas personas que presentaban adicciones, problemas por consumo de alcohol, depresión leve y violencia intrafamiliar. Es importante considerar que el total de plazas promedio utilizadas en el mes fueron 676, es decir, se puede inferir que a lo menos, un 35.8% de la población presenta serios problemas psiquiátricos que no fueron absorbidos por los servicios de salud.

**Cuadro 1**  
**Personas con Discapacidad Psíquica**  
**Unidades Área Hospedería Santiago. Mes Abril 2004.**

Unidades	N°	N° personas con Trastornos Psiquiátrico*	% Prom.
Hospedería Hombres	243	83	34.2
Hospedería Diferenciada	48	48	100.0
Hospedería Padre Lavín	203	58	28.6
Hospedería Mujeres	132	39	29.5
Casa Mujer	20	3	15.0
Programa Cárcel	30	30	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>676</b>	<b>261</b>	<b>35.8</b>

\* Se excluyen consumo perjudicial de drogas y alcohol, depresión leve, violencia y maltrato

En el 2002, de un total de 325 personas de Hospederías diagnosticadas por psiquiatras del Área de Salud del Hogar de Cristo, se desprende que sobre el 70% presenta diagnósticos complejos y de difícil manejo (ver Cuadro 2). Esta situaciones se ven exacerbadas, en términos de los niveles de deterioro, producto de las situaciones de daño psicosocial y vulnerabilidad a las que las personas han estado expuestas por encontrarse en situación de calle.

**Cuadro 2**  
**DIAGNÓSTICOS ÁREA HOSPEDERÍAS**  
**Año 2002 (n=325)**

DIAGNÓSTICOS	H.H		H.M		H.P.L		AREA	
	N° Pers.	%	N° Pers.	%	N° Pers.	%	N° Pers.	%
ADICC. (ALCOH. Y DROGAS)	51	43,6	14	14,9	8	7,0	73	22,5
DEPRESION	13	11,1	12	12,8	2	1,8	27	8,3
PATOLOGÍA DUAL	0	0,0	0	0,0	19	16,7	19	5,8
EPILEPSIA	3	2,6	3	3,2	11	9,6	17	5,2
ESQUIZOFRENIA	3	2,6	8	8,5	33	28,9	44	13,5
PSICOSIS	0	0,0	3	3,2	2	1,8	5	1,5
RET. MENTAL	2	1,7	16	17,0	2	1,8	20	6,2
TRAS. PERSONALIDAD	6	5,1	26	27,7	37	32,5	69	21,2
DEMENCIA	23	19,7	5	5,3	0	0,0	28	8,6
NARCISISMO	4	3,4	0	0,0	0	0,0	4	1,2
OTROS	12	10,3	7	7,4	0	0,0	19	5,8
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	<b>325</b>	<b>100</b>

Otro aspecto relevante se refiere a la atención y derivación de las personas en situación de calle que acoge el Hogar de Cristo hacia los servicios de salud públicos. En el ámbito de la salud, 2 de cada 3 personas que requieren atención son absorbidas por la red interna del Hogar de Cristo, situación que se muestra aún más dramática cuando se trata de la salud mental: sólo 1 de cada 5 personas de Hospederías, que requieren atención psiquiátrica, son atendidas por la red externa. Esto significa que el 80% es absorbido por la red interna del Hogar de Cristo, la cual puede ofrecer sólo un primer diagnóstico y atención primaria de psiquiatría (Área Salud Santiago, Hogar de Cristo, datos enero a junio 2002. Cuadro 3 y 4).

Cuadro 3

**PERSONAS ATENDIDAS EN LA RED INTERNA DE SALUD**

Enero a Junio 2002	H.H.		H.M.		H.P.L.		AREA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LUGARES DE DERIVACIÓN								
UNIDAD DROGAS		0,0	11	8,0	48	17,1	59	6,3
POLICLINICO	291	56,1	57	41,6	120	42,9	468	50,0
SALA DE ENFERMOS	84	16,2	25	18,2	22	7,9	131	14,0
PSIQUIATRA	118	22,7	44	32,1	90	32,1	252	26,9
TRAUMATOLOGIA	26	5,0		0,0	0	0,0	26	2,8
TOTAL	519	100	137	100	280	100	936	100

Cuadro 4

**PERSONAS ATENDIDAS EN LA RED EXTERNA DE SALUD POR UNIDAD**

Enero a Junio 2002	H.H.		H.M.		H.P.L.		AREA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
LUGARES DE DERIVACIÓN								
HOSP. PSIQUIATRICO	2	1	16	9	47	33	65	14
POSTAS	94	67	68	36	30	21	192	41
HOSPITALES	44	31	58	31	28	20	130	28
CONSULTORIOS		0	34	18	20	14	54	12
COMUNID. TERAP.		0	11	6	16	11	27	6
TOTAL	140	100	187	100	141	100	468	100

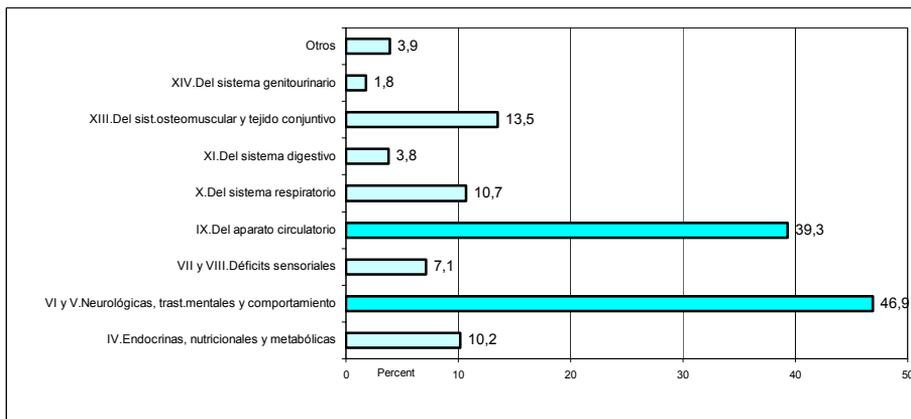


Gráfico 1. Proporción de Población que presenta Patologías según grupos de enfermedades \* - CIE 10

## b) Adultos Mayores

En el 2002, se realiza un estudio epidemiológico prospectivo de la población usuaria del Área Adulto Mayor del Hogar de Cristo en Santiago. Se examinó la situación de salud funcional, física y mental que presentaban las personas al momento de su ingreso a los diferentes servicios y programas (N=2490).

Utilizando los registros disponibles sobre las condiciones de salud de las personas al momento de su ingreso (epicrisis, diagnósticos médicos, exámenes de laboratorio, resultados de controles) e instrumentos validados de clasificación (CIE 10, Índices de funcionalidad), se explora sobre la magnitud, tendencias y características de los problemas de salud física y funcional.

Los resultados indican la alta prevalencia de patologías de mediana y alta complejidad en la población que ingresa al Hogar de Cristo:

- 1 de cada 2 personas presenta alguna enfermedad neurológica, trastornos mental o del comportamiento.
- 2 de cada 5 adultos mayores ingresan afectados por alguna enfermedad del aparato circulatorio, constituyendo un factor de riesgo de la funcionalidad y deterioro cognitivo.

En el Gráfico N° 1 se puede observar las enfermedades presentes en la población, por grupo de patologías. Los antecedentes destacan las enfermedades del aparato circulatorio (948 AM) y las enfermedades neurológicas, trastornos mentales y del comportamiento (1133 AM), afectando éstas últimas a casi el 50% de la población que ingresa.

De las enfermedades neuro-psiquiátricas (Gráfico N° 6), el mayor número de casos se concentra en patologías que comprometen las habilidades cognitivas del individuo (Alzheimer, DOC, Demencia senil, entre otras). Este grupo, sumado a las personas que presentan secuelas de AVE y encefalopatías, constituyen más del 50% del grupo. El otro 50 % corresponden a trastornos mentales y del comportamiento, entre las cuales destaca el alcoholismo y la depresión.

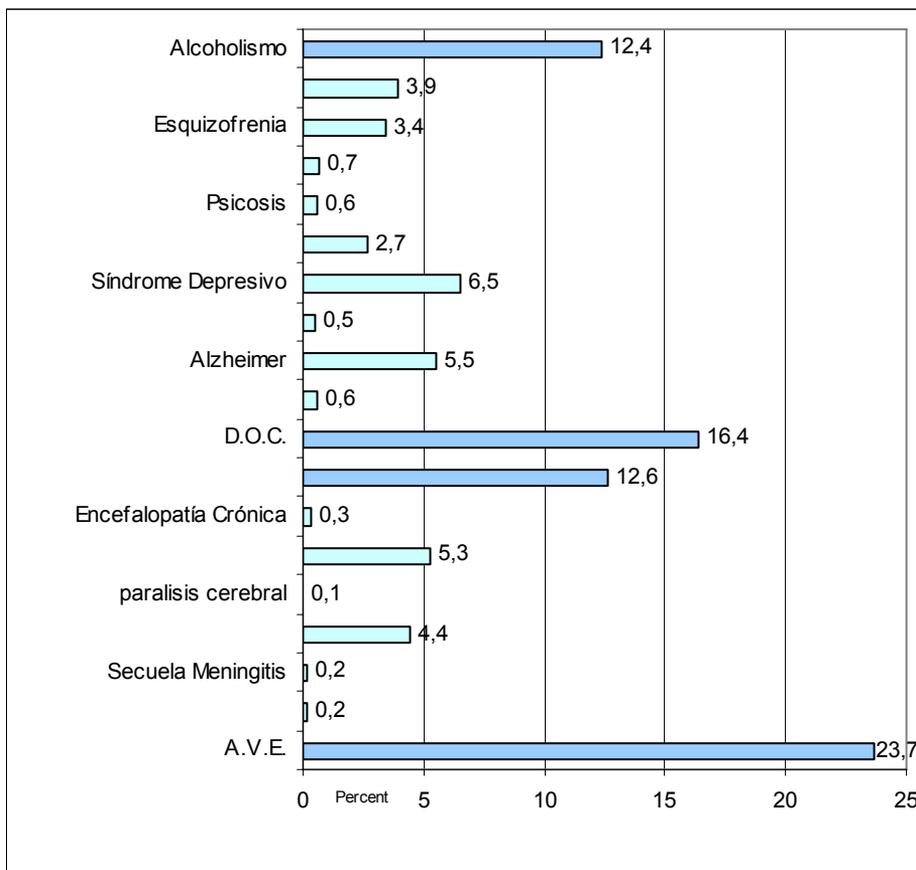


Gráfico 6. Prevalencia Enfermedades Neurológicas, Trastornos mentales y del comportamiento (n= 1133)

### c) “En la mira” de los excluidos

El día 12 de diciembre de 2003, se realiza un operativo de evaluación socio-sanitaria en el centro denominado “Casa Madre de Dios”, ubicado en el Km. 9 de la Cuesta Barriga. Este lugar había causado conmoción pública por ser considerado por un programa televisivo un “clandestino” en la atención de adultos mayores.

A partir de estos antecedentes, se desarrolla una estrategia coordinada de apoyo por parte de autoridades y organismos: MINSAL, Servicio de Salud M. Occidente, Comisión Nacional de Protección de Personas Afectadas por Enfermedad Mental y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Desarrollo entre el Servicio de Salud, la Universidad del Desarrollo, el Hogar de Cristo y la Fundación Ros-tros Nuevos.

Aproximadamente 200 personas habitaban ese lugar, de las cuales 183 fueron evaluadas por psiquiatras. Quizás el elemento más significativo es que sobre el 60% de la población presentaba algún problema de salud mental. El desglose de esta cifra, en el siguiente cuadro:

## Cuadro 5

**1<sup>ER</sup>. DIAGNÓSTICO POSIBLE SALUD MENTAL  
EN POBLACIÓN ATENDIDA CASA MADRE DE DIOS (N=183)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alcoholismo	4	2,2	3,6	3,6
Alcoholismo recuperado	1	0,5	0,9	4,5
D. Sicoorg. Asoc. A edad	1	0,5	0,9	5,5
Daño neurológico orgánico	1	0,5	0,9	6,4
Daño orgánico cerebral	1	0,5	0,9	7,3
Daño orgánico vascular y alcoholis-	1	0,5	0,9	8,2
Daño psicoorg. Asoc. A edad	1	0,5	0,9	9,1
Delirio	1	0,5	0,9	10,0
Demencia enfermedad parkinson	1	0,5	0,9	10,9
Derivados a psiquiatría	1	0,5	0,9	11,8
Deter. Senil propor. a edad	1	0,5	0,9	12,7
Deterioro cerebral	1	0,5	0,9	13,6
Deterioro conforme a la edad	1	0,5	0,9	14,5
DOC (asoc.OH, vascular, por estilis-	8	4,4	7,3	21,8
EPILEPSIA (div. Tipo, tonicoclónica)	6	3,3	5,5	27,3
Esquizofrenia (Eqz)	16	8,7	14,5	41,8
Eqz en control	1	0,5	0,9	42,7
Eqz en tratamiento	1	0,5	0,9	43,6
Otro psiquiatría no determinado	37	20,2	33,6	77,3
Trastorno psiquiátrico	4	2,2	3,6	80,9
Psiquiatría	2	1,1	1,8	82,7
Retardo mental	14	7,7	12,7	95,5
Retardo mental leve	1	0,5	0,9	96,4
Retardo mental profundo	1	0,5	0,9	97,3
Secuelado A.V.E.	1	0,5	0,9	98,2
Síndrome de Down	1	0,5	0,9	99,1
Trastornos emocionales	1	0,5	0,9	100,0
	<b>110</b>	<b>60,1</b>	<b>100,0</b>	
Sano/hp no encuentra prob. Psicol-trastorno/ o no se detecta.	73	39,9		
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Estos datos revelan el abandono y marginación absoluta en la que se encuentran personas que requieren no sólo apoyo social, sino que necesitan urgentemente ser incorporados a servicios de salud donde puedan recibir la atención requerida.

Todos los organismos involucrados en el proceso evaluativo señalaron la urgencia de intervenir a favor de los derechos de las personas que ahí residen, con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de vida de los usuarios de la Casa Madre de Dios y contribuir a resolver los graves problemas de salud física, mental y ambiental que allí se presentan.

#### **IV. Derechos Humanos y Exclusión Social**

No cabe duda que el sólo concepto de “derechos humanos” tiene un profundo sentido ético. En buena parte de las luchas civiles por los derechos individuales a lo largo de los siglos en pos de la consecución del bienestar, es el impulso ético el que late con intensidad.

El aspecto esencial de toda sociedad que pretende respetar y garantizar los derechos humanos, es el principio de que todas las personas son iguales en dignidad y derechos, es lo que se conoce como el principio de igualdad, y en cuya virtud en todos los instrumentos internacionales sobre derechos humanos se consagra como consecuencia el principio de no-discriminación, es decir la obligación de respetar y garantizar los derechos de todos sin distinción alguna, independiente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, las discapacidades físicas y psíquicas, etc.

El principio de igualdad o su consecuencia el principio de no-discriminación, permite en definitiva, que todas las personas, sin distinción, puedan gozar los derechos que se reconocen en el ordenamiento jurídico.

Ahora bien, el principio de igualdad es aún más extenso y complejo pues exige que debe tratarse a los iguales de modo igual y a los

desiguales de un modo desigual (Bobbio, 1993)<sup>3</sup>. Esto implica que existe un conjunto de derechos que se reconocen a todas las personas y que todas sin ningún tipo de distinción pueden ejercerlos, pero también que existen algunos derechos especiales de protección de algunos grupos humanos, generalmente establecidos en su favor por su especial vulnerabilidad física, psicológica o social. Es importante recalcar que estos derechos especiales lo que hacen es constituir a ciertas personas en sujetos privilegiados de derechos, pues tienen más derechos que el resto. Su objetivo es precisamente asegurar que su especial vulnerabilidad no limite el ejercicio de los derechos para todos reconocidos. Las particularidades que permiten a ciertas personas constituirse como sujetos privilegiados de derechos, se refieren a ciertas situaciones de vulnerabilidad que existen o se producen y que justifican el establecimiento de ciertos derechos adicionales para así hacer realidad la pretendida igualdad.

Es claro, entonces, que el primer derecho de toda persona es a un trato digno, a un trato adecuado, a ser considerado y respetado en su dignidad de persona, lo que implica que no debe haber diferencias arbitrarias en el trato, pues nada justifica la restricción de los derechos y de la dignidad de las personas, aún cuando esto parezca necesario por las particularidades de algunos grupos humanos. La esencial vulnerabilidad de alguna persona, lo único que permite es a un trato especial en virtud de gozar ella de un “agregado” de derechos especiales de protección. Para ser respetuosos de la dignidad de las personas, es necesario asumir las particularidades de las personas marginadas, excluidas y con escasas posibilidades de exigir un trato digno y reclamar sus derechos, como es el caso de las personas en situación de calle, con discapacidad psíquica y mental.

### **Proceso de Exclusión**

Estas personas se encuentran en un proceso de desvinculación o ruptura de los vínculos con los distintos ámbitos de inclusión social. Desde la experiencia podemos señalar que esta exclusión se puede observar en los siguientes aspectos:

<sup>3</sup> Bobbio, N. (1993). *Igualdad y Libertad*. Barcelona: Ed. Paidós.

### **Exclusión familiar:**

Deterioro significativo, desvinculación o ruptura de los lazos familiares.

Por una parte las familias van presenciando la vulnerabilidad en que se encuentra la persona y las dificultades que se les producen originadas en la fragilidad de la situación económica y la red de apoyo. Las personas se van quedando solas y aisladas del apoyo familiar, quienes no son capaces de contener y apoyarlas producto de la complejidad y situación paupérrima. Produciéndose una desvinculación “activa” y traumática en que la persona es efectivamente expulsada de la casa, o una “pasiva”, donde nadie se preocupa del individuo, quedando a su “suerte” ya sea en la casa o en la calle.

Es importante notar que a su vez el propio núcleo familiar va experimentando distintos niveles de exclusión en la medida que deciden asumir el apoyo de su familiar con discapacidad. Traspasándose el estigma de la persona al núcleo que lo apoya. Sumado esto a las dificultades prácticas del apoyo cotidiano, que entorpece o restringe las posibilidades laborales de quien cuida a esta persona.

### **Exclusión Comunitaria**

Imposibilidad de contar con soportes que permitan sus inserción en redes locales, y vecinales.

La comunidad no cuenta con conocimientos ni dispositivos de apoyo que no sean la caridad o solidaridad de algunos que sin herramientas intentan ayudarlos. Esto va provocando ambivalencia, perplejidad y rechazo en el resto de la comunidad.

### **Exclusión Socio-Política**

Inexistencia de políticas públicas dirigidas a este grupo específico, que considere sus diversidades, dificultades y potencialidades.

La invisibilidad de esta población es producto de la falta de estudios y registros que den cuenta de la magnitud, frecuencia y características de su situación, lo que imposibilita la generación de políticas apropiadas y la destinación de recursos.

Asimismo, el hecho que una persona en situación de calle no cuente con una residencia, le impide el acceso real a los beneficios sociales, por no pertenecer a ninguna comuna específicamente.

### **Exclusión Socio-sanitaria**

Falta de alternativas y dispositivos accesibles, que faciliten la atención, tratamiento y acompañamiento desde el punto de vista biopsicosocial.

Para esta población que no accede a los centros de salud existentes, prácticamente no existen estrategias o programas que intenten abordar sus necesidades de salud, quedando a la deriva y dependiendo de algún ciudadano solidario que lo apoye e incorpore a algún dispositivo existente.

### **Exclusión cultural**

Falta de alternativas y accesibilidad a instancias educativas, culturales y artísticas que promuevan el desarrollo de sus potencialidades y habilidades.

Esta situación dificulta el desarrollo de sus habilidades personales, la mejoría en los niveles de autonomía y autovalencia, incrementa su discapacidad y dificulta sus posibilidades de reinserción social.

### **Exclusión Laboral**

Si consideramos el artículo 23 de la Declaración Universal de los DDHH, podemos señalar que las personas en situación de calle con discapacidad psíquica o mental, han visto o verán limitadas sus posibilidades de poder desempeñar un rol laboral. No sólo por sus habilidades o intereses individuales, si no también por la falta de ofertas de rehabilitación y reinserción laboral, adecuadas y lo suficientemente flexibles para concordar con la situación particular de estas personas.

A esto debemos agregar el rol del estigma asociado, que contribuye a que las personas con discapacidad psíquica sean menos requeridas al momento de ofrecer oportunidades laborales normalizadas para personas con discapacidad. De hecho, del 100% de personas

integradas laboralmente a través de las oficinas de intermediación laboral del FONADIS, sólo el 5% tiene discapacidad psíquica<sup>4</sup>.

### Exclusión Ciudadana

Ausencia de canales de participación en cualquier decisión social, política o de control social que los afecte directa o indirectamente.

Sólo en el mundo de las ONG existen alternativas de inserción y participación para este grupo. A nivel de Gobierno, nacional o local, no existen organizaciones ni programas destinados al acompañamiento y fomento de la participación de estas personas.

En definitiva, gran parte de la dificultad que enfrentan las personas con discapacidad psíquica, obedece a la discriminación, estigma, exclusión y a la disminuida protección jurídica y social que presentan. Esta protección se transforma en nula en el caso de las personas en situación de calle.

Primero fueron los vejámenes que durante años se vivieron como fruto del encierro y abandono en centros hospitalarios o cárceles. Posteriormente ha sido el permanecer a la deriva y sin posibilidades de acceder a los tratamientos que producto de los avances científicos podrían mejorar significativamente su situación y mejorar la adaptación a su medio.

*En la ciudad de California se destinaron 55 millones de dólares a la generación de alternativas de apoyo psiquiátrico a personas sin hogar con dichas dificultades. Las personas que se inscribieron en uno de estos programas redujeron en un 66 por ciento el tiempo de su hospitalización, y en un 81,5 por ciento el número de días que permanecieron encarceladas, según las estadísticas que maneja el gobernador. En cuanto a los días que pasaron en la calle, se produjo una reducción de cerca del 80 por ciento (<http://www.terra.com/finanzas/articulo/html/fin479.htm>)*

<sup>4</sup> Zondek, Aroca, Pallero & Zepeda, 2002. Programa de intermediación Laboral para personas con discapacidad: "Listos para el Trabajo". *Revista de Terapia Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*, 2.

## V. Buscando Alternativas: “¿ninguna de las anteriores?”

A partir del año 2003, un grupo de organizaciones no gubernamentales que trabajan en la atención de niños, jóvenes y adultos en situación de calle se reúnen para hacer frente a las dificultades que presentan en el trabajo con este grupo y conforman lo que actualmente se denomina Red-Calle (Red de Experiencias que trabajan con personas en situación de calle). Buscan articular esfuerzos para la atención, protección y promoción de este colectivo de personas, generando un conjunto de acciones que permitan abordar la temática desde una perspectiva crítica y propositiva. Dentro de las principales tareas de la Red - Calle, se encuentran: incidir en el diseño de políticas públicas orientadas a esta población, visibilizar o denunciar la realidad de estas personas, generar conocimientos con relación a este grupo y poder sensibilizar a las autoridades y demás agentes culturizantes en torno a la conceptualización de dichas personas

A través de esta organización se logra insertar la temática de las personas en situación de calle en organismos gubernamentales, pudiendo en Agosto del año 2003 recibir la promesa por parte del Vicepresidente de la República, de realizar un Censo a Nivel Nacional de dicho grupo que permita conocer con exactitud sus condiciones, para insertarlos en los beneficios sociales a los cuales no presentan acceso actualmente. Sobre esta temática aún estamos en espera, ya que existen prioridades que no se condicen con las urgencias.

En definitiva son las organizaciones las que a través de sus hospederías, residencias u hogares protegidos, hacen frente al total abandono que presentan estas personas, otorgando acogida, atención y protección, tanto en centros como en las propias calles, a través de una intervención psicosocial, centrada en el acompañamiento, asistencia básica y a veces especializada.

Parece relevante generar servicios especializados, que den respuestas a las características y necesidades de las Personas en Situación de calle.

No se trata de generar un aumento de “camas psiquiátricas de hospitalización” aunque probablemente faltan para algunas condiciones o situaciones específicas (urgencias, pacientes duales), sino de

generar las alternativas de acuerdo a las condiciones y contextos en que se encuentran los individuos, es decir, creación de dispositivos nuevos y distintos a los actuales donde no sea la persona la que deba adaptarse a las exigencias de la sociedad, los servicios de salud y otros, sino exactamente a la inversa. Sin lugar a dudas esto exige un cambio drástico en la sociedad y para ello las personas e instituciones vinculadas directamente a estas personas a través de diferentes programas, debemos asumir activamente esta tarea, como prioritaria.

Creemos que el problema va más allá de la existencia o no de servicios que abordan las temáticas de salud mental. La principal dificultad radica en el hecho de poder atender y responder a los problemas y las necesidades de dichas personas.

Las personas en esta situación no siempre están dispuestos a asistir a espacios formalizados, por ello son denominados refractarios a los sistemas. A esto se suma lo ya señalado en cuanto a no contar con domicilio fijo o documentación básica que los identifique.

Generalmente los servicios son hechos de la misma manera para todos, sin distinción. Sin embargo, nos encontramos frente a un grupo particular, el cual presenta problemas heterogéneos, que requieren de servicios especialmente diseñados a sus necesidades y características. Un ejemplo de ello sería el poder brindar atención en sus propios espacios (por ejemplo la calle, o los lugares públicos que habitan), para que de este modo los sujetos pierdan progresivamente el miedo a los servicios médicos o a “los tratamientos” y por ende a los establecimientos destinados para su atención, es decir, hacer un acercamiento de los modelos y los servicios que correspondan a las necesidades de las personas y no que sean ellos, los más excluidos quienes deban adaptarse a sistemas excesivamente rígidos.

Además es necesario avanzar en como construimos como sociedad este fenómeno de las personas en situación de calle con discapacidad psíquica o mental. Se hace fundamental instalar el tema como de responsabilidad amplia, más allá del sector salud, es necesario convocar a un esfuerzo efectivamente intersectorial, donde cada uno, incluyendo la sociedad civil, vamos aportando a la superación de esta realidad.

Un paso adelante es tener la claridad que a pesar de usar el concepto “persona CON discapacidad”, en realidad la discapacidad no es una condición de la persona, si no que, al igual con la temática de calle, es el resultado de la interacción de las características, intereses y necesidades de un individuo con la realidad social concreta en la que aspira a desempeñar un rol determinado.

Comprender esto debería implicar que todos asumamos la responsabilidad que nos corresponde en la generación de condiciones sociales y materiales favorables para las personas en situación de exclusión social severa.

Para el Hogar de Cristo y la Red-Calle, estos eventos, no son actividades de caridad o beneficencia, sino que constituyen un acto de justicia y reparación, para compatriotas que no han sido incluidos históricamente como parte de la sociedad civil.

# DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL, UNA MIRADA DESDE EL SISTEMA PÚBLICO

DR. MAURICIO GÓMEZ CHAMORRO  
*Director Hospital Psiquiátrico El Peral*

## ANTECEDENTES

**L**a legislación en derechos humanos protege a las personas y a los grupos de personas, de las acciones que menoscaban las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Abarcan los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Los derechos humanos incumben principalmente la relación entre las personas y el Estado.

Entre salud y derechos humanos existe una variedad de vínculos y formas de interacción:

- La violación o la desatención de los DDHH pueden tener graves consecuencias para la salud de las personas.
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los DDHH o violarlos, según la manera en que se formulen o apliquen.
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los DDHH.

El Derecho a la Salud “significa que los gobiernos y autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible”. (OMS)

Asimismo, el respeto al derecho a la salud puede ser evaluado por criterios de:

- Disponibilidad: redes y programas suficientes.
- Accesibilidad: no-discriminación, físicamente accesibles, económicamente asequibles, informados.
- Aceptabilidad: éticos, respetuosos, culturalmente adecuados.
- Calidad: acorde al conocimiento científico y médico, y de calidad.

En concordancia con la preocupación por los derechos humanos, y la creciente evidencia acerca de la importancia de la protección de la salud de ciertos grupos sociales vulnerables, se han formulado una serie de documentos de aplicación universal que se refieren a las personas afectadas por enfermedades mentales.

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los «Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental» (PPEM).

En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

En el documento básico de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica realizada en Caracas, Venezuela, (Noviembre, 1990), se presentó una propuesta específica de trece derechos específicos de las personas con problemas de salud mental:

- Derecho del enfermo mental de ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de personas.
- Derecho a no ser calificado como enfermo mental ni a ser objeto de diagnóstico o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas.
- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.
- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso, y de libertad de conciencia y religión.
- Derecho a recibir educación y capacitación adecuadas a su estado.
- Derecho a trabajar y recibir la remuneración correspondiente.
- Derecho a personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de los procedimientos establecidos por la ley para tal efecto.
- Derecho a que en caso de ser inculcado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o inimputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud con la intervención de profesionales expertos en su calidad de peritos.
- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procesamiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.
- Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud.

El Derecho a la Salud y los Derechos Humanos de las personas afectadas por problemas de Salud Mental en Chile.

Hablar de violación a los derechos humanos en nuestros hospitales psiquiátricos es muy complejo. La experiencia chilena en violación a los derechos humanos durante la dictadura militar ha generado una gran sensibilidad al tema, y ha enfatizado los aspectos más ligados a la represión política, tortura, desaparición de personas y exilio por mencionar las formas más habituales. Otras dimensiones de los derechos humanos suelen ser subvaloradas, más si se relacionan con las estructuras en que trabajamos. El funcionario lo percibe como un ataque personal y quienes defienden el modelo institucional en general son muy reacios a abordar estos temas, más bien están atentos a los fallos de los desarrollos alternativos.

Es sabido que la vida en grandes instituciones genera daños a las personas. Los fenómenos de institucionalización, propios de las dinámicas de la institución total, se imponen sobre los residentes y aún sobre las propias personas encargadas del cuidado. En el Hospital Psiquiátrico El Peral se efectuó un diagnóstico participativo con pacientes para evaluar efectos de su permanencia en el hospital (1998). Los pacientes aludieron a temas como:

- *Falta de libertad*, lo que los obliga a realizar diversas actividades fuera de sus intereses, cumplir rutinas y horarios rígidos, no poder llevar a cabo algunas tareas o actividades.
- Experiencias de *maltrato físico y verbal*.
- *Estigmatización*, referida como la pérdida de confianza de conocidos y familiares producida por el hecho de pensar que por permanecer en el hospital, se produce una pérdida de sus capacidades y son “calificados como locos”.
- Experiencias de abuso de poder al interior de la institución.
- Falta de personal, lo que se traduce en una percepción de *temor e inseguridad* para los pacientes.
- *Pérdida de lazos afectivos*.

- *Problemas de convivencia* generados por vivir con gran cantidad de personas con hábitos, valores y costumbres diferentes.

Dichos testimonios orientaron el desarrollo de un Plan Estratégico para la reconversión del modelo y de los recursos del hospital, proceso que está aun en marcha.

En Chile, durante décadas la atención de las personas con enfermedades psiquiátricas severas estuvo, salvo excepciones, centrada en unos pocos hospitales psiquiátricos mayores y varios centros de internación a lo largo del país. La característica común a la gran mayoría de ellos era los bajos estándares con que funcionaban. En varios casos sus déficit generales los hacían incompatibles con los de una estructura sanitaria. Conocidos son los casos del Hospital Psiquiátrico de Iquique (actualmente inexistente), el Open Door de la década de los 70 (actual Hospital Psiquiátrico El Peral), los patios de crónicos del actual Instituto Psiquiátrico José Horwitz B. y del Hospital Psiquiátrico de Putaendo por mencionar algunas situaciones particularmente graves. En sus momentos más críticos, se hacía difícil discriminar el carácter sanitario de estos centros de internación. Graves carencias de infraestructura y de personal, y un severo hacinamiento determinaban una alta mortalidad por mencionar sólo una consecuencia extrema de condiciones como la descrita.

Este cuadro ha sido en parte superado en los centros públicos de internación psiquiátrica, sin embargo persisten aun condiciones que no favorecen la rehabilitación, con situaciones de institucionalización y marginación social. Esto es particularmente inaceptable dadas las condiciones de desarrollo general del país, y de la tecnología disponible para el tratamiento de estas enfermedades, tanto en el ámbito de la psicofarmacología como en el de la rehabilitación psicosocial.

La atención de Salud Mental y Psiquiatría en Chile se encuentra en un proceso de transformación desde dicho modelo centrado en el asilo-hospital psiquiátrico al desarrollo de una red de salud mental y psiquiatría de carácter territorial ligada a los servicios de salud y estructuras municipales. Ello en un contexto de:

Subfinanciamiento, pese a los aumentos de inversión de los últimos años, se requiere al menos triplicar el financiamiento para abordar los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Cabe destacar que el presupuesto destinado a salud mental y psiquiatría es hoy sólo el 2,3% del total del presupuesto de salud, lo cual no guarda relación con la carga de enfermedad y discapacidad con que contribuyen las enfermedades mentales.

Insuficiente cobertura, la cobertura asistencial a personas que requieren atención psiquiátrica es del 20%, existiendo las mayores deficiencias en el área de adicciones, psiquiatría infantil y violencia intrafamiliar.

En la actualidad, la estructura sitúa a los especialistas en el nivel secundario y con mayor concentración en 4 hospitales psiquiátricos que ocupan el 36% de los recursos financieros, ya insuficientes. El desarrollo de estrategias comunitarias es aún escaso dado el volumen de necesidades, en especial para los trastornos psiquiátricos severos, y los recursos sanitarios disponibles para salud mental no encuentran instancias intersectoriales formales, con las cuales articular una red sociosanitaria.

Ello determina que aun se mantengan los servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos, y muchos lugares de internación no regulados. Cada cierto tiempo surgen situaciones de denuncia en los medios de comunicación respecto de asilos informales donde se producen situaciones de maltrato y violación de derechos de personas discapacitadas, donde se mezclan problemas de enfermedad mental, ancianidad, indigencia y otras situaciones de índole social.

Si analizamos el modelo de acuerdo a la propia estratificación por niveles en que la salud pública ordena su funcionamiento, la situación de la red de salud mental y psiquiatría se caracteriza por:

### **En el nivel Terciario.**

En Chile hay muchos servicios de salud que no disponen de camas psiquiátricas o las tienen en número insuficiente. El 71% de las camas psiquiátricas está en 4 Hospitales Psiquiátricos y el 37% de las camas psiquiátricas totales son de larga estadía, con promedios de internación de 18 años.

Entre 70 y 80% de las personas en los servicios de larga estadía no necesitan estar en tratamiento en un servicio psiquiátrico. Requieren volver a vivir en la comunidad ya sea en hogares familiares, hogares protegidos o en instituciones alternativas adecuadas a sus necesidades, y con los apoyos sociales pertinentes. Este perfil de personas es heterogéneo y corresponden por lo general a las siguientes condiciones:

- Personas con trastornos psiquiátricos compensados
- Adultos Mayores
- Discapacitados Mentales Severos o Profundos

El otro 20 - 30 % requiere de intervenciones de alta complejidad para lograr su reinserción social, debido a ser portadores de severos cuadros psiquiátricos refractarios a tratamientos habituales y con importantes problemas conductuales, usualmente abandonados clínicamente al interior de hospitales u otros lugares de internación. En el Hospital Psiquiátrico el Peral se ha desarrollado un exitoso programa para el tratamiento, rehabilitación y reintegración social de este grupo de personas con un modelo de Mediana Estadía.

Se debe considerar la existencia de al menos una Clínica Privada de Extensión, que acoge a 242 pacientes derivados desde el Instituto Psiquiátrico con financiamiento estatal, la cual tiene un funcionamiento subestándar.

En cuanto a las camas de corta estadía, el 63% está en los hospitales psiquiátricos:

- Poco vinculadas a la medicina general y otras especialidades.
- Con escasos servicios de apoyo clínico.
- Sin estándares equivalentes al de otras especialidades.

En los últimos años se ha avanzado en la creación de camas de corta estadía en hospitales generales, sin embargo existen situaciones en que dichos servicios de internación en hospitales generales de

igual modo tienen condiciones inferiores al de otras especialidades médicas.

### **En el Nivel Secundario.**

Si bien se ha producido una importante expansión de la red ambulatoria en salud mental y psiquiatría, y con modelos cada vez más pertinentes para las estrategias comunitarias, las brechas son aun muy importantes, y en muchos casos su funcionamiento está aún centrado en lograr la “estabilidad” de los pacientes.

Se avanza a conformar reales equipos comunitarios de salud mental y psiquiatría, orientados a articular los recursos de la red sanitaria y al trabajo intersectorial, en función de las necesidades de los usuarios.

### **En el Nivel Primario.**

Permanece desarticulado administrativamente debido a la dependencia municipal de éste nivel de atención. Ello ha generado grandes dificultades para generar programas integrales para los usuarios que crucen todos los niveles de atención sanitaria y que desde dichos niveles interactúen con otros sectores.

El nivel primario históricamente no ha contado con la disposición ni con los recursos para atender pacientes con trastornos psiquiátricos severos, y ello es así también en muchos COSAM. Al quedar fuera del espacio municipal, ello se traduce en marginación de las personas con discapacidad psíquica, con escaso acceso a los sistemas de apoyo social a nivel comunal, lo que se traduce en una suerte de discriminación “transectorial”.

En el conjunto de la Red encontramos un insuficiente acceso a fármacos, con provisión poco homogénea y poca accesibilidad a los de alto costo. El funcionamiento de la red determina dificultades para el cuidado comunitario de pacientes más graves, barreras al acceso e integración de personas con enfermedades psiquiátricas en la salud general y para el trabajo intersectorial.

### **Hogares Protegidos.**

Se han desarrollado en los últimos 6 años, llegando a más de 600 personas viviendo en hogares a lo largo del país. Han apoyado el egreso de personas de larga estadía de los hospitales psiquiátricos. Las evaluaciones de ellos han mostrado, con matices, que han logrado notables avances en la calidad de vida de las personas que han accedido a ellos.

La mayor deficiencia es el desarrollo proporcional de recursos para la rehabilitación, inserción laboral y social de los residentes.

### **En el Barrio.**

Hay una importante cantidad de personas que viven marginales al sistema, muchos de ellos con enfermedades psiquiátricas, fuera del circuito de la salud y de otros circuitos de apoyo social. No se ha logrado que el Estado se haga parte para elaborar un censo que permita cuantificar y cualificar esta realidad.

Su existencia promueve la creación de sistemas de apoyo social a la indigencia como el Hogar de Cristo, que no encuentran apoyo suficiente en la red de salud mental y psiquiatría.

Además, se favorece que surjan múltiples lugares donde viven en condiciones precarias personas con problemas de salud mental, instituciones autorizadas y no autorizadas de diversos orígenes y propósitos:

- Caritativas
- Lucrativas
- Abusivas

### **Regulación y Leyes:**

En Chile no se ha dictado una Ley de Salud Mental, hay una serie de cuerpos legales que contienen temas referidos a las personas con enfermedades mentales, en general muy antiguos, con terminologías obsoletas que no han sido actualizadas, aun ahora en que se ha reformado el sistema judicial. Para contrarrestar dicha falta de pre-

ocupación, el propio sector salud dictó el Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan. Dicho reglamento constituye un importante avance en la regulación de este evento crítico para el enfermo psiquiátrico, tanto por la oportunidad como por los riesgos que implica la hospitalización psiquiátrica en tanto están en juego aspectos como la restricción transitoria de libertad, el consentimiento a la internación y para el tratamiento y el ejercicio de derechos ciudadanos. Como parte integral de dicho Reglamento se crea la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales, organismo asesor del ministerio de salud. Si bien dicha comisión ha sido muy activa y ha ejercido labores de regulación en temas como esterilización y psicocirugía, y visitas permanentes a lugares de internación públicos y privados, carece de atribuciones para determinar medidas correctoras, de sanción o cierre, las cuales dependen de los respectivos Servicios de Salud. Ello en algunos casos determina que situaciones claramente atentatorias a los derechos humanos se prolonguen debido a la latencia en su resolución, generando respuestas correctoras circunstanciales reactivas a escándalos ventilados en los medios de comunicación.

La formulación de una Ley de Salud Mental surge como una necesidad imperiosa para garantizar el respeto de los derechos de las personas con enfermedad mental, tanto en los ámbitos del tratamiento, rehabilitación e integración social como en el ejercicio de derechos ciudadanos en general.

La Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, creada por la Unidad de Salud Mental del MINSAL, se ha preocupado de articular el proceso de egreso desde las cárceles, de las personas sobreseídas por causa psiquiátrica. La permanencia de una gran cantidad de personas sobreseídas en los penales constituía una situación de grave violación de derechos, lo cual ha logrado ser manejado de mejor forma en los últimos años. Atentan contra su efectivo funcionamiento la carencia de recursos y una falta de comprensión del sistema judicial en orden a que el sobreseimiento implica un derecho a la reinserción social y a una percepción de que los hospitales psiquiátricos seguirán siendo lugares de reclusión alternativas a la penal.

Ligado a lo anterior, la Reforma Procesal Penal tiene importantes implicancias para el funcionamiento de la psiquiatría, al menos en los siguientes aspectos:

- Una fuerte demanda a los servicios de atención cerrada y ambulatoria a participar de los procesos judiciales por medio de peritajes y tratamiento de imputados y condenados. Dicha situación es contradictoria, ya que por una parte implica un ejercicio de derechos de dichas personas, sin embargo en la práctica está implicando tal interferencia en los servicios de psiquiatría, que los pacientes habituales y también los funcionarios, se ven amenazados por personas que con un perfil delictual llegan a los sitios de tratamiento. Urge una fórmula distinta para dar respuesta a esta demanda surgida desde el sistema judicial.
- En el ámbito de los sobreseídos, la nueva estructura del proceso penal y de las fiscalías, ha determinado que el sistema judicial actúe sin consideración a los criterios técnicos y a la estructura territorial que se ha ido dando la psiquiatría para responder de una mejor manera a las necesidades de los usuarios. Situaciones como el traslado de personas desde sus lugares de origen a otros ubicados a centenares de kilómetros para cumplir internaciones por muchos años, o la obstaculización, por parte del sistema judicial, al egreso de personas sobreseídas determinado por los equipos clínicos se están haciendo frecuentes. Esta situación es un ejemplo de cómo la modernización en un sector del Estado, vista como una agilización de los procesos para garantizar derechos, al no estar articulada con otros sectores relevantes está generando una violación de derechos en otros ámbitos.

Ha resultado al menos sorprendente, para los profesionales de salud mental, las agrupaciones de usuarios y familiares la modificación a la Ley 18.600, relativa a la Interdicción de Discapacitados Mentales. Sorprendente ya que facilita los procesos de interdicción, la celebración de contratos de trabajo del discapacitado a través del curador y el manejo de los bienes por parte de éste, y con la facultad de traspasar al trabajador una cantidad de dinero a criterio del curador. Las posibilidades de abuso por esta nueva ley están a la vista.

## Conclusiones

En salud mental, en la salud general, así como en el funcionamiento global de la sociedad, la condición de respeto o violación de derechos humanos depende de elementos estructurales, derivados a su vez de condiciones valóricas y de la definición de políticas, en particular hacia sectores vulnerables.



Aun no se ha resuelto el conflicto de modelos, coexisten el modelo asilo-hospital psiquiátrico con el desarrollo aún insuficiente de modelos organizados en torno al hospital general, y gérmenes de reales estrategias comunitarias.

El resultado es una estructura que actúa en forma centrífuga respecto de la comunidad, impulsando a las personas con problemas de salud mental hacia el hospital psiquiátrico donde no encuentran respuesta a sus necesidades, o a la marginalidad donde encuentran nuevas formas de asilo.

La violación de los DDHH es estructural y no es un problema individual.

La importancia de nuestra capacidad de organización y acción radica en potenciar los valores de inclusión y respeto de derechos, de modo de impulsar los cambios estructurales que posibiliten una real reforma psiquiátrica.

## UNA VISIÓN DESDE LAS ORGANIZACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS: PROPUESTAS CONCRETAS

MIGUEL ROJAS VARELA  
*CORFAUSAM*

**S**omos la CORFAUSAM: Coordinadora Nacional de Agrupaciones de familiares y usuarios de personas con Afección de Salud Mental.

Aunque siendo relativamente conocida nuestra organización, queremos permitirnos presentarnos a Uds. en este evento al cual concurren representantes de organismos.

Nuestra Coordinadora Nacional, se empieza a gestar en el año 1999, cuando diversas organizaciones de familiares fuimos invitados, por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, a participar en un seminario nacional en donde se discutiría y planificaría junto a destacados profesionales del área lo que sería el plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Posteriormente durante el mismo año, diversas organizaciones, son nuevamente invitadas, a participar en un Encuentro Internacional, en esta oportunidad fue la Conferencia Mundial de Salud Mental. Las organizaciones chilenas participantes, junto con enriquecernos de las experiencias de los países hermanos, nos dimos algún grado de coordinación en nuestros planteamientos como también sentamos las bases para crear un movimiento que coordinara nuestro accionar.

Compuesta por organizaciones de larga y destacada trayectoria en Marzo del 2000, en Santiago se constituye CORFAUSAM: participan aquí organizaciones de familiares y usuarios que tienen rango comunal, regional y nacional. Todas estas agrupadas en torno a diversas patologías de salud mental: Esquizofrenia, Autismo, Epilepsia, Debilidad mental, Alzheimer, Síndrome de Prader Willi, Adicciones, Rehabilitados Alcohólicos, Estrés Post Traumático, y recientemente Bipolares. Nuestro accionar se inicia al calor del plan Nacional de

Salud Mental y Psiquiatría. Reconocemos el apoyo importante que nos ha brindado la Unidad de Salud Mental de MINSAL

Nuestros Objetivos, son materias que representan el sentir de muchos sectores y que siempre están presentes en nuestras demandas:

- Promover una mayor información y toma de conciencia en el país acerca del ámbito de la salud mental, señalando muy claramente las condiciones negativas para el bienestar psicosocial derivados del actual modelo de desarrollo del país. Más allá de las buenas intenciones y declaraciones, el país en su conjunto, sus instituciones, deben impulsar los debidos resguardos considerando hacia este sector de nuestra sociedad; la rehabilitación, la reinserción social y laboral, enmarcado en el concepto de tolerancia y no-discriminación.
- Promovemos una mayor información y toma de conciencia acerca de los derechos y deberes de las personas y/o familiares que sufren alguna afección de enfermedad mental (Reglamento de Internación)
- Representamos ante el Estado de Chile, el sector privado y la sociedad en su conjunto los intereses y derechos de quienes presentan una condición diferente en salud mental
- Impulsamos la capacitación de las organizaciones miembros en temas de salud, gestión, liderazgo, de administración, educación, de aspectos psicosociales y jurídicos
- Esta presente en nuestros objetivos, generar iniciativas y propuestas que permitan un aumento sustancial de los recursos en el sector salud, tarea imprescindible para seguir avanzando en función de las necesidades más urgentes del país en lo relativo a la salud mental.

En definitiva como Coordinadora CORFAUSAM, tenemos una mirada país, impulsamos un cambio cultural en donde el respeto, la tolerancia la no-discriminación hacia las personas diferentes sea parte de nuestro diario vivir. Postulamos porque todas las iniciativas que

abarcen temas de salud, previsión, educación, vivienda y otros puedan estar enmarcados en una ley de salud mental.

### **¿Qué hemos efectuado de acuerdo a nuestros objetivos?**

Funcionamiento regular y permanente de nuestra Coordinadora. Esta no ha sido una tarea fácil, muchos han ido quedando en el camino, otros han surgido con nuevos bríos. Cuesta entender y asumir el “nosotros”. El individualismo que generó la necesidad de sobrevivir en una etapa oscura de nuestro pasado como país, ha sido un factor al cual nos hemos tenido que enfrentar.

Capacitación en temas de salud, gestión y liderazgo, de administración, de educación, de conocimientos de normativas y leyes existentes, de aspectos psicosociales y jurídicos. Para esto postulamos a Fondos Concursables.

Realización de una serie de eventos que cumplen el doble objetivo de fortalecimiento organizacional y de difusión de nuestros objetivos. Destaca aquí la realización por 3 años consecutivos de la Feria de La Diversidad, la cual peligra este año por la falta de apoyo, con el cual contamos en años pasados.

Participación en numerosos eventos convocados por organismos del estado, Universidades, Organizaciones de la Sociedad Civil, Empresa Privada y Organismos Internacionales.

### **Enfermedad Mental, Discapacidad, Desarrollo y Derechos Humanos: Por una real participación**

A nuestro juicio estos factores están íntimamente relacionados.

Traeremos a colación algunos conceptos vertidos por la O.M.S. que están expresados en algunos documentos y que compartimos plenamente:

La O.M.S ha definido la Salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social. Otra manera de definir la salud es

“como el conjunto de capacidades psicosociales de un individuo o de un colectivo”

La O.M.S. agrega: La Salud mental y la salud física son inseparables. Lo que ocurra con una va a tener su necesario e inevitable relación con la otra”

En esta loca carrera por alcanzar el progreso, que nos conduce al colapso como individuos, van quedando a la orilla del camino muchas personas que no se adecuan a los estándares de producción de esta gran fábrica en que se ha convertido nuestra sociedad. Así quedan fuera del mercado o se van retirando como “productos no aptos o no rentables” personas con discapacidad o deficiencias de cualquier tipo.

Consideramos que las enfermedades mentales en cualquiera de sus formas, las cuales crean algún tipo de discapacidad, deben ser entendidas y tratadas como una realidad social, por su impacto cuantitativo y cualitativo en la familia, la comunidad y el estado, convirtiéndose en un tema de interés nacional que reclama responsabilidad social y políticas de estado para atenderla y resolverla con eficacia.

Reiteramos y suscribimos un concepto vertido en la convocatoria a este encuentro: El actual modelo de desarrollo, político social y económico, crea condiciones, por su inequidad, de deterioro de la salud mental de los chilenos. La insatisfacción de las necesidades básicas hace al individuo más vulnerable de sufrir trastornos mentales.

La visión de las organizaciones de familiares y usuarios observa que pese a los avances de la última década, en nuestro país: La ley de Discapacidad, el Reglamento de Internación Psiquiátrica entre otras, en la sociedad chilena persiste un alto grado de paternalismo social y asistencialismo, que contribuyen a mantener una errada visión ciudadana respecto de las personas con discapacidad y del universo social que estas representan, reforzando una cultura que por acción u omisión niega al legítimo otro, su derecho a ser diferente y por ende sus oportunidades.

A pesar de los avances, también se manifiestan algunas contradicciones, para muestra un botón: de acuerdo a las políticas que hoy a nivel país y en especial a nivel del gobierno se impulsan, no entendemos las razones que se consideraron para facilitar la interdicción

en las personas discapacitadas mentales, a través de la modificación a la ley 18.600 aprobada por el gobierno e impulsada por MIDEPLAN.

Tampoco entendemos que en un evento internacional convocado por la Naciones Unidas, referido a la Convención Internacional para promover y Proteger los derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, el delegado chileno haya sido un diplomático de carrera, que no entendía mucho el tema, y que la delegada chilena, una usuaria quien representaba la visión de familiares y usuarios, haya tenido que costear su pasaje y estadía. Aquí se observa una actitud de negación de participación, y una falta de consideración con el tema de la discapacidad.

La defensa de los derechos fundamentales, ya está visto, que no se agota con su reconocimiento formal en tratados internacionales y constituciones. Toda persona o entidad debe contar con las herramientas necesarias para obtener el goce de sus derechos, sociales, políticos, cuando ellos no son contemplados o respetados. Consideramos en esto en forma particular el derecho a la salud, a la justicia, a la educación, a la vivienda, a la cultura, etc. De ninguna manera pueden quedar marginados de estos derechos las personas con discapacidad.

Estamos totalmente de acuerdo que formular un plan nacional de salud mental es un paso importante, pero también estamos ciertos que implementarlo, llevarlo a la práctica en forma integral es aun más importante. Junto a esto debemos reconocer que a diario, tenemos que luchar porque se entienda la necesidad de impulsar en nuestra sociedad un cambio cultural y de aceptación de las nuevas normativas.

El discurso debe estar íntimamente relacionado con la acción, con la práctica.

Ya en el año 2000, se manifestaba la necesidad de contar con un presupuesto para implementar el plan de salud mental del orden del 5%, ese fundamento está claramente explicado en la publicación que muestra el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Hoy día según últimas informaciones estamos financiados solo al 2%. Por lo tanto, existe una brecha que debe ser considerada como

necesaria a cubrir para hacer efectivo más allá de las voluntades técnicas este plan.

### **Algunas consideraciones desde el punto de vista de las organizaciones**

Impulsamos:

- Una salud pública que brinde una atención oportuna y de buena calidad. Del mismo modo, atención inmediata y derivación a servicios de atención especializada cuando el caso lo requiera, incluyendo exámenes, medicamentos, trabajo psicoterapéutico para el usuario y su familia.
- La necesidad de fomentar en forma permanente, estrategias de difusión y formación, referidos a la salud mental, en la población usuaria y sus familiares.
- La necesidad de buscar fórmulas de acceso posible a fármacos de última generación que han generado un gran avance en el tratamiento de la esquizofrenia más allá de lo que hoy conocemos y utilizamos como la Clozapina, la Risperidona etc. Nos referimos a fármacos que por su alto costo son inalcanzables para el usuario común y corriente, pero que muchos médicos del servicio público de salud los prescriben.
- La posibilidad de asegurar atención y si es preciso hospitalización oportuna cuando la evolución del problema así lo indique. Lo que hoy se produce en muchos lugares del país, es el acceso a sistemas asistenciales que dejan mucho que desear en términos de recursos y posibilidad de intervención exitosa. Se produce en muchos casos el proceso de puerta giratoria con el consiguiente gasto reiterativo para el sistema.
- En relación a las necesidades de vivienda, materia que ha sido planteada en muchas oportunidades a diversos niveles, tenemos entendido que la Unidad de Salud Mental del MINSAL ha estado trabajando el tema. Nos referiremos a la responsabilidad que tiene el país, sus instancias pertinentes de asegurar a

las personas discapacitadas con necesidades especiales de disponer de un lugar digno para vivir. Esta situación se hace crítica y dramática para las personas con discapacidad intelectual y que en muchas oportunidades carecen de apoyo social, sufriendo el total abandono.

- En lo concerniente a los avances logrados en la participación de los Familiares en los procesos de rehabilitación, reinserción, en el impulso paulatino de la psiquiatría comunitaria, se debe invertir más a lo largo del país en la instalación de hogares protegidos, brindando oportunidad a las organizaciones de familiares del manejo de su administración. Para tal efecto debe ser considerada una adecuada capacitación como también evaluaciones periódicas.
- De las instalaciones de Hospitales de Día, Centros Diurnos se debe ir a la generación de talleres de trabajo protegido como un proceso terapéutico y de recuperación digna para los usuarios. Esto facilitaría la reinserción laboral y social.
- En el tratamiento de la enfermedad mental, está la necesidad que tiene el país de contar con los profesionales necesarios. Vemos la carencia de horas profesionales o la ausencia de ellas en: Psiquiatría, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos etc. Muchas veces esto se traduce en soluciones de parche o en largas listas de espera. El Ministerio debe elaborar políticas que incentiven a que la Salud Pública sea un espacio atractivo y conveniente para la contratación de profesionales. Como un dato a considerar; según informaciones extraoficiales, en Chile se titula y especializa un Psiquiatra infanto-juvenil al año.

No pretenderemos abarcar todos los problemas pero queremos mencionar dos situaciones que ha nuestro juicio son de relevancia: la necesidad de elaborar un plan de mejoramiento de la atención Infanto-juvenil que en el país enfrenta una desmedrada situación.

Y como una forma de obtener resultados que perduren en el tiempo y logren estabilidad en las personas tratadas, consideramos

necesario intensificar los seguimientos a las personas cuando son dados de altas, o se desaparecen del tratamiento ambulatorio.

### **Nuestra Propuesta**

- En todo plan que se formule deben ser consideradas las organizaciones de familiares y Usuarios, más allá de la participación en seminarios o encuentros.
- Sin lugar a dudas que en todo proceso uno de los aspectos importantes son la planificación y los recursos. En nuestro país para implementar lo planificado y hacer realidad en forma plena el Plan Nacional de Salud Mental y otros frentes que es necesario atender, corresponderá por una parte, mejorar la inversión en salud.
- En el aspecto de las organizaciones de familiares y usuarios, deberemos caminar hacia un futuro, en que el Estado con sus estructuras, fomente y financie el desarrollo de las organizaciones sociales.
- Tal como lo manifestamos en nuestro Petitorio Nacional, este trabajo requiere una plataforma muchísimo más estable y firme que la que hoy tenemos: Reconocemos el valor del Plan Nacional que nos realza y motiva, reconocemos hacia nuestras organizaciones apoyos permanentes de tipo afectivo, técnico y en ocasiones financiero de entidades estatales. Para el desarrollo de una política social proveniente de la civilidad organizada y que pretende colaborar en la reinserción psicosocial más plenas de las personas con una condición distinta, no puede sustentarse en estas iniciativas aisladas, a veces desarticuladas y movidas desde la disposición de las personas particulares o instancias específicas. Esta situación se ha dado en donde se ha implementado con éxito el proceso de reforma psiquiátrica. Por nombrar algunos, tenemos el caso de Italia y España que nos han dado a conocer, y que son tomados como ejemplo. Allí la participación de la familia con sus organizaciones ha sido un factor fundamental. Los gobiernos, la socie-

dad en su conjunto, valorando el quehacer y la participación real de las organizaciones sociales en los planes de mejoramiento, financian sus actividades a través de diversos Ministerios, es así que desde: Educación, Salud, Cultura, Vivienda y otros apoyan el desarrollo de estas.

## Proposiciones de Trabajo Futuro

Considerando la necesidad que tenemos como país de seguir avanzando:

Necesitamos de una legislación mucho más amplia que proteja de manera significativa situaciones vitales en la salud mental de los chilenos, enmarcada en el pleno respeto a los derechos humanos. Una atención en salud de calidad y oportuna- Espacios educacionales, Posibilidades laborales- Participación plena en ámbitos del quehacer social. Con respecto a esto, lo que hoy tenemos son básicamente reconocimientos que buscan generar conciencia de lo que debe ser, pero que no constituye ni lejanamente aun la posibilidad de una incorporación al mundo social.

Es por ello es que postulamos a retomar lo que en algún tiempo manifestamos en campañas públicas como CORFAUSAM, dirigidas al Presidente de la República, en torno a elaborar una ley de salud mental.

Entendiendo que este es un proceso complejo, largo y muchas veces incomprendido, CORFAUSAM utilizando como instrumento el Petitorio Nacional, (para alcanzar una LEY) inicio una ronda de entrevistas en diversos Ministerios.

Consideramos que la solución a nuestro problema como país es multisectorial. A la fecha de este Encuentro ya nos entrevistamos como organización, con el jefe de Gabinete del Ministerio de Hacienda, con el Ministerio de Salud, con la Subsecretaria de Previsión Social del Ministerio de Trabajo: están pendientes entrevistas con el Ministerio de Educación, Vivienda, Cultura.

La idea es establecer mesas de trabajo interministeriales, que en conjunto con las organizaciones de familiares y usuarios aborden el problema de salud mental y discapacidad en forma integral.

Nuestra propuesta es seguir adelante con estas conversaciones hasta lograr las instalaciones de las mesas de trabajo. En ese marco como una forma de ir logrando apoyo a estas iniciativas logrando sensibilización con el tema, iniciamos conversaciones con parlamentarios.

La realización de la Feria de la Diversidad en este año Iberoamericano de la Discapacidad en el que junto a CORFAUSAM participan representantes de organizaciones de múltiples discapacidades, contra viento y marea la efectuaremos el 25 de Noviembre en la Plaza de Armas de Santiago. Es una actividad que es necesario efectuarla, allí sacamos nuestra voz, en especial en este año en que las autoridades reconociendo el valor de nuestro trabajo, optaron salvo una excepción, por no ayudarnos para la realización de nuestras actividades. (?) Ponemos a disposición ese espacio para difundir los acuerdos de este encuentro.

En esta lucha todos tienen cabida y ponemos a disposición de este encuentro nuestra voluntad y deseo de avanzar, junto a profesionales, técnicos, personas de buena voluntad, familiares y usuarios, hasta concretar nuestras aspiraciones.

# ENFERMEDAD MENTAL, DERECHOS HUMANOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN CHILE: ANÁLISIS Y PROPUESTAS

RODRIGO QUINTANA MELENDEZ  
*Defensor Penal Público*

## I. LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. SUS DERECHOS MÍNIMOS EN MATERIA GENERAL

a) En el ámbito general

No cabe duda que, en materias jurídicas, el paciente psiquiátrico tiene los mismos derechos y obligaciones que el resto de las personas<sup>1</sup>, sin embargo, en la práctica, su derecho a

<sup>1</sup> Diversos son los ámbitos legales de protección a las personas que tienen una enfermedad mental

A) En el ámbito de Naciones Unidas

- Pacto internacional de derechos civiles y políticos, que regula el tema sólo de forma indirecta.
- Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas en Ginebra en 1955.
- Declaración de los derechos del retrasado mental, proclamada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1971.
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, de 18 de diciembre de 1982.
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental, de 17 de diciembre de 1991, que es el principal texto de DDHH que resuelve el tema de los enfermos mentales.

B) En el ámbito interamericano la norma aplicable es la Convención interamericana de derechos humanos que trata el tema de manera indirecta a través de la Convención Interamericana.

C) La Constitución Política de la República No hay norma expresa, pero son aplicables los Arts. 5 inc. 2 y Arts. 19 N° 1; 19 N° 3 inc. 5; 19 N° 7; y 19 N° 9

D) El Código Procesal Penal y el Código Penal Título VII, Libro IV CPP y § 4 título VIII, Libro IV CPP y Art. 10 N° 1 CP.

ser reconocido como persona, implica una reestructuración no sólo de la atención médica psiquiátrica, sino de todo un paradigma médico, biologicista, reduccionista. La defensa y protección eficaz de los Derechos Humanos de los pacientes, ciudadanos sujetos de Derechos, es la base fundamental para concebir, una organización tanto de la atención médica psiquiátrica de nuevo tipo, como de un sistema jurídico realmente garante de ellos y una planificación de las políticas públicas en la materia, que aborde las soluciones a la problemática estructural.

Los principios de la igualdad, la no-discriminación, la no-exclusión, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, son principios básicos lesionados en el ejercicio de la atención de estas personas, tanto por la familia, la sociedad en general, así como por médicos, personal paramédico, jueces y abogados.

A pesar de lo prescrito en el Art. 464 CPP, que determina que una persona declarada inimputable por “enajenación mental” sólo puede ser internada en un establecimiento asistencia, en la mayoría de los casos es imposible la internación del imputado en un establecimiento psiquiátrico o en un hospital público, por una carencia absoluta de adecuación de infraestructura a estos efectos<sup>2</sup>. Lo cierto es que las clínicas psiquiátricas no dan abasto, muchas veces el ingreso de pacientes en esta condición, para dar cumplimiento a la orden del

---

E) Código Sanitario y DS 570, de 28 de agosto de 1998. Libro VII C. Sanitario y su Reglamento: DS N° 570, de 28 de agosto de 1998, publicado en DO el 14 de julio de 2000, que Aprueba reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.

F) Normas dictadas por la Defensoría Penal Pública Estándares de Defensa Penal Pública, publicado en el DO el 17 de abril de 2003 y Reglamento de visita a cárceles.

<sup>2</sup> Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, en sus artículos 82 y 83 establecen ciertas normas básicas: “82. 1) Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anomalías mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento”.

“83. Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico”.

Tribunal, la que es incumplida por las autoridades médicas, incurriendo incluso en figuras de desacato, por lo que a su vez muchas veces las personas han debido ser derivadas a las enfermerías de las cárceles o bien, merced los contactos que se tengan con instituciones de la capital, han sido trasladadas a Santiago, no sin antes haber permanecido en lugares proscritos legalmente como sitios para la ejecución de estas medidas. Además, el único centro de alta complejidad para internación de personas con medidas de seguridad es el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, ubicado en Putaendo.

A ello hay que agregar el que el hospital psiquiátrico, como institución, ha sido criticado, en el sentido de que el modelo del “manicomio” se centra en la violación sistemática de los derechos humanos de los pacientes. De hecho pocos consideran la salud mental como un derecho que asiste a las personas, el derecho a la identidad, a la dignidad y el respeto, a un tratamiento humanizado, al bienestar psíquico, a la integración social, a la no discriminación. La idea es promover la atención de la salud mental, de manera tal que se posibilite la recuperación y reinserción de los pacientes en la sociedad, incentivando la participación comunitaria para que la prevención, promoción y rehabilitación se constituyan en los pilares del sistema.

La modernización de los servicios asistenciales es de fundamental importancia en el proceso de reestructuración, pero no se debe olvidar que esto va mucho más allá de la mejora en las condiciones de prestación de los servicios, de la progresiva desaparición del “manicomio” y de la incorporación de nuevas formas de atención. Se trata de encarar la reestructuración de todo el sistema bajo un nuevo enfoque con premisas y objetivos diferentes, teniendo presente lo que dispone la Constitución, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales; las regla 82 y 83 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos; el Pacto de San José de Costa Rica, entre otros, sobre todo lo relativo a la voluntariedad del tratamiento y medicación, tal como lo establecen las reglas mínimas 9, 10 y 11, las que se relacionan, a su vez, con el deber de quienes están a cargo del paciente, de informarle en lenguaje claro, de sus derechos y de la manera de ejercerlos.

## b) En materia procesal general

La garantía del debido proceso la posee el imputado no obstante ser o no enfermo mental. Sin perjuicio de ello, es menester hacer presente que no todas las legislaciones la establecen durante el trámite de declaración de que una persona padece de una enfermedad mental. No obstante, hay consenso en que durante este trámite dicha garantía debe entenderse en diversos sentidos:

1. Derecho a designar a un defensor y a un defensor de oficio, si carece de medios para pagar.
2. Derecho a la asistencia de un intérprete.
3. A solicitar y presentar un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otras pruebas.
4. Acceso y copia del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Empero copia de ellos deberán proporcionarse a su representante personal y a su defensor.
5. A asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.
6. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.
7. A que la decisión y sus razones se expresen por escrito y a obtener copia.

### c) En materia penal

Nuestro Código Penal, a partir de una enumeración *numerus clausus*, y en el marco de los denominados sistemas biológicos o psiquiátricos, determina las situaciones bases de inimputabilidad del ordenamiento penal.

Para avanzar en el tema es preciso señalar que para la doctrina clásica, seguida por el Código Penal, como la situación natural es la imputabilidad, lo que debe constatarse es la inimputabilidad. La razón dogmática es que “La naturaleza hace al hombre inteligente y libre”. El constructo de la imputabilidad supone entonces:

- a.- La capacidad de conocer el injusto
- b.- La capacidad de actuar conforme tal comprensión

O sea a partir del concurso de un elemento cognitivo y uno volitivo se estaría enfrente de una persona imputable o penalmente responsable.

Aún cuando el CP ni siquiera menciona la inimputabilidad y, ciertamente no la define, el Art.10 N° 1 establece una de las razones genéricas que servirían de base para la constatación de situaciones de inimputabilidad:

1. Las de aquellas personas que carecen de facultades intelectuales o volitivas normales
2. Las de aquellas personas que las han perdido momentáneamente

En la forma que adopta la norma penal, se contempla entonces el caso de los “locos o dementes” y los “privados totalmente de razón por razones independientes de su voluntad”.

Precisando los términos del Código Penal, y superada por cierto la adecuación de las expresiones usadas por la norma al avance de la

psiquiatría<sup>3</sup>, se puede asegurar que no todas las enfermedades mentales sirven de base al planteamiento de la inimputabilidad.

En forma previa debe definirse enfermedad mental como un proceso patológico o mórbido que trae como resultado una intensa alteración de la personalidad del paciente, con cierta permanencia.

En todo caso el denominado grupo de trastorno mayores o funcionales, de naturaleza progresiva o evolutiva, en grados de desarrollo o manifestaciones psicóticas, son comúnmente aceptadas como base de inimputabilidad en nuestro sistema.

Estas personas, de acuerdo al CP deben estar excluidas del sistema penal, de manera que

#### d) Los derechos del “enajenado mental” en el Código Procesal Penal

Dado que el artículo 7° del CPP establece que los derechos que el ordenamiento jurídico le reconocen al imputado se pueden hacer valer desde la primera actuación del procedimiento dirigido en su contra hasta la completa ejecución de la sentencia, es por lo que el sujeto declarado inimputable e internado ilegalmente en algún lugar no apto debería gozar del derecho a representar su situación a algún tribunal de justicia.

Más aún, de conformidad a los Estándares básicos de defensa penal, como veremos, el defensor debiera ocuparse que la condena se imponga de acuerdo a la ley y en su cumplimiento no afecte más derechos que los expresamente autorizados por la Constitución y la ley, para lo que debe instar para que a la persona sujeta a alguna medida de seguridad no se le afecten más derechos que los establecidos en la sentencia que las ordena.

<sup>3</sup> Desde ya hacemos una aclaración: el Código Penal habla de “locos o dementes”, voz que sabemos que no corresponde con el actual avance de la psiquiatría ni se corresponde con el concepto jurídico de inimputabilidad. Tampoco la expresión que utiliza el Código Procesal Penal es la más adecuada: “enajenado mental”, sin embargo, la utilizaremos sólo porque es la expresión que legalmente corresponde, sin perjuicio de que, por su inadecuación en términos psiquiátricos la utilizaremos entre comillas.

Por ello es que, cuando en el curso del procedimiento aparecen antecedentes que permiten presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el Ministerio Público o el Juez de Garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará la práctica del informe psiquiátrico correspondiente, explicitando en esta resolución la conducta punible que se investiga.

Es también por ello que las medidas de seguridad sólo podrán durar mientras subsistieren las condiciones que las hubieren hecho necesarias, y en ningún caso podrán extenderse más allá de la sanción restrictiva o privativa de libertad que hubiere podido imponérsele o del tiempo que correspondiere a la pena mínima probable, el que será señalado por el tribunal en su fallo.

Como ya hemos señalado, las medidas de seguridad procedentes son la internación, La persona o institución que tuviere a su cargo al enajenado mental deberá informar semestralmente sobre la evolución de su condición al ministerio público y a su curador o a sus familiares, en el orden de prelación mencionado en el artículo 108.

El ministerio público, el curador o familiar respectivo podrá solicitar al juez de garantía la suspensión de la medida o la modificación de las condiciones de la misma, cuando el caso lo aconsejare.

Sin perjuicio de lo anterior, el ministerio público deberá inspeccionar, cada seis meses, los establecimientos psiquiátricos o instituciones donde se encontraren internados o se hallaren cumpliendo un tratamiento enajenados mentales, en virtud de las medidas de seguridad que se les hubieren impuesto, e informará del resultado al juez de garantía, solicitando la adopción de las medidas que fueren necesarias para poner remedio a todo error, abuso o deficiencia que observare en la ejecución de la medida de seguridad.

El juez de garantía, con el solo mérito de los antecedentes que se le proporcionaren, adoptará de inmediato las providencias que fueren urgentes, y citará a una audiencia al ministerio público y al representante legal del enajenado mental, sin perjuicio de recabar cualquier informe que estimare necesario, para decidir la continuación o cesación de la medida, o la modificación de las condiciones de aquélla o del establecimiento en el cual se llevare a efecto.

## 1. Diferencias con el sistema del Código de Procedimiento Penal

Las principales diferencias se encuentran respecto a la duración de las medidas y respecto al procedimiento mismo, es decir, las garantías del “enajenado mental” en el procedimiento de aplicación de medidas de seguridad.

A diferencia de lo que ocurría antes de la dictación de la Ley 18.857, de 6 de diciembre de 1989 y de la Ley 19.047, de 4 de febrero de 1991, en que toda la regulación de las medidas de seguridad se encontraba en el Código sanitario y su Reglamento, en la actualidad resulta coherente la disposición del Código adjetivo con las disposiciones de carácter internacional, en cuanto a la duración de la medida de seguridad, la que además distingue la situación de la persona que al inicio del procedimiento manifiesta un estado de enajenación mental que admite la aplicación de una medida de seguridad, y la persona que durante el transcurso del procedimiento cae en ella.

En todo caso en ambas situaciones, las medidas sólo pueden durar mientras subsistan las condiciones que la hicieron necesaria: la peligrosidad. Existe, también, un límite fijo, cual es el tiempo de la pena mínima probable en caso de personas que al momento de haber cometido el delito fuera un enfermo mental, debiendo entenderse por tal *el tiempo mínimo de privación o restricción de libertad que la ley prescribiere para el delito o los delitos por los cuales se hubiere dirigido el procedimiento en contra del sujeto enajenado mental, formalizado la investigación o acusado.*

En el otro caso, el del imputado que durante el procedimiento cae en enajenación mental, por la forma de redacción del Art. 481, debiera entenderse que también rige el límite de la duración de la pena que hubiere podido imponérsele.

No obstante, es importante tener presente que la medida de seguridad podría exceder los límites legales comentados, pues la autoridad médica podría aplicar las normas del Código Sanitario y prolongar como situación terapéutica la internación del paciente utilizando el procedimiento de internación administrativa. En efecto, a pesar de que el Art. 43 del Reglamento establece que el alta de los pacientes internados como medida de seguridad por resolución judi-

cial será ordenada por el Tribunal, nada impide el que se le imponga, una vez transcurrido el plazo de internación judicial, una internación administrativa conforme a los Arts. 14 y ss. del reglamento. Esto indudablemente haría colisionar normas legales de distinta naturaleza, y bien se podría plantear un problema de inconstitucionalidad de la medida administrativa en contra de texto legal expreso, por aplicación del principio de legalidad y supremacía de la ley.

A pesar de ello, también ha habido avances en la protección de los enfermos mentales, pues el Reglamento contempla la obligación de la autoridad sanitaria de informar al Tribunal cuando considere que han cesado las condiciones que hicieron necesaria la adopción de dicha medida de seguridad, lo que pretende limitar la duración de esta medida.

Ahora, en lo que respecta al segundo punto, el antiguo Código de Procedimiento Penal sólo contemplaba la participación del juez y de peritos psiquiátricos no permitiendo la participación del imputado, más aún, la decisión del juez del crimen era soberana en cuanto a las medidas que podía imponer y los casos en que procedieren.

En el actual sistema, la ley contempla un procedimiento en que actúan todos los intervinientes, incluso el imputado, quien será representado por un curador *ad litem*. En efecto, cuando en el curso del procedimiento aparecieren antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el ministerio público o juez de garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará un informe psiquiátrico, explicitando la conducta punible que se investiga en relación a éste, suspendiéndose el proceso penal mientras se determina esta situación. Ahora, si el fiscal considerare aplicable una medida de seguridad, deberá solicitarlas mediante solicitud escrita.

Por otro lado, el CPP establece que en estos casos el procedimiento no se podrá seguir conjuntamente contra sujetos enajenados mentales y otros que no lo fueren y que el juicio se realice a puerta cerrada, sin la presencia del enajenado mental, cuando su estado imposibilite la audiencia.

En definitiva, el juez en la sentencia absolverá si no se constatare la existencia de un hecho típico y antijurídico o la participación

del imputado en él, o, en caso contrario, podrá imponer al inimputable una medida de seguridad.

También el procedimiento contempla la posibilidad de la internación provisional del imputado, como medida cautelar, cuando concurrieren los requisitos señalados en los artículos 140 y 141, los mismos que para la prisión preventiva, pero además exige que el informe psiquiátrico practicado al imputado señale que éste sufre una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí o contra otras personas.

#### e) Respeto de la aplicación de las medidas de seguridad

Respecto de las medidas de seguridad, hay que destacar que sólo se aplicarán respecto del enajenado mental que hubiere realizado un hecho típico y antijurídico, siempre que fuere peligroso. Aún cuando resulte tautológico, como se trata de una persona inimputable, sólo la condición de peligrosidad hace procedentes estas medidas y sólo si exista un aval psiquiátrico. La peligrosidad es la existencia de antecedentes que permitan presumir que esta persona atentará en contra de sí mismo o de otras personas.

La medida de seguridad según la gravedad del caso consistirá en: internación en un establecimiento psiquiátrico definitiva o provisional; o su custodia o tratamiento.

En ningún caso la medida de seguridad podrá llevarse cabo en un establecimiento carcelario.

En caso que la persona se encontrare recluida, deberá ser trasladada a una institución especializada para realizar la custodia, el tratamiento o la internación. De esta forma si no lo hubiere se deberá habilitar un recinto especial en el Hospital Público más cercano.

Estos dos últimos elementos son los que ofrecen la mayor dificultad al actual sistema de enjuiciamiento penal, toda vez que representa un estado casi ideal de cosas el requerir del Estado el cumplimiento de estas condiciones establecidas por ley, máxime si pensamos que ni siquiera es posible dar cumplimiento a toda la normativa nacional y proveniente de convenciones internacionales suscri-

tas por Chile, en el marco de las condiciones que los imputados sanos deben cumplir la medida cautelar de prisión preventiva, convirtiendo entre otras lo dispuesto en el Art. 150 inciso 3° del CPP que prescribe que el imputado en prisión preventiva será tratado en todo momento como inocente, en ficción.

f) Las normas internas de la DPP

Dos son los mecanismos internos de la Defensoría para velar por los derechos del enfermo mental: los Estándares de Defensa penal pública y la obligación de visitar a los imputados privados de libertad y a los condenados.

Todos los sistemas de protección de derechos humanos, tanto internacionales como internos, prevén como requisito de una defensa adecuada la existencia de parámetros y sistemas de evaluación de la actividad de la defensa.

Se han fijado, mediante resolución publicada en el DO el 17 de abril de 2003, los estándares básicos para el ejercicio de la defensa penal pública, que dicen relación con un conjunto de acciones, judiciales y extrajudiciales que el defensor penal público debe realizar durante todas las etapas de la persecución penal dirigida en contra del imputado, destinadas a resguardar sus derechos e intereses. Se trata de un instrumento de medición de la calidad de la prestación de defensa penal pública.

Si bien en este instrumento jurídico no se encuentran expresamente variables que digan relación con enfermos mentales, existen categorías en las que puede subsumirse la particularidad de este tipo de casos, entre ellos los siguientes:

*a) Estándar de la defensa: El defensor resguarda lealmente en todo momento los intereses del imputado, desde el inicio del procedimiento dirigido en su contra hasta su completa terminación, proporcionando una asesoría jurídica técnico penal adecuada, relativa al caso.*

*Objetivo 1: El defensor es diligente en la defensa del imputado*

*...Meta 2: El defensor protege e invoca los derechos del imputado y lo defiende en todas las fases del proceso penal.*

*...Objetivo 3: El defensor mantiene una estrategia de defensa durante todo el proceso, acorde a los intereses del imputado*

*Meta 1: El defensor opta por la alternativa de defensa que resguarde de mejor manera los intereses del imputado y respete su voluntad.*

En la norma recién transcrita, se observa que el defensor está obligado a defender e invocar todos los derechos del imputado, entre los que se encuentran los derechos que emanan de su calidad de enfermo mental, para lo cual deberá adoptar todas las medidas que sean necesarias para velar porque los derechos que se le deben respetar.

*b) Estándar de la dignidad del imputado: En el proceso penal, el defensor respeta la voluntad del imputado y le brinda un trato digno.*

*Objetivo 1: El defensor recaba y respeta la voluntad del imputado en el diseño de la estrategia de defensa y las actividades que digan relación con ella.*

*Meta 1: El defensor determina la estrategia de defensa que coincida con la voluntad del imputado.*

*Meta 2: El defensor realiza actuaciones de defensa u omite diligencias, a fin de materializar o respetar la voluntad del imputado.*

*Objetivo 2: El defensor atiende a los requerimientos del imputado relativos al caso*

*Meta 1: El defensor se entrevista periódicamente con el imputado*

*Objetivo 3: El defensor brinda siempre un trato cortés y respetuoso al imputado*

*Meta 1: El defensor procura expresarse en lenguaje correcto y entendible para el imputado*

*Meta 2: El defensor es deferente con el imputado.*

El enfermo mental debe obtener de su defensa un trato digno y acorde con su calidad de tal, lo que implica no sólo adoptar la mejor línea de defensa, sino que también debe cerciorarse de que sigue la línea de defensa que coincide con la voluntad del imputado y de que el imputado comprenda a cabalidad lo que el defensor le explica.



# CONFERENCIAS

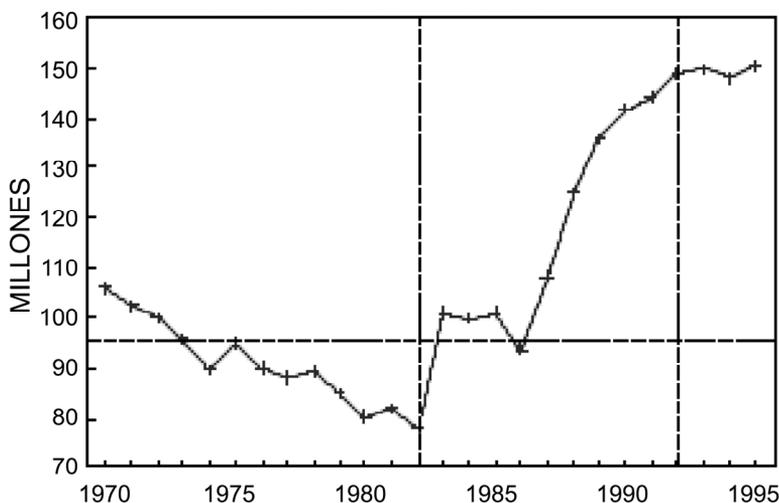


# LOGROS Y DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE CHILE DESDE LA PERSPECTIVA LATINOAMERICANA

DR. HUGO COHEN PUGLIESE  
*Consultor OPS/OMS en Salud Mental*

## Marco general e Introducción

**A** manera de prólogo, quiero compartir brevemente con ustedes el análisis efectuado por la OPS<sup>1</sup> respecto al IMPACTO DE LAS REFORMAS ECONOMICAS y EVOLUCION DE LA POBREZA EN AMERICA LATINA 1970-1995. En este trabajo se establece que crecieron la pobreza y las inequidades; un 20% de la población controla 80% de la riqueza.

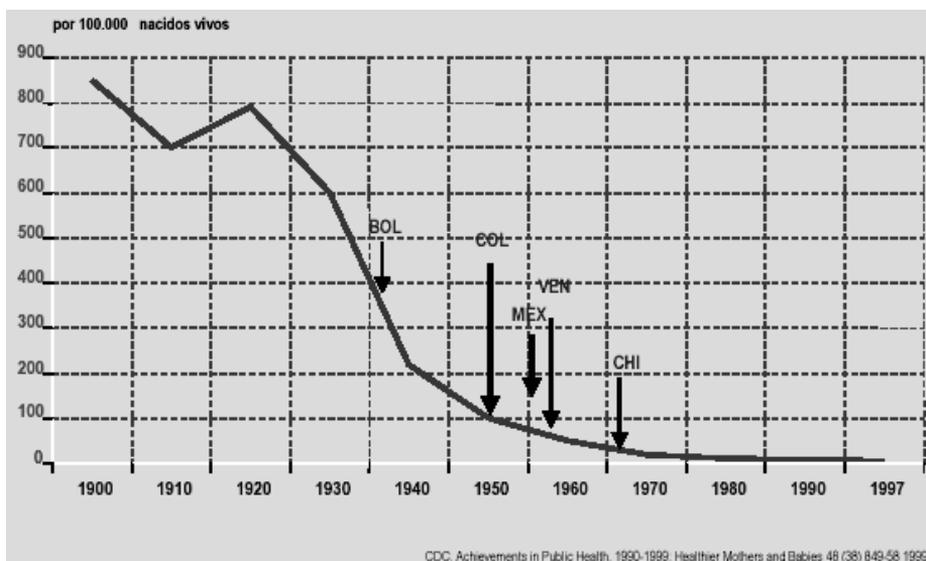


<sup>1</sup> Dr. Oscar Feo "La salud pública en las Américas". Políticas y sistemas de salud. Desarrollo estratégico de la salud, OPS/OMS Washington, 2004.

El estudio del **IMPACTO DE LAS REFORMAS** muestra la magnitud de la **EXCLUSIÓN EN SALUD**, la dimensión del problema:

- Población total de América Latina y el Caribe: 500 millones  
27% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos de salud (125 millones)
- 82 millones de niños no completan su esquema de vacunación
- 152 millones de personas sin acceso a agua potable o saneamiento básico
- 17% de nacimientos no son atendidos por personal capacitado
- La mayoría de las muertes maternas e infantiles son por causas evitables
- En U.S.A., 43 millones de personas (20%) carecen de protección en salud.

Como un ejemplo de las desigualdades en la región se puede presentar el siguiente gráfico que muestra la **MORTALIDAD MATERNA EN U.S.A. Y SU RELACIÓN CON ALGUNOS PAISES DE AMÉRICA LATINA**



- Se observa que los países menos desarrollados tienen 84% de la población mundial. Estos consumen menos del 11% de los gastos mundiales en salud pero, sobrellevan el 93% de la carga de enfermedad.

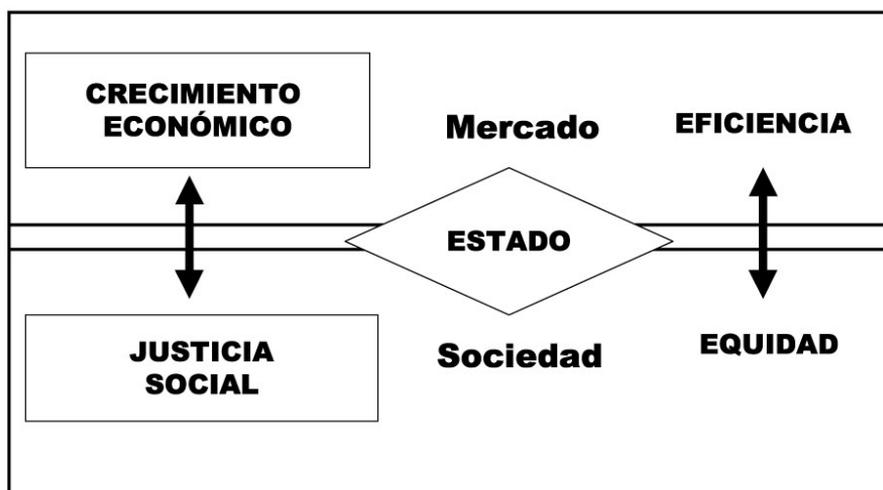
En cuanto al CONTEXTO se visualiza:

- Inestabilidad económica y social /Gobernabilidad débil
- Transición demográfica / Incremento poblacional
- Crecimiento de la pobreza y de la inequidad
- Aumento del desempleo y crecimiento de la economía informal
- En salud: crítica situación de la fuerza de trabajo (laboral, profesional, motivacional)
- Deterioro del Estado para cumplir su función rectora
- Acumulación epidemiológica
- Deterioro Ambiental

En este marco la OPS-OMS propone para el período 2003-2007 las siguientes Líneas de acción y principios básicos

- Vigencia de la estrategia de atención primaria
- Reafirmación de salud para todos
- Extensión de la protección social en salud
- La salud como derecho social
- El rescate de la equidad y la solidaridad
- Impulsar una nueva agenda
- Reformas sectoriales
- Tener el marco de los objetivos de desarrollo del milenio
- Cooperación enfocada al país

Se promueve la **PERSPECTIVA PARA UNA NUEVA POLITICA SOCIAL** donde se produce un pasaje del énfasis en el crecimiento económico a la dimensión de justicia social; del mercado como principal regulador a la sociedad como actor principal, destacando el rol del estado como escenario principal; el traslado del principio de eficiencia al de equidad como criterio rector. Queda claro entonces que estos cambios sólo serán posibles en la medida que se construya un nuevo modelo económico y social.



... construcción de un nuevo modelo económico y social ...

### Situación actual de la salud mental en el mundo

La dimensión de los problemas en salud mental de las poblaciones es creciente. Se estima que hay 400.000.000 de afectados en el mundo. 1 de cada 5 jóvenes hasta los 15 años padecen problemas de salud mental. Esto representa 17.000.000 de jóvenes en América Latina y el Caribe.

Los problemas de salud mental representan cinco de las diez primeras causas de incapacidad en el mundo. Se considera que uno de

cada cuatro habitantes de las grandes ciudades requiere o requerirá asistencia. Se estima que en el 2020, los trastornos de salud mental estarán dentro de las tres primeras causas de morbilidad. Además se observa un aumento de los problemas de adicción, alcoholismo, así como un impacto creciente de la violencia en las ciudades. Se constata el incremento en las personas que padecen de depresión. (Se estima que durante el año 2000 se produjo 1 suicidio cada 40 segundos). Por otra parte, el aumento en la longevidad trae aparejado un incremento de los problemas de personas solas, así como de las demencias. Como un ejemplo en nuestro continente, en México, los problemas de salud mental están presentes dentro de las 5 primeras causas de muerte, representadas por los accidentes, violencia y cirrosis y son un factor determinante dentro de las 10 primeras causas de años de vida perdidos.

### **El contexto latinoamericano**

Quisiera hacer algunos comentarios respecto al contexto latinoamericano: observamos que tal como lo señala la OMS para las distintas regiones, es prioritario *saldar la brecha* que existe entre las necesidades de las personas y los servicios existentes para satisfacerlas. Como ejemplo, puedo mencionar los resultados para México del estudio promovido por la OMS para los diversos continentes: Mental Health 2000.

El estudio es el primero finalizado en la región y fue hecho por la doctora Medina Mora y su equipo del Instituto Nacional de Psiquiatría. El mismo muestra que de 100 personas con tres o más síntomas severos, un 10% accede a alguna consulta en el ámbito de salud y de éstos, un 50% aproximadamente llega a algún especialista. La proporción de éstos que recibieron tratamiento adecuado es de alrededor de un 40%. Estos datos dan la dimensión de la enorme brecha que existe entre las necesidades de la población y los servicios que existen para resolverlas. Previo a este estudio, el Secretario de Salud del país había pedido a la OMS y a la OPS, una evaluación de los servicios y manifestado que la salud mental es uno de los rezagos históricos más

importantes en las políticas de salud del país. Recientemente hizo pública la decisión de impulsar la reforma psiquiátrica en México.

El antecedente institucional histórico que es referencia para todos los países de la región, es la Conferencia de Caracas de 1990: *LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIPÓN PSIQUIÁTRICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*. En ella se promueve la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos por servicios basados en la comunidad. Un año después se aprueba la resolución de la Naciones Unidas sobre los derechos de los enfermos mentales. Más recientemente, en el 2001, la OMS dedicó el año a la salud mental y en el respectivo informe mundial de la salud se plantea la necesidad de saldar la brecha, bajo el lema: *¡sí a la atención, no a la exclusión!* Como consecuencia de esto se lanza la iniciativa GAP: *Global Action Plan*. En nuestros días, como resultado de esta secuencia de decisiones y avances se han editado los primeros manuales que abordan los aspectos prácticos para la creación y desarrollo de servicios basados en la comunidad: *Mental Health Policy and Service Guidance Package*

Me han solicitado un análisis respecto a los logros y las dificultades en la implementación del plan nacional desde la perspectiva latinoamericana y lo primero que creo necesario efectuar es una felicitación por la tarea realizada así como un reconocimiento de la labor. A manera de resumen quiero destacar:

- Su orientación comunitaria y participativa
- La continuidad por 10 años
- El reconocimiento que se hace de necesidades y objetivos no resueltos aún.

La riqueza de la labor emprendida me impide comentarla en detalle en una hora así como hacer sugerencias en forma pormenorizada. Por otra parte debo ser muy cuidadoso y respetuoso en la valoración. Pienso que en salud mental comunitaria no es posible comparar experiencias y países dado que hay que tener en cuenta las diversidades culturales, históricas, sociales y políticas. Tal vez lo más adecuado sea comparar los países *con ellos mismos*; en vez de hablar de modelos, es más conveniente hablar de modos.

De todas maneras, podemos decir que existen dificultades y resistencias, denominadores comunes.

Está visto que son cuatro las principales que deben ser enfrentadas:

- El estigma
- La falta de actualización en la formación de los profesionales de la salud mental y de la salud en general.
- La organización y gestión de los servicios
- Los intereses económicos y la cultura asistencialista.

### **Algunos principios que sustentan las prácticas en salud mental comunitaria**

Los servicios basados en la comunidad demostraron, de manera científicamente sustentada, que son los que mejor resuelven las necesidades de las personas con padecimiento mental. Como uno de los tantos ejemplos disponibles, podemos mencionar los trabajos de Goldberg donde nos muestra que de 100 personas con trastornos, 40% llega a la consulta. De estos, el 80% se resuelve en el 1er nivel de atención (en tanto esté capacitado); y sólo un 20% entra al sistema de atención Psiquiátrica. Lo interesante de sus trabajos es la constatación que de éstos sólo un 20% necesita más de 9 días de internación o sea el 0,5%. Se demuestra que la cama es un recurso relativo, menor, en lugar de ser el centro de los planes y programas. Otros trabajos interesantes son lo que observaron una disminución en un 75% de las recaídas en los pacientes cuyas familias recibieron apoyo en forma sistemática. En cuanto a los costos comparativos y relativos, podemos decir que en nuestra región aún en contextos de escasos fondos destinados a salud mental, en la actualidad, son muchos millones de dólares los que se destinan. Por cada paciente por mes, si se calcula el costo de la cama psiquiátrica que constituye el 95% de la inversión que hace el estado en salud mental, se gastan cientos o más de mil dólares. Ese mismo dinero se podría utilizar en prácticas y dispositivos mucho mejores y efectivamente rehabilitadores.

Además de la necesaria reorientación de los fondos, a nivel técnico es necesario producir cambios como, por ejemplo, el pasaje de un diagnóstico psicopatológico o biológico a uno territorial. Por otra parte hay que considerar que en salud mental comunitaria, el primer nivel de atención es el que requiere mayor complejidad, inteligencia, creatividad y disponibilidad de recursos.

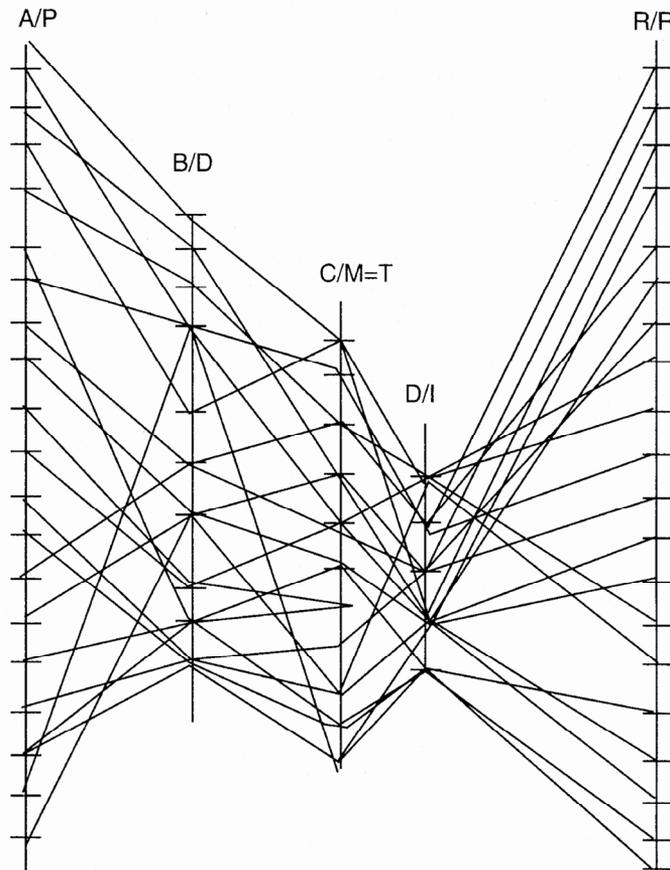
Para saber cómo intervenir adecuadamente, conocer los recursos que son necesarios y establecer las estrategias más adecuadas, un estudio<sup>2</sup> en un medio rural del recorrido de las personas con un padecimiento es de gran ayuda: primero se acude al auto cuidado; cuando esto fracasa, se busca apoyo en la red social, si esto es insuficiente se acude al sistema etnomédico, y si persiste el padecimiento, recién entonces se llega al sistema de salud; de no haber solución en este, se apela a los especialistas de salud mental como última instancia.

Evidentemente este *enfoque integral*, comúnmente conocido como Bio-psico-social, tiene múltiples complejidades. Una de ellas es cómo expresamos esta integralidad a la hora de las prácticas en terreno. Esto es importante por que suele haber en muchos casos una disociación entre los enunciados y lo que hacemos en la cotidianidad. Un buen ejemplo de ello es el trabajo en los hospitales generales o centros de salud donde los equipos de salud mental tienen un jefe médico y a los psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros se les asigna un rol secundario. La sola manera de aludir a ellos es muy gráfica: ¡paramédicos!

El *trabajo en equipo* es una dimensión fundamental que refleja la concepción que tenemos de la labor profesional. Pero además, nos puede orientar a encontrar limitaciones o fortalezas que inexorablemente repercutirán en la labor de atención y en el trato que demos a los pacientes. Diversos trabajos muestran que el tipo de interacción interna que tienen los miembros del equipo entre sí se expresará en la relación con los usuarios. Por ejemplo: será bastante difícil que se pueda promover la participación de la comunidad en programas a nivel local si en el ámbito del equipo de trabajo priman relaciones de tipo vertical o autoritarias.

<sup>2</sup> Nelly Salgado y colaborad. "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México". Salud publica de México / vol.45, no. 1, enero-febrero de 2003.

Otra de las complejidades es la necesidad de contar con los *indicadores* que den cuenta de la labor comunitaria que se realiza así como de que exista un reconocimiento institucional que valide y reconozca la labor de salud que se hace en medios y con intervenciones poco habituales.



P= pacientes  
 D= diagnósticos  
 M -T= modelos/técnicas  
 I= intervenciones reales  
 R= resultados

Continuando con la reflexión acerca de los indicadores que necesitamos en salud mental comunitaria, el ejemplo<sup>3</sup> de Ciompi es muy interesante en cuanto a cuáles son los *pilares en que se debe basar la práctica*.

El sostiene que LA MOTIVACION, LAS EXPECTATIVAS SOBRE EL PACIENTE; LA PERTENENCIA A UN PROYECTO COMPARTIDO; LA CALIDAD EN LAS RELACIONES DE TRABAJO son variables más predictivas de una mejor evolución que las tradicionales (diagnóstico, fármacos, técnicas psicoterapéuticas, etc.).

Entonces, desde este punto de vista, *es más importante conocer sobre la vida del paciente y de la organización de los servicios que de la historia de la enfermedad*.

De nuevo surge la importancia de la práctica y el valor de lo actitudinal. Sólo la construcción de nuevas respuestas a las necesidades de las personas permitirá generar una nueva demanda y así modificar las representaciones sociales de la locura<sup>4</sup>.

## Algunas reflexiones sobre el plan chileno

### Logros y avances:

Quiero detallar ahora algunos aspectos que a mi entender marcan una valoración positiva de la labor realizada:

- Existencia de un plan, su orientación, sistemática e implementación, así como la continuidad en el tiempo.
- La noción de participación como un recurso básico en su elaboración y en las instancias de construcción cotidiana.
- La propuesta de incorporar activamente en este proceso a los usuarios y los familiares estimulando la creación de asociaciones

<sup>3</sup> Benedetto Sarraceno “La liberación de los pacientes psiquiátricos”; Editorial Pax, México 2003.

<sup>4</sup> Hugo Cohen “Principios de la salud mental comunitaria” conferencia Día Mundial de la salud mental, El Salvador, 2001.

- La inclusión de la salud mental en las políticas de salud; la intención de involucrar a las ISAPRES; la decisión de extenderla a todo el país.
- La riqueza y diversidad de dispositivos y recursos creados.
- El aumento efectivo del presupuesto y su reorientación hacia los nuevos servicios que privilegian la accesibilidad.
- La priorización en la atención de la esquizofrenia; la depresión y las adicciones y el alcohol; la creación del PRAIS
- El notable desarrollo y la concepción de la atención de las personas con depresión
- El reconocimiento de la urgencia y la atención en el primer nivel como actividades prioritarias
- Haber construido espacios para los trabajadores de la salud mental que posibilitan hablar de los miedos y la dictadura.
- Comienzo del registro personalizado de las prácticas
- La preocupación y medición correspondiente respecto a la satisfacción del usuario.
- La mejora en la accesibilidad, la cobertura y la calidad.
- El criterio de apoyo para con los cuidadores, en especial a los Familiares.
- La disminución en el número de camas de los Hospitales Psiquiátricos.
- La decisión de promover una capacitación continua de los trabajadores de la salud mental.
- La valoración que se hace de la interacción efectiva con instancias sociales y comunitarias como, por ejemplo, el Hogar de Cristo.

**Observaciones y aspectos a reforzar:**

- Avanzar en la concepción de que la red no son estructuras materiales sino personas que interactúan.
- Profundizar el trabajo en equipo: da la impresión de haber una predominancia de lo biomédico por sobre las otras disciplinas o saberes.
- Basar las respuestas en las necesidades de las personas más que en las estructuras creadas.
- Avanzar en el proceso de accesibilidad y cobertura haciendo énfasis en la creación de servicios en hospitales generales que posibiliten disminuir la desigual distribución de las camas, concentradas todavía, en forma predominante, en los hospitales psiquiátricos.
- Extender y priorizar las actividades para una adecuada inserción de los nuevos servicios en los hospitales generales.
- Escaso abordaje de la urgencia en los hospitales generales.
- Necesidad de profundizar el proceso de coordinación entre los diversos servicios, dando preeminencia al territorio y sus usuarios como eje organizador de la tarea cotidiana.
- Enfatizar la coordinación única entre los diversos dispositivos de un territorio común, la realización de reuniones periódicas para reflexionar sobre las prácticas y decidir entre todos.
- Siempre es bueno recordar que la mejor prevención y promoción de la salud mental, es el desarrollo de servicios comunitarios que permitan la abolición de los hospitales psiquiátricos.
- Poder contar con el promedio de reinternación como una medida de la continuidad de los cuidados, la efectividad de los tratamientos y como expresión de necesidades no resueltas o no previstas originalmente.

- La nueva ley debería incluir las nuevas prácticas y los aprendizajes habidos. Debe ser entendida no como un punto de llegada sino como un paso más de un largo proceso.
- Las respuestas a los casos forenses debe basarse en la excepción y determinarse con el mayor carácter restrictivo posible.
- Es llamativa la baja incidencia registrada del alcohol como problema de salud
- Prestar atención al aumento en la prescripción de anfetaminas a los niños, habría que investigar si se están haciendo los diagnósticos adecuados y si se están efectuando los estudios sobre sus causas profundas.
- Avanzar en el criterio de *plazas* como medida de dispositivos superando el de *camas*; es conveniente que las nuevas estructuras sean pequeñas: en salud mental *small is beautiful*
- Promover indicadores de trabajo en equipo y participación grupal; generar el reconocimiento institucional de las prácticas comunitarias.
- Extender el apoyo a las instancias comunitarias que se hacen cargo del sostén de personas con padecimiento mental , incluyendo a las familias
- Actualizar periódicamente las guías y normas de acuerdo a los aprendizajes que generan las nuevas prácticas.
- Efectuar las mediciones de efectividad de los fármacos incluyendo las variables del contexto.
- Proseguir con un aumento gradual del presupuesto
- Formar operadores en salud mental

### Algunas otras consideraciones:

Dado que estamos trabajando en un proceso de transformación cultural:

- Las prácticas innovadoras permiten reorientar los presupuestos. Es necesario ver para creer.
- Los procesos son heterogéneos, cambiantes, no se dan de una vez; se debe respetar la diversidad y las particularidades locales y regionales.
- La dimensión de incertidumbre es un indicador positivo del proceso de cambio asumido.
- La prensa tiene los mismos prejuicios y temores que la población por lo que se debe destinar un trabajo específico con ellos para su sensibilización con las nuevas prácticas.
- Los médicos deben redistribuir el poder, todos deben poder reconocer y valorar la diversidad de saberes: el de un indígena, una madre o un vecino. En salud mental comunitaria no hay un saber más importante que otro.
- También el trabajo en equipo no es algo dado sino una construcción cotidiana y compartida

### Reflexiones finales

En los sucesivos viajes a Chile he escuchado cierta preocupación con el burn out en algunos trabajadores de la salud mental. En este sentido me gustaría poner énfasis en el aspecto del *sentido* que tiene para la persona la tarea que realiza en forma cotidiana. Es evidente que los contextos actuales plantean enfrentar carencias de recursos y a veces hasta la falta del apoyo institucional necesario. Con nuestro protagonismo lo podemos cambiar, encontrar el sentido de la lucha en condiciones adversas nos aleja del síndrome del fusible quemado. En condiciones extremas como lo fueron los campos de concentración

en la Alemania nazi, V. Frankl<sup>5</sup> nos enseñó que había quienes con 600 calorías diarias sobrevivían y era la posibilidad de sentir que decidían sobre sus actos, aunque fueran aparentemente hechos insignificantes, lo que los mantenía vivos. También aquellos que podían encontrar un sentido a su sufrimiento vivían más tiempo.

*Lo importante en la vida no son las condiciones sino cómo las enfrentamos, decía Frankl.*

Nietzsche planteaba que *quién tiene un para qué en la vida encontrará casi siempre el cómo*

Así como con un paciente intentamos rescatar sus capacidades y potenciar sus habilidades, también debemos ser capaces de descubrir y ampliar los espacios que nos posibilitan transitar los caminos del cambio.

Sen decía que la posibilidad de crecer en la pobreza económica es dada por la posibilidad de intercambio que tengan las personas entre sí, de expresarse y participar políticamente.

Pero también, un reciente informe del PNUD<sup>6</sup> sobre la democracia en la región establece con claridad que:

*La democracia actual es democracia electoral y plantea la necesidad de hacer efectiva una disminución de la inequidad y las desigualdades.*

*Sabemos también que el modo en que los vulnerables (o vulnerados) son tratados e integrados a la sociedad, es uno de los indicadores más sensibles del nivel de democracia, pluralismo y tolerancia en la sociedad.*

Solo cuando las necesidades se pueden satisfacer se convierten en derechos.

Para finalizar, en homenaje al Hogar de Cristo, quiero comentar una anécdota que me ocurrió hace un tiempo. En el 2002 tuve la oportunidad de participar como disertante invitado en el evento *La ciudadanía e terapéutica*, organizado en Milán, Italia, por Cáritas Ambrosiana. En el evento pude escuchar al cardenal Martíni el que

<sup>5</sup> V. Frankl "El hombre en busca de sentido".

<sup>6</sup> PNUD: "La democracia en América latina, hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos" Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.

efectuó una cita de los santos evangelios en la que Jesús escuchaba a un vagabundo que en soledad, desvariaba sin rumbo, decía cosas incoherentes. Jesús se acerca a esta persona que estaba en harapos y entre las lápidas de un cementerio y le pregunta *come ti chiami* (¿cómo te llamas?) *Mi chiamo nessuno*, respondió (me llamo nadie). Jesús replicó: *¿chi sei?* (¿quién eres?), *sono leggione*, le responde (soy una legión, soy muchos). Entonces Jesús propicia su sanación entre otras cosas, haciendo que cientos de cerdos fueran sacrificados.

Cada uno podrá interpretar los múltiples sentidos de este pasaje bíblico. Yo en este caso, además de la dignificación que significa el acercarse a un abandonado y la identidad de persona que intenta darle al preguntarle su nombre y querer saber quién era, quisiera mencionar el hecho del sacrificio de los animales. Esto, nos enseñó el cardenal Martín, quiere expresar que para rehabilitar a una persona también es necesario un costo económico concreto que el estado, los gobernantes, deben proveer.

El Cardenal trajo esta referencia creo como una enseñanza moral. Yo creo que también lo es como una enseñanza práctica de salud mental comunitaria.

Mis felicitaciones a los organizadores del evento y mi agradecimiento por la invitación recibida.

Muchas gracias a todos

## DEMANDA ÉTICA DE DD.HH DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

DR. WILLIAMS VALENTINI<sup>1</sup>

### Derechos humanos para un proyecto de humanidad.

**D**espués de la II Guerra Mundial una de las acciones más importantes de los liderazgos de diversos países, fue el empeño dirigido a la reconstrucción de un nuevo orden entre los países y las organizaciones que congregan los intereses más importantes en el planeta con el fin de establecer parámetros para una nueva convivencia entre los pueblos.

A la capacidad humana de imponer violentamente la destrucción de enormes contingentes de personas debería corresponder, en aquel momento de reconstrucción, la capacidad humana de construir nuevos modelos universales para que no se repitiesen los errores cometidos durante la Guerra.

Así, en el Año de 1948, 10 de diciembre, fue creada la Organización de las Naciones Unidas, la ONU. Esta organización congrega hoy, representantes de más de 140 países en todos los continentes del planeta. La ONU en el momento de su nacimiento anunció una Declaración con carácter Universal que, por primera vez en la historia humana, trata sobre los derechos de los hombres. En aquel momento, lo que los hombres de buena voluntad inauguran es una gran novedad: ser hombre en este planeta pasa a significar ser sujeto de derechos, y esto debería ser el alma de la Organización.

Esta novedad viene acompañada de nuevos anuncios: hay que cambiar los modos de mirar, de pensar y de actuar en prácticas y a través de las prácticas, hacer cambiar las realidades en que viven las personas. Decir que tenemos derechos no es lo mismo que encontrar

<sup>1</sup> Willians Valentini es médico psiquiatra, consultor colaborador del Ministerio de Salud de Chile, y consultor para la OPS en Salud Mental, para la América del Sur.

las instancias que se dedican a protegernos en situaciones en las cuales nuestros derechos son violados.

A partir del momento en el cual los países firman la declaración, la significación inmediata construida es la de que sus gobernantes se comprometen a iniciar la promoción de cambios estructurales en sus sistemas de Justicia y en la mentalidad de los ciudadanos para que valgan progresivamente los nuevos modos de mirar, de pensar y de actuar, anunciados en la Declaración.

Una Declaración, es importante señalar, no tiene gran fuerza de promoción de cambios, es decir, la calidad del compromiso asumido cuando se firma una Declaración es poco más que intención de cambios. Una Declaración, por otro lado, puede contribuir para la promoción de un inicio de cambios, que suceden solamente con el trabajo cotidiano de transformación de la realidad sobre la cual la Declaración hace el anuncio de futuro.

Un ejemplo es la Declaración de Caracas, que estableció metas y anunció un futuro para los tratamientos en Salud Mental en las Américas y que contribuyó fuertemente en el desarrollo de las políticas de salud mental de muchos países de América del Sur.

Los compromisos de cambio de la realidad son mucho más fuertes cuando se establecen las convenciones entre los países. Cuando se firman las convenciones, los dirigentes se comprometen con la implementación de cambios estructurales, jurídicos y culturales para que lo que esta comprometido en la Convención se pueda confirmar en realidad en la vida de la población. Si después de firmado el compromiso los cambios no ocurren, hay sanciones contra el gobierno del país

Cuando un país firma una Convención -ejemplo la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y Adolescentes- lo que debe ocurrir en el contexto es que todas las fuerzas organizadas deben dedicarse a promover los cambios -principalmente los cambios legales- para hacer realidad lo que profesa la Convención.

Las convenciones son tecnologías para promoción de cambios, creadas en foros democráticos, para contribuir con el desarrollo del proyecto mayor, el Proyecto de Humanidad. En éste, los modos de mirar, de pensar y de actuar en relación a: niños y adolescentes, mujeres o portadores de trastornos mentales, en contextos en los

cuales sus derechos no son respetados, deben orientarse según los derechos humanos.

### **Los recursos para implementación de los derechos.**

La implementación y la adopción de los derechos como parte de lo que se debe respetar en la convivencia entre las personas dependen de la calidad de los estándares relacionados, que existen en cada contexto. Hay contextos muy autoritarios donde esta comprendido por todos los presentes, que las relaciones de negación de los derechos de las mujeres en participación política, por ejemplo, es algo que está relacionado a la cultura de estos contextos. Si hay violaciones de derechos, hay que promover cambios en la cultura.

Hay todavía innumerables situaciones en todo el mundo, de violación de los derechos de los portadores de trastornos mentales. Esto no es natural.

Esto es impuesto a los enfermos, por profesionales que no respetan las convenciones internacionales sobre los derechos de estos enfermos y que no viven -los profesionales- ninguna presión para pasar a trabajar y a desarrollar prácticas consecuentes con estos derechos.

El primer recurso a utilizarse en situaciones de violación de derechos es la activación y mantenimiento de la capacidad humana de indignarse con situaciones de violencia y el coraje para ponerse en favor de acciones para revertir la situación de violación.

### **¿Cómo hacerlo?**

- DOCUMENTAR todo.
- NOTIFICAR a los organismos responsables que deben estar trabajando en la vigilancia del respeto a los derechos.
- CONTACTAR ONGs (nacionales y/o internacionales que defienden los Derechos Humanos) y trabajar para presionar a los organismos nacionales para que se revierta la situación

Los derechos humanos deben constituir la base ética del diseño de las políticas y de los programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables: portadores de trastornos mentales, portadores de VIH, moradores de las calles, dependientes químicos, niños en las calles, etc.

Son derechos humanos básicos:

- Derecho a la vida: nadie tiene autorización para interrumpir la vida de alguien. Todos tienen el derecho de vivir lo mejor posible sus vidas;
- Derecho a la integridad física, psíquica y moral;
- Derecho a la igualdad: nadie es superior o inferior a nadie;
- Derecho a la no discriminación;
- Derecho a la dignidad y al respeto;
- Derecho a la privacidad y a la autonomía individual;
- Derecho a la información-educación (alfabetización, profesionalización, mejoramiento de sus capacidades);
- Derecho a la participación social, a vivir en familia, a vivir en grupo, a vivir solo, a tener acceso a los recursos de la ciudad, a frecuentar las fiestas, a amar, a casarse, a aprender a utilizar recursos de educación para vivir bien su vida amorosa, derecho a la paternidad y a la maternidad, a trabajar, a manifestarse públicamente, a la participación política en tiempos de elecciones, etc.;
- Derecho a la seguridad: a la previsión, a la asistencia social, y a la salud (al acceso a los servicios de salud, a ser miembro de consejos de salud, a ser miembro de asociaciones de usuarios), etc.;
- Derecho a contar con el apoyo de abogados, en situaciones de necesidad;
- Derecho a rechazar tratamiento de salud;
- Derecho a obtener informaciones y a decidir sobre los tratamientos que recibe.

## **No existen derechos sin exigencias**

Los ciudadanos, para hacer valer su ciudadanía, necesitan que sus derechos se materialicen, y por esto necesitan de las leyes, de la regularización e implementación de éstas. Situaciones en las cuales los derechos son violados, en general, son situaciones que conviven con sistemas políticos que no se ocupan de la evaluación de la construcción de la exigibilidad de las leyes.

En estos tiempos, las democracias son los regímenes de gobierno que presentan las mejores condiciones para hacer valer los derechos.

## **¿Cómo mejorar las democracias?**

Se debe trabajar para que la gran convención nacional llamada Constitución, sea democrática, respetuosa de las Convenciones Internacionales, y de los derechos básicos de los ciudadanos del país.

El trabajo debe mirar la materialización del respeto a los derechos, a través de la implementación de estructuras que se dediquen a hacer valer lo que establecen las leyes. Así se puede garantizar la defensa de los derechos ciudadanos cuando ocurren violaciones.

Algunos estándares y convenciones útiles, para consulta:

- Declaración de las Naciones Unidas de Derechos Humanos;
- Acuerdo Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- Principios para la protección de personas con Enfermedad Mental;
- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas
- Declaración de Caracas;
- Declaración de Madrid;

- Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales;
- Convención Americana de Derechos Humanos (todas las personas tienen el derecho a la integridad física, psíquica y moral);
- Convención Inter Americana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra personas con discapacidades;
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

En los procesos de cambio de las realidades donde viven grandes contingentes de enfermos mentales, el conocimiento y utilización de estas Declaraciones y Convenciones, puede hacer la diferencia en los momentos cruciales.

Si, por otro lado, estos recursos se quedan dentro de los libros o dentro de las computadoras y no se usan en el cotidiano de la asistencia, en las planificaciones que hacen funcionar los servicios de salud mental, significa que las fuerzas de promoción de cambio se encuentran desarticuladas y sin credibilidad para realizar las misiones de cambio cultural comprendidas en los procesos de reforma psiquiátrica.

“Todos los países que firmen convenciones internacionales de derechos humanos están obligados a respetar, proteger y a seguir los derechos contenidos en ellas”.

(OMS; Mental Health Package SGP, 2003, page15).

## TRABAJOS LIBRES



# CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA “HENRY TORRES FLORES”

CLAUDIO BARRAZA CARVAJAL

*Director Centro Comunitario de Salud Mental de la Infancia  
y Adolescencia “Henry Torres Flores”. Iquique.*

## INTRODUCCIÓN

**E**l plan de salud mental y psiquiatría del año 2000 se propone: Contribuir a que las personas, familias y la comunidad alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con su medio social, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades cognitivas afectivas, fisiológicas y relacionales para el logro de metas individuales y colectivas.

Para lograr este propósito estimula la Conformación de una Red de Salud Mental y psiquiatría con un enfoque comunitario que privilegie la atención ambulatoria y promueva las capacidades de las personas y grupos organizados a través de acciones intersectoriales; de manera de responder a las necesidades de fomento y promoción de la salud mental de las personas y de la población, otorgar atención oportuna y adecuada, dar mayor facilidad y equidad en el acceso a los servicios, mejor utilización y mayor satisfacción del usuario.

Junto con esto, el plan Nacional plantea cinco prioridades sanitarias dentro de las cuales encontramos dos que se dan exclusivamente en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil como son los Trastornos de Hiperactividad/Atención en niños y adolescentes en edad escolar y los Trastornos Asociados a la Violencia como el Maltrato Infantil. En relación a estos trastornos, podemos encontrar algunos estudios a nivel nacional que nos indican que existiría una alta prevalencia de problemas de salud mental, en particular en nivel socioeconómico bajo, encontrando que el 24% de los niños de 1° básico de escuelas municipalizadas de sectores urbanos presentan trastornos

psiquiátricos, el 40% presentan conductas desadaptativas, 25% sufre algún grado de maltrato, los trastornos de la atención e hiperactividad presentan una prevalencia de alrededor de un 6% y los suicidios en población adolescente sobrepasarían los 7 por 100.000 (en más del 90% de los casos se asociarían con alguna enfermedad mental).

## CONTEXTO LOCAL

La comuna de Iquique se ubica en el extremo norte del país y es la capital de la Primera Región de Tarapacá, la que cuenta con una población total de 428.594 habitantes, de los cuales 216.429 corresponden a la provincia de Iquique, la que a su vez incluye a la naciente comuna de Alto Hospicio que cuenta con más de 50.000 habitantes (CENSO 2002).

En la distribución por edades observamos que el 33,1% de la población es menor de 15 años, no existiendo en este rango etéreo diferencias significativas en la distribución por género. Llama la atención en este rango, el alto porcentaje de niños menores de 6 años que constituyen una población cercana a las 30.000 personas que en los años siguientes ingresarán al sistema escolar.

La distribución demográfica de la población ha sufrido grandes cambios en los últimos 20 años producto de procesos de migración (70% de la población corresponde a migraciones internas y externas) que se han dado en tres sentidos, el primero se ha dado históricamente, y se produce desde la zona rural (Aymará) a las dos poblaciones urbanas de la región; el segundo proceso migratorio se inicia a finales de los años 80 desde la comuna de Arica, producto del proceso de estancamiento económico de la ciudad luego de la fundación de la Zona Franca de Tacna (ZOTAC); y el tercero se da desde distintas zonas semi rurales y urbanas del resto del país producto del crecimiento económico experimentado a comienzos de la década del 90 en la provincia, asociado al desarrollo de la industria minera cuprífera, y la sucesiva crisis económica que ha afectado al país; lo que ha producido un poblamiento acelerado y la formación de grandes tomas en el sector de Alto Molle y Alto Hospicio, en el cual se ha producido el mayor crecimiento de la población de nivel socioeconómico medio, medio-bajo y bajo.

Además de los cambios en la distribución demográfica, a juicio de algunos analistas sociales la migración ha traído asociados a nivel económico, un proceso de pauperización de la población allegada y a nivel cultural un proceso de desarraigo, por la ausencia de redes primarias y la baja articulación con las redes institucionales existentes (Opciones de desarrollo de la Región de Tarapacá, Intendencia Regional, UNAP. 2.000).

De esta manera, en cuanto al nivel socioeconómico se observa de acuerdo a la encuesta CASEN que al año 2000 un 30,4% de la población se encontraba bajo la línea de la pobreza. Además de lo anterior la encuesta nos reporta que el 30% de la fuerza laboral se desempeña en trabajos de tipo informal, existiendo un 65,7% de familias con ingresos de \$150.000.

Lo anterior, ha traído consigo un proceso de Polarización de la distribución de la riqueza social, el cual se expresa además física y geográficamente en las diferencias entre Iquique y Alto Hospicio, lo que pone en juego y se condiciona con la exaltación de contravalores, el Tráfico de drogas como modo subsistencia, la pérdida redes sociales y con ello una alta prevalencia de enfermedades mentales, como queda reflejado en el estudio de prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la población mayor de 15 años (Vicente y otros, 1998), en el cual se observa una prevalencia de vida del 48,7% de acuerdo a criterios DSM-III, y una Prevalencia de seis meses de un 31,05%; lo que hace evidente la necesidad de intervenir en esta realidad.

## **DESARROLLO DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

La conformación de la red de salud mental y psiquiatría se inicia desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital "Dr. E. Torres G." de Iquique, el cual ha implementado un enfoque de trabajo basado en un modelo de psiquiatría social y comunitaria. Bajo esta perspectiva entonces se desarrolla alrededor de este servicio toda una red de rehabilitación que contó en un primer momento con un hospital de día, taller protegido y casa club. En un segundo momento, la unidad de salud mental creó un equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria que junto con la transformación del equipo PAM DROGAS deriva-

rían en la conformación de los dos COSAM actualmente existentes. Posterior a esto, y como parte del proceso de desinstitucionalización de las personas que padecen enfermedad mental se crean tres hogares protegidos para las personas que residían en el programa de hospitalización de larga estadía del servicio de psiquiatría. Finalmente, con el objeto de acercar la atención a los lugares de origen de las personas se produce la inserción de los distintos profesionales que realizaban policlínicos de especialidad en el servicio de psiquiatría a los 2 COSAM existentes, de esta manera los COSAM se constituyen en el eje de la atención, interviniendo de manera integral en las problemáticas de salud mental desde la promoción y prevención hasta el tratamiento específico de las mismas.

Paralelo a esto el año 1999 se inicia la conformación de una red de servicios en el área de la salud mental infanto juvenil en el Servicio de Psiquiatría del Hospital "Dr. E. Torres G.", con la constitución del primer equipo de Psiquiatría Infanto Juvenil, quien diseña un programa específico de intervención, con una estrecha relación con los colegios de la ciudad de Iquique y Alto Hospicio, permitiendo un abordaje distinto a los marcos clásicos de un servicio clínico, aunque limitado por el déficit existente en horas profesionales. Durante el primer año de funcionamiento, se detectó que el gran número de niños derivados tenía el diagnóstico de Trastorno del Lenguaje, trastorno de la Conducta, Trastorno del Aprendizaje, o Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad.

El año 2001 el FONADIS financia el "Programa de Prevención de trastornos de la conducta, de la atención y del aprendizaje en escolares de primero a cuarto año básico" (programa de Enlace Educación-Salud) con el cual se realizó una capacitación sistemática y permanente a los profesores por parte del equipo ejecutor del proyecto para la detección oportuna de problemas de salud mental, implementado un trabajo interdisciplinario en la evaluación diagnóstica de cada caso, la derivación al tratamiento correspondiente y la devolución de información a la familia y establecimiento educacional.

Junto con lo anterior se promueve la Formación de la Agrupación de Familiares y Amigos de Niños con Necesidades Educativas Especiales "AFDANE", con el objeto de potenciar la colaboración

entre los usuarios, familiares y técnicos como agentes reguladores y como proveedores de servicios.

Dado el nivel de desarrollo de las acciones y el incremento exponencial de la demanda asistencial y de asesoría desde las escuelas es que se crea formalmente el Centro Comunitario de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia a partir del mes de Septiembre del año 2002; junto con esto y atendiendo a la misma necesidad, el equipo se adjudica la ejecución del Programa Habilidades para la Vida, financiado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, lo que permite la implementación de:

- Talleres de “Autocuidado de la Salud Mental del Profesor”
- Asesoría a docentes 1° ciclo básico en: reuniones de apoderados, actividades extracurriculares, entre otros
- Promoción de conductas saludables y prevención de conductas desadaptativas en el aula.
- Detección de problemas psicosociales y conductas no logradas.
- Derivación, atención y seguimiento de niños detectados con problemas de salud mental y/o psicosociales
- Desarrollo de red de apoyo local al Programa Habilidades para la Vida

En este punto se vienen realizando coordinaciones desde el año 2002 con las distintas instituciones que trabajan en el área infanto juvenil (SENAME, CONACE, JUNJI, CORMUDES, APS) lo que permite constituir el año 2003 una comisión de trabajo en el área cuyo producto inmediato durante el año 2004 fue el diseño de un catastro institucional en el ámbito de acción y el lineamiento de criterios de referencia y de los niveles de resolución de las problemáticas de Salud Mental Infantil. Paralelo a esto se ha establecido contacto con las organizaciones de base del territorio inmediato al COSAM de manera de potenciar sus acciones de promoción de la SM Infantil y vincularlas a las actividades de las escuelas en el territorio.

En el año 2003 se crea el Hospital de Día Infanto Juvenil, el que atiende a 10 niños y jóvenes de entre 11 a 19 años que presentan un trastorno psiquiátrico de alta complejidad. Este dispositivo de salud, pretende mejorar la resolutivez de episodios agudos o crisis en personas con trastorno psiquiátrico severo, prevenir recaídas, mejorar la dinámica familiar susceptible de desestabilizar a la persona en tratamiento y favorecer la incorporación de los familiares al proceso terapéutico.

En el año 2004 se implementa el Programa Ambulatorio Comunitario de Tratamiento de Consumo de drogas, financiado por CONACE, el que trabaja con niños, niñas y jóvenes con consumo problemático de drogas, y alta vulnerabilidad social y que presentan problemas de salud mental de mediana o severa complejidad asociados a dicho consumo. Por otra parte, el programa apoya, asesora y coopera con los equipos psicosociales (comunitarios) que trabajan con estos niños y adolescentes, en relación a la drogodependencia, en su lugar de trabajo natural. Además, pretende articular y formar redes con otros programas de tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad e intensidad de la red sanitaria pública y privada y con otros organismos de las redes sociales, comunitarias, educativas, psicosociales, etc. que trabajan con esta población.

De esta manera, el equipo del Centro Comunitario de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, interviene en los niveles de promoción y prevención y primeras intervenciones inserto en la comunidad, principalmente al interior de las escuelas en donde se realiza el programa Habilidades para la Vida. En el nivel de tratamiento, las acciones clínicas especializadas se realizan en las dependencias del centro, complementadas con el Centro Diurno Infanto Juvenil y las acciones de Rehabilitación por medio del Programa Ambulatorio Comunitario de Tratamiento del Consumo de Drogas.

## **POBLACIÓN ATENDIDA**

En la actualidad han ingresado al Centro Comunitario de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia una población total de 1300 niños y/o jóvenes, entre 0 y 19 años, y sus familias quienes presentan algún tipo de problema de salud mental, de los cuales 800 son aten-

didados actualmente por alguno de los profesionales. Las problemáticas atendidas van desde trastornos del lenguaje o de aprendizaje a trastornos psiquiátricos severos como trastorno bipolar, episodio psicótico, trastornos afectivos o trastorno ansioso grave.

En el Centro se atienden 90 niños y/o jóvenes mayores de 10 años que padecen un trastorno de salud mental de alta complejidad, quienes producto de esto ven alterado su funcionamiento debiendo muchas veces abandonar el sistema escolar por las dificultades de adaptación que implica, generando un retraso en su desarrollo cognitivo y social aumentando la dependencia de sus madres, padres o adultos a cargo en el desempeño de sus actividades de la vida diaria, quienes no cuentan con información ni entrenamiento para apoyar la rehabilitación de sus hijos.

En la población escolar los trastornos más prevalentes son aquellos que dicen relación con problemas del aprendizaje, atención y conducta, los que representan el 59% del total en este grupo etáreo, mientras que en la población mayor de 14 años los problemas de salud mental más frecuentes por los que solicitan atención y tratamiento los jóvenes son los trastornos del estado de ánimo, de las emociones y reacciones al estrés con un 25% del total.

## **APRECIACION PRÁCTICA**

En el ámbito local, podemos inferir algunos datos al analizar la información de los niños y adolescentes que han sido atendidos en el Centro de Salud Mental y de las actividades desarrolladas en la comunidad. De esta manera observamos que:

- Los equipos de educación diferencial de las escuelas, presentan una baja efectividad frente a problemas de aprendizaje. Si se considera que su intervención sólo abarca al primer ciclo básico, el riesgo de deserción escolar aumenta.
- La demanda de atención proviene principalmente de las unidades educativas, esto implica que es necesario realizar un trabajo sistemático con los docentes y apoderados, orientado a construir un motivo de consulta, a incluir a la familia en el proceso terapéutico y a retroalimentar a los docentes.

- La población escolar de mayor riesgo y quienes desertan no ingresan a flujo de atención en salud.
- Un gran número de familias que presentan factores de riesgo (padre ausente, no pertenencia a red social) no asisten ni reciben orientación en escuela y/o no solicitan ayuda en centros de salud.
- Se observa un bajo grado de inserción de atención primaria en escuela, lo que dificulta la realización de acciones en conjunto, como realizar las intervenciones iniciales, diagnósticos y derivaciones en forma más oportunas a la red.
- Se requiere trabajar terapéuticamente en los espacios naturales donde se desenvuelve el niño y el adolescente: Familia y Escuela, por ser sus ambientes inmediatos, donde además de proveer aprendizajes significativos, se otorgue un clima en que el niño se desarrolle de manera plena.
- Existe la necesidad de trabajar en la escuela como Organización -Equipo de Gestión Educativa-, a fin de colaborar a bajar el nivel de estrés al que se ve enfrentado al docente a diario, por el hecho de tener que abordar situaciones para las que no se siente preparado. Además se hace necesario legitimar el rol del profesor como agente de cambio, y entregarle herramientas en el sentido de posibilitar un clima autorregulador de las formas de relación de interacciones diarias con sus alumnos y sus familias, además al interior de su grupo de colegas.

## OBSTÁCULOS

Gran parte del recurso humano que conforma el equipo del Centro Comunitario de Salud Mental, esta financiado por proyectos, lo que redundo en la imposibilidad de proporcionar estabilidad laboral y por otra parte, se han realizado programaciones paralelas entre los programas existentes, lo que ha restado fluidez a la atención integral requerida.

Existe una alta demanda asistencial, la que no es posible atender, en ocasiones, en forma oportuna, debido a las pocas horas profesionales con las que cuenta el Centro.

El Centro no cuenta con horas profesionales de psiquiatra infantil, profesional necesario para la resolución integral de situaciones de mediana y alta complejidad, lo que en la actualidad, se está resolviendo parcialmente, con el apoyo de un médico general.

### **ESTRATEGIAS PARA EL AÑO 2005**

La experiencia acumulada nos señala la importancia de continuar propiciando y fortaleciendo los vínculos con los equipos psicosociales existentes en la provincia, así como el de organizaciones de base, principalmente las presentes en el sector donde se encuentra ubicado el Centro.

Finalmente, se espera poder realizar una Mesa de Tratamiento en Salud Mental Infanto Juvenil, que convoque a las instancias correspondientes, a fin de coordinar acciones y promover la participación activa y resolutiva en las problemáticas del niño y el adolescente.

# DE COSAM A EQUIPO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

DRA. XIMENA CORTÉS GÓMEZ

*COSAM Ñuñoa*

## Introducción

**L**a salud siempre ha sido un aspecto fundamental para el bienestar de las personas, familias y comunidad. Hasta ahora, la responsabilidad en relación a la salud de la población ha sido asumida mayoritariamente por el Estado, el que no sólo debe garantizar acciones para mejorar la calidad de vida de los usuarios del sistema público sino que también de todos los sectores a cargo de la atención directa de los beneficiarios y de la propia comuna en la cual residen.

En relación a la Salud Mental, considerando que Chile presenta una elevada prevalencia de enfermedades mentales en todos los grupos etáreos, uno de los grandes desafíos del sistema de salud es dar cobertura y atención a todas aquellas personas con problemas de salud mental o enfermedades mentales.

Como forma de responder a este desafío, desde la década del 90 se han iniciado acciones en el ámbito de la salud mental surgiendo el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Esto constituye una forma concreta de fijar objetivos y metas en las políticas públicas y de orientar recursos del Estado en acciones que eleven el nivel de bienestar y salud mental de los chilenos.

Dentro de este contexto a partir de Abril del 2004, se nos plantea como equipo un nuevo perfil para los COSAM el cual apunta a ser un *Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio*, con responsabilidad directa en el cuidado de personas con enfermedades mentales de mayor severidad, ya sea por el cuadro de base como por el com-

promiso biopsicosocial al que estas patologías se ven asociadas. Estas responsabilidades se desarrollan desde el establecimiento en el que se trabaja y/o a través del seguimiento y apoyo al nivel primario para la mejor resolución de los casos.

## Objetivos

- **Objetivo General:**
  - Mejorar el nivel de salud mental de los individuos y sus sistemas familiares en la comuna de Ñuñoa.
  
- **Objetivos Específicos:**
  - Promover la organización comunitaria, capacidad de autogestión y participación social en salud mental de grupos y/u organizaciones.
  - Incorporar a distintos actores locales en la definición, diagnóstico y resolución de problemas de salud mental de alta complejidad local.
  - Articular las redes comunales de salud mental y psiquiatría, formales e informales.
  - Participar activamente con los CESFAM en las acciones de promoción y prevención de Salud Mental.
  - Desarrollar acciones de prevención en poblaciones de alto riesgo de enfermedad mental.
  - Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde una perspectiva biosicosocial y sistémica en los problemas de salud mental de alta complejidad, desarrollando métodos de intervención propios de la salud mental comunitaria.
  - Favorecer el proceso de integración a las redes de salud y/o sociales de las personas con problemas de salud mental o enfermedades mentales.

- Favorecer la integración socio - laboral de personas con enfermedades mentales discapacitantes en las instituciones comunales y organizaciones empresariales locales.
- Promover la formación y apoyar el funcionamiento de grupos de autoayuda y/o asociaciones de usuarios y familiares.
- Realizar acciones conjuntas con los equipos de CESFAM para mejorar la capacidad resolutive y favorecer la articulación entre equipos.
- Asesorar el funcionamiento del Hogar Protegido, correspondiente al territorio del COSAM.
- Derivar personas con enfermedades mentales que requieran cuidados más intensivos a hospitalización de corta o mediana estadía, hospital día o comunidad terapéutica según necesidad.

### **Población Beneficiaria**

Corresponde a 67.189 personas, lo cual equivale al 41,08% de la población de la comuna. Esta cifra considera a todos los grupos étnicos. El COSAM Ñuñoa sólo da atención a beneficiarios mayores de 15 años.

Se considera usuario a todas las personas inscritas en los CESFAM de la comuna y aquellos derivados desde juzgados u otras instituciones de la red, los que deben ser beneficiarios FONASA o PRAIS.

### **Marco Conceptual de Referencia**

Nuestro quehacer se fundamenta en el modelo de Psiquiatría Comunitaria, que tiene entre sus principios básicos:

- Responsabilidad sobre una población: permite dar atención a personas que habitualmente no consultan o abandonan aunque presenten graves trastornos. La atención es dirigida a todos los grupos sociales sin exclusión.

- Territorialización de la asistencia: facilita el acceso de los usuarios a los recursos de salud mental permitiendo la existencia de una conexión entre los dispositivos psiquiátricos del territorio y con la población atendida.
- Unificación de redes asistenciales: se logra una integración entre los distintos niveles de atención, lo cual favorece una correcta planificación y maximización de los servicios.
- Enfoque multidisciplinario: permite una evaluación biopsicosocial de las enfermedades mentales y problemáticas de salud mental.
- Continuidad de los cuidados: posibilita que sea el mismo terapeuta quien realice la continuidad de los cuidados, siguiendo al paciente en las distintas instancias de tratamiento o mediante la información fluida entre los distintos profesionales que lo atienden.
- Participación y responsabilidad de la comunidad en su conjunto en la asistencia psiquiátrica: favorecería la colaboración y comunicación de la comunidad con los dispositivos asistenciales, asumiendo responsabilidades con los pacientes psiquiátricos e informando sobre sus necesidades asistenciales. Esta comunicación entre la comunidad y profesionales del área de salud mental propicia cambios en las actitudes de la población hacia las enfermedades mentales y en los profesionales una mayor sensibilización hacia los problemas de la comuna.

### **Líneas Programáticas y de Intervención**

Se trabaja en seis líneas programáticas:

- Alcohol y Drogas: desarrollo de planes de tratamiento Ambulatorio Básico y Ambulatorio Intensivo.
- Depresión: usuarios derivados desde el Programa de depresión de los CESFAM de acuerdo al flujograma establecido.

- Violencia Intrafamiliar: víctimas y victimarios referidos desde Juzgados, APS y otras instituciones, con correspondiente notificación epidemiológica.
- Esquizofrenia y otros Trastornos Psiquiátricos Severos: atención, tanto a pacientes de primer brote como a pacientes compensados y/o crónicos.
- Administración y apoyo técnico al Hogar Protegido.
- PRAIS: Programa de reparación a personas afectadas por violaciones a los DD.HH. en el período 1973-1990. PRAIS.

Para cada uno de estos programas se consideran las prestaciones determinadas por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigentes.

## **Análisis de Contexto**

### *Fortalezas:*

En relación al Equipo y a la Gestión del Centro:

- Equipo multiprofesional y multidisciplinario.
- Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas.
- Profesionales capacitados para realizar acogida y recepción de pacientes y su posterior derivación al programa que corresponda de acuerdo a los flujogramas de atención.
- Unidad ambulatoria especializada en cinco de las siete prioridades programáticas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, junto con esquizofrenia primer brote y beneficiarios PRAIS.
- Ejecución de talleres ocupacionales para los distintos programas.

- Potencialización y fortalecimiento en organizaciones sociales comunitarias como juntas de vecinos y organizaciones de base, para incentivar la participación activa en instancias terapéuticas.
- Existencia de protocolos y flujogramas de atención.
- Arsenal farmacológico para programa de Depresión Severa y Primer Brote EQZ, según protocolo.
- Coordinación expedita y oportuna entre el centro de atención y el nivel primario de salud.
- Capacidad resolutive del equipo profesional: respuesta en una semana para psiquiatra y en 48 horas para otros profesionales, por lo que no existe lista de espera.
- Derivación a Neurología y Psiquiatría del Hospital Salvador vía red computacional REZEBRA
- Expedita derivación con Hospital Salvador.
- Permanente capacitación del equipo profesional.

#### En relación a la Comuna:

- Existencia de recursos comunales que permiten derivaciones para complementar y fortalecer los programas de tratamiento.
- Existencia de un Plan de Salud local y un Plan de Promoción Comunal.
- Acreditación de Ñuñoa como Comuna Saludable.
- Ñuñoa desde el año 1996 realiza de manera sistemática trabajo en Salud Mental en los CEFAM.
- Existencia de Consejo Comunal de la Discapacidad.

### Debilidades

- Capacitación insuficiente para enfrentar el nuevo modelo, principalmente en el aspecto administrativo.
- Falta de recursos para responder a la demanda de la población infante - adolescente.
- Recursos humanos e insumos materiales insuficientes para realizar intervenciones integrales, en los tiempos estimados por protocolos.
- Insuficiente número de horas para el trabajo administrativo, de sistematización y coordinación intrasectorial (Red).
- Infraestructura e implementación deficiente.
- Dependencia del Hospital Salvador o CESFAM para la entrega de fármacos.
- Deficiente coordinación con sistema judicial.

### Oportunidades

- Enfatizar la creación de programas integrales más allá de la intervención puramente asistencial, en el cual se involucre tanto al usuario índice como a sus referentes significativos y apoyos situacionales.
- Integrar el concepto de salud mental en las diferentes organizaciones comunitarias.
- Evitar la sobrecarga y centralización de las prestaciones en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador.
- Favorecer la reinserción social y uso de recursos comunales por parte de los usuarios.
- Aumentar el grado de cohesión social, creando un tejido social protector y favorecedor en la comuna.

## ¿Y DESPUÉS DEL ALTA QUÉ?; INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO ENFERMEDAD MENTAL

NIRA BURGOS RIVAS

*COSAM Coronel*

### RESEÑA HISTÓRICA (CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA)

**E**l Centro Comunitario de Salud Mental Familiar COSAM de Coronel en la Octava Región de Chile, se inicia el 03 de junio del año 2002, como respuesta a la necesidad de la población de contar con un centro especializado en la atención de enfermedades mentales, ya que los recursos traducidos en horas profesionales eran insuficientes para la gran demanda de atención de salud mental.

El COSAM depende técnicamente de DIPRED del Servicio de Salud Concepción y administrativamente del Comité Solidario San José de Coronel, que es una agrupación de familiares de usuarios con patologías psiquiátricas severas. La encargada técnica es la Dra. Eva Contreras Aburto.

El Equipo profesional está compuesto por 22 horas de Médico, 33 horas de Asistente Social, 48 horas de Psicólogo y 33 horas de Secretaria. Si bien no cuenta con profesional Médico Psiquiatra, es apoyado a través de consultoría por el Servicio de Psiquiatría de Concepción.

La población que atiende el COSAM, corresponde a niños y adultos (hombres y mujeres) y los diagnósticos que abarca son: depresiones, trastornos ansiosos, duelos patológicos, trastornos de personalidad, violencia intra familiar, trastornos del estado de ánimo en niños y maltrato infantil.

## **Antecedentes**

### — Chile como país en vías de desarrollo

Los procesos de modernización que vive Chile como país en vías de desarrollo, ha generado cambios en muchos aspectos de la vida de las personas, generando condiciones que desestabilizan su salud mental. En la aparición de las enfermedades mentales no sólo se encuentran factores biológicos y demográficos, sino también aspectos psicosociales de un medio altamente exigente que afecta a hombres y mujeres.

### — Situación de la Comuna de Coronel (cierre de ENACAR)

La comuna de Coronel enfrenta una complicada situación asociada a los cambios socioeconómicos y culturales que vive el país. El cierre de la Empresa Nacional del Carbón (ENACAR), única fuente de trabajo para muchos pobladores, ha generado la existencia de fenómenos sociales, tales como: alto índice de desempleo, marginalidad social, ruptura de redes sociales, carencia de proyectos, desaparición de lugares de pertenencia; contribuyendo a la aparición de ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES para las personas.

### — Disfunciones generadas en la vida de las mujeres

A raíz de lo anterior se producen disfunciones al interior de las familias. La población femenina ya no es tan sólo madre y esposa, sino que se convierten en proveedoras del grupo familiar o siendo dueñas de casa sienten gran angustia y desesperanza frente al futuro, favoreciendo la aparición de enfermedades mentales en este grupo de la población.

## **Objetivo General de la Intervención**

Generar espacios de interacción social, que permita a las usuarias que han padecido enfermedades mentales, concretar cambios en sus hábitos de vida, logrando ser agentes de su propio bienestar.

### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar el autocuidado en salud mental
- Reforzar habilidades sociales
- Educar en torno a la prevención de recaídas
- Facilitar el acercamiento entre el equipo de salud y las usuarias
- Realizar diagnóstico precoz de recaídas u otras patologías y, de esta manera, tratar o derivar oportunamente.

### **Población Beneficiaria**

La población de Coronel corresponde a un total de 95.528 habitantes, de los cuales 48.762 son mujeres. Ya es sabido que esta comuna posee uno de los índices más altos de desempleo a nivel nacional, un 11,3% (encuesta INE 2004) y un 34,8% de su población es Pobre No Indigente.

El grupo que forma parte de la experiencia, está formado por 55 mujeres mayores de 18 años de edad, dueñas de casa, sin actividad laboral, que han sufrido enfermedad mental y han sido dadas de alta de su patología, pertenecientes a la comuna de Coronel, Octava Región, Chile.

En relación al intervalo de edad de las mujeres que han participado en este grupo, el 40% tiene entre 31 y 40 años de edad, el 29% entre 41 y 50 años de edad, el 11% entre 51 y 60 años, el 9% entre 20 y 30 años, y un menor porcentaje para aquellas mujeres menores de 20 y mayores de 60 años de edad.

En relación al estado civil, el 60% de las asistentes son casadas, el 20 % son solteras, con igual porcentaje, un 7,3% viudas y convivientes y un 5,4% separadas.

Los diagnósticos más frecuentes entre las mujeres son: 54% depresiones (moderadas, bipolares y severas), el 20% Trastornos de personalidad, un 13% Trastorno de ansiedad, un 7% duelo patológico y un 6% otras patologías (estrés post-traumático, trastorno adaptativo).

## Marco Conceptual de Referencia

### — El Quehacer de los COSAM

Los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, orientan su quehacer hacia dos enfoques: El primero es el Enfoque Psicosocial, que entiende al individuo como integrante de un grupo de organizaciones que interactúan entre sí (familia, comunidad, grupo de pares, trabajo, etc.). El segundo es el Enfoque Socio Comunitario, el cual entiende que las mejores posibilidades para que el individuo alcance el bienestar es participando y formando parte de los distintos grupos sociales que existen en su comunidad.

### — Enfoque integral de las Acciones de Salud Mental

Las acciones de salud mental deben integrar no sólo las ciencias de la biología, sino también las ciencias sociales, ya que las enfermedades mentales se generan por factores biológicos y especialmente por las condiciones en que viven los individuos.

### — Propósito del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Es importante que las personas que viven en un medio adverso, es decir aisladas de la sociedad, logren formar parte de una red de apoyo permanente a través de un grupo que les permita descubrir y reforzar factores protectores, ya que no es suficiente satisfacer las necesidades básicas para mantener el equilibrio, sino que las personas necesitan interactuar con el medio y con los demás, logrando alcanzar de esta manera metas individuales, familiares y sociales.

### — Población de COSAM definida geográficamente

Los COSAM trabajan con una población definida geográficamente, en sectores de alto riesgo psicosocial debido a sus condiciones de pobreza y marginalidad, atendiendo todas las necesidades de salud mental de dicha población.

- Sentido de pertenencia de los usuarios con la institución

Dado que la identidad y el sentido de pertenencia son factores protectores, debe privilegiarse la atención más cercana a los espacios naturales de las personas y de ser cerrada debe ser lo más parecida posible a un ambiente familiar

### **Descripción de Actividades**

Las actividades principales desarrolladas en esta intervención son las siguientes:

- Educación en temas de salud mental
- Educación en temas de género
- Refuerzo de habilidades sociales
- Talleres de capacitación sociolaborales
- Jornadas de auto cuidado. ( médico - Psicólogo)

### **Resultados de la Experiencia**

- En cuanto al flujo de usuarias a lo largo de la experiencia, durante el periodo 2002 al 2004, las asistentes no han presentado recaídas.
- El indicador más importante ha sido la reinserción laboral, el cual en el año 2002 correspondió al 40%, el año 2003 al 46% y el año 2004 a un 5,5%.
- En relación a las derivaciones de las usuarias que presentaron otra patología diferente al diagnóstico de ingreso a COSAM durante su participación en la experiencia, el año 2002 fue del 20%, el 2003, el 6% y un 5,5% en el año 2004.
- En lo referente a los abandonos de las usuarias por enfermedad o causa no especificada, el año 2002 fue de un 20%, el año 2003 un 9% y el 2004 no ha habido abandono.

- La causa de Egreso de las mujeres, ha sido con un 63% por reincorporación laboral y el 18,5% abandonó o fue derivada al servicio de psiquiatría de Concepción por haber presentado otra patología durante la experiencia.
- Respecto de la actividad laboral que están desarrollando las usuarias que egresaron del grupo, un 33% trabaja como obrera de pesquera, lo cual es un gran logro, ya que las industrias que existen en Coronel son insuficientes para la gran demanda de trabajo de la población. El 23% se dedica a vendedora dependiente, el 17% como asesora del hogar, el 10% a oficinista, un 7% como profesora y modista y finalmente un 3% como peluquera.

#### **Aporte de la Experiencia al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**

- **APORTA AL PROPOSITO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**, esto es de elevar el bienestar psicosocial de las personas, ya que al participar activamente en el grupo, les permite formar una red de apoyo mutuo y permanente.
- **PERMITE DETECTAR Y TRATAR A TIEMPO LAS ENFERMEDADES MENTALES** que van surgiendo a través de la experiencia y que en algunos casos son diferentes al diagnóstico de ingreso.
- **PERMITE DESARROLLAR Y REFORZAR FACTORES PROTECTORES**, como habilidades personales que constituyen aprendizajes del tratamiento.
- **PERMITE LOGRAR CAMBIOS CONCRETOS EN HABITOS DE VIDA, SIN MODIFICAR FACTORES DE RIESGO**, que permanecen en su medio o entorno y que el cambiarlos significa un esfuerzo del gobierno a través de las políticas de estado que tiene que ver no tan sólo con la distribución de los ingresos, sino de generar oportunidades.
- **PERMITE DISMINUIR EL PORCENTAJE DE RECAIDAS** (costo-efectividad de las acciones), ya que al permanecer en el grupo les ayuda a reinsertarse exitosamente y no volver al sistema de salud.

## CONCLUSIONES

- Generar un espacio intermedio entre el alta y la reinserción socio-laboral definitiva, ha permitido a las usuarias reforzar los aprendizajes del tratamiento preparándose con sus propias herramientas para enfrentarse a su entorno de alto riesgo psico-social (alcoholismo, drogadicción, prostitución y violencia intra-familiar, entre otros).
- Al estar de alta por el equipo profesional, ya no se sienten “enfermas”, lo cual les ha ayudado a fortalecerse e iniciar una nueva etapa en sus vidas.
- A través del grupo han compartido sus experiencias y se han ayudado mutuamente, reafirmando su autoestima y valoración de sí mismas, a través de las actividades que se realizan en el grupo
- Reciben una atención continua en el tiempo y lugar por un mismo equipo profesional, planificando actividades según las necesidades de las usuarias.
- Las características del COSAM, que es familiar y acogedor, y las características del equipo profesional que trabaja unido, cohesionado y que dedica tiempo según las necesidades de cada usuaria, ha permitido a las usuarias, que necesitan identificarse con un lugar, hacerlo con el COSAM.

## Discusión

La comuna de Coronel y en especial la población masculina que se dedicó por muchos años a la extracción del carbón y que conserva aún su subcultura minera, la cual no considera a la mujer como trabajadora, ha sufrido un cambio radical. Actualmente la población femenina es la que se convierte en jefa de hogar, proveedora del grupo familiar y el hombre se hace cargo de las labores del hogar. Debido a lo anterior se producirá un nuevo conflicto al interior del matrimonio, y de ahí surge una nueva interrogante: ¿Estamos preparados, como sistema de salud, para recibir nuevamente a aquellas mujeres que sufran este nuevo problema?

## RENUEVA VIDA MICROEMPRESA DE LAVADO DE AUTOS

PAMELA GRANDÓN FERNÁNDEZ

MIRIAM MORAGA VILLEGAS

LIBERTAD RIVERA FLORES

*Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna”*

*Agrupación de familiares y Amigos de Pacientes con Esquizofrenia  
(AFAPE)*

**E**n el año 2002 la Agrupación de familiares y amigos de pacientes con Esquizofrenia AFAPE y el equipo de trabajo del Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna”, previo estudio de mercado, postulan y se adjudican Proyecto FONADIS por un monto de \$ 4.553.418.

Este proyecto, que se ejecuta el año 2003, consiste en la creación de una Microempresa de servicios en Lavado de Autos en los estacionamientos del Hospital Las Higueras. Se ofrece el servicio de limpieza interior, lavado exterior y/o encerado de vehículos.

Durante el transcurso del año 2003, “Renuecar” se plantea un gran desafío, generar una estrategia más empresarial para ampliar la Microempresa y su mercado de clientes. Por lo que postula y se adjudica un segundo proyecto por un monto de \$ 7.914.130. Esto permite ampliar los servicios de lavado de auto a limpieza de tapiz, cambio de aceite y lavado móvil en sectores cercanos al Hospital. Este nuevo proyecto se ejecuta el año 2004.

La microempresa comienza a funcionar como empresa legal en Junio del año 2004, diversificando su rubro y cambiando de nombre a “Renueva Vida”.

El proyecto de trabajo ha involucrado a diferentes instituciones participantes: Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna”, Agrupación de Familiares y Amigos de Pacientes con Esquizofrenia (AFAPE), Universidad San Sebastián y Colegio Sagrados Corazones.

El objetivo que se planteó fue generar empleos remunerados y mejorar las condiciones de Empleabilidad de las personas con discapacidad psíquica, manteniéndolos en el tiempo.

Las actividades de “Renueva Vida” se desarrollaron en un comienzo exclusivamente en los estacionamientos del Hospital las Higueras, para posteriormente con la incorporación de los servicios móviles, ofrecer el servicio en dos instituciones de la comuna: Universidad San Sebastián y Colegio Sagrados Corazones.

En cuanto al número de beneficiarios directos, se comenzó con 12 trabajadores de los cuales uno desertó durante el verano del 2003 y otro fue despedido por serias dificultades de relaciones con el resto de los trabajadores. En el año 2004, se postula ampliar la oferta laboral a 6 nuevos trabajadores. Sin embargo, 2 personas abandonan durante la capacitación, quedando actualmente constituida la microempresa por 14 personas, 10 trabajadores antiguos y 4 trabajadores nuevos.

En cuanto a las actividades desarrolladas, a continuación se describen las más importantes:

#### 1.- Evaluación de las habilidades laborales básicas:

Se evaluó lo que se denominó “Empleabilidad”, es decir, aquellas características de los usuarios que les permitan una adecuada incorporación al mundo laboral. En esta área se evaluaron habilidades sociales (escala de funcionamiento social al familiar y usuario), motivación del beneficiario y habilidades laborales básicas. Además, se realizó una entrevista personal de ingreso y se aplicó un cuestionario de carga familiar.

#### 3.- Entrevista y firma de compromiso para proceso de capacitación.

Se les solicitó a los usuarios, previa explicación del proceso de capacitación y aceptación por parte de estos de las condiciones planteadas, la firma de un compromiso. Esta estrategia se utilizó para darle más formalidad a la capacitación.

#### 4.- Elaboración de plan de capacitación para los beneficiarios:

Se realizó un plan de capacitación que contempló lavado exterior, interior y encerado de vehículos. Se actualizó el manual de capacitación creado el año 2003.

En una segunda etapa se capacitó a los usuarios en lavado de tapiz, cambio de aceite y servicio móvil. Esta actividad fue desarrollada por el entrenador laboral.

#### 5.- Realización y Evaluación del proceso de capacitación:

Primero se realizó una capacitación a los trabajadores nuevos (4) en los servicios que ya estaba ofreciendo la microempresa, lavado interior, lavado exterior y encerado.

La capacitación constó de 23 sesiones de tres horas cada sesión, lo que da un total de 69 horas. Fue de martes a viernes por las mañanas. La metodología de trabajo fue expositiva y activo-participativa. Además, contempló horas de modelaje y práctica de los contenidos estudiados.

Se realizó una evaluación sistemática de los contenidos tratados en el curso.

#### 6.- Capacitación en los nuevos servicios:

Posterior a la primera capacitación, se realizó una segunda capacitación a todos los trabajadores en los servicios nuevos. Ésta se llevó a cabo entre los meses de agosto y noviembre. Fueron 17 sesiones práctico-expositivas de 3 horas de duración cada sesión. Se trataron los siguientes contenidos: limpieza de tapiz, cambio de aceite y servicio móvil. Además, se realizaron 13 sesiones prácticas de una hora y 30 minutos para el cambio de aceite. Se arrendó un foso en la comunidad.

#### 7.- Conformación de sociedad de hecho para la legalización y formalización de la microempresa:

A través de gestiones de AFAPE con la corporación de asistencia judicial, se consiguió que uno de los abogados de ésta realizara el escrito

para la constitución de una sociedad de hecho compuesta por miembros de la agrupación. El giro de la empresa Renueva Vida incluye no sólo los servicios automotrices sino que también de artesanía, kiosco, revistas. Así, en el futuro también se podrán comercializar otros servicios. Este trámite duró alrededor de 5 meses. Posteriormente, se legalizó el documento ante notario y se comenzaron los trámites en Servicio de Impuestos Internos para la iniciación de actividades y el timbraje de boletas.

8.- Difusión de nuevos servicios y campaña de comercialización y posicionamiento del mercado:

Se realizan permanentemente campañas de difusión con volantes, tanto para dar a conocer los servicios tradicionales de la microempresa como para informar sobre los nuevos servicios de Renueva Vida.

9.- Diseño del sistema de registro para el funcionamiento de la microempresa:

Se elaboró una planilla de registro que contempla la siguiente información:

- Patente del Auto.
- Nombre del cliente.
- Actividad realizada.
- Fono o Anexo.
- Hora de entrega.
- Valor.
- OK, (vehículo terminado y cancelado)

Esta planilla se mandó a imprenta con autocopias una para el entrenador laboral y otra para el encargado de AFAPE quien maneja los dineros.

Por otra parte se elaboró una planilla de balance de dineros mensuales, una planilla de liquidación de sueldos individual y un libro de asistencia diaria donde los trabajadores firman su hora de entrada y salida.

10.- Mejoramiento del sistema contable de acuerdo a la incorporación de los nuevos servicios ofrecidos:

El nuevo sistema contable estuvo directamente relacionado con la iniciación de actividades ante el Servicio de Impuestos Internos. Se incluyó un libro de compra y venta donde se registran todas las adquisiciones y ventas realizadas por Renueva Vida. Además se utiliza un libro de caja que permite llevar ordenada la contabilidad de la microempresa.

11.- Selección de los beneficiarios capacitados para el funcionamiento de la microempresa (incluye a los 2 supervisores):

Entre los trabajadores se seleccionaron a dos, los más eficientes y motivados y se contrataron como supervisores con los dineros del proyecto.

12.- Elaboración de compromisos o contrato de trabajo para los beneficiarios directos:

En el mes de septiembre los 2 supervisores fueron contratados y firmaron su contrato de trabajo. En el mes de octubre se elaboró un compromiso de trabajo con el resto de los trabajadores y se firmó, entregándoles una copia al trabajador y otra para la microempresa.

13.- Puesta en marcha del Servicio de lavado móvil de Renueva Vida y de otros servicios (excluyendo cambio de aceite):

El servicio de lavado de tapiz se comienza a ofrecer en el mes de octubre a través de un programa de difusión. Los servicios móviles comenzaron a ofrecerse en el mes de noviembre en el Colegio Sagrados Corazones y la Universidad San Sebastián.

#### 14.- Evaluación de la satisfacción de beneficiarios y clientes:

Se aplicó una encuesta de satisfacción, tanto para el personal de la microempresa como para los clientes. El personal, en una gran mayoría, evalúa como satisfactoria su participación en la microempresa. En tanto se aplicó a 17 clientes la encuesta quienes evaluaron como satisfactorio el servicio entregado.

#### **Dificultades del proceso:**

Las mayores dificultades están dadas por la coordinación administrativa con el hospital. La burocracia propia del sistema público ha entorpecido y enlentecido el proceso. Como la microempresa funciona en terrenos del hospital, debe solicitar permanentes permisos para diversas actividades propias del trabajo.

Otro de los problemas tiene que ver con la salida de Renueva Vida fuera del recinto hospitalario. Poder gestionar la autorización para funcionar en otras instituciones fue muy difícil por las constantes trabas, producto del estigma que pesa sobre las enfermedades mentales severas. Se contactaron 6 instituciones de las cuales dos aceptaron contar con los servicios de la microempresa, luego de numerosas gestiones.

Finalmente, tal vez una de las principales dificultades han sido las bajas remuneraciones de los trabajadores. A pesar de la incorporación de los nuevos servicios, las remuneraciones no han superado los \$35.000 por persona. Cabe señalar que no todos ganan lo mismo pues trabajan en sistema de turnos, y aquellos que lo desean, realizan horas extras.

#### **El aporte de la experiencia:**

La formación de la microempresa surge con el propósito de responder a la necesidad que las personas con discapacidad psíquica tienen de poder acceder al mundo laboral. Producto de su condición, presentan por una parte un déficit en sus habilidades laborales y por la otra, falta de oportunidades laborales debido al estigma y exclusión social.

Este emprendimiento laboral ha permitido que los beneficiarios adquieran hábitos laborales, se motiven y se sientan útiles. Además, sus familias han disminuido su carga, tanto objetiva como subjetiva. La primera tiene que ver con que los beneficiarios al ser más independientes en sus tareas, evitan la permanente supervisión familiar. Respecto a la carga subjetiva; los familiares se sienten más confiados en el futuro de sus parientes, lo que ha disminuido su preocupación.

Por otra parte, “Renueva Vida” partió como una microempresa y actualmente tienen el giro de empresa social, los trabajadores forman parte del equipo que decide los destinos del emprendimiento.

# FAMILIA MAPUCHE RURAL Y ESQUIZOFRENIA

FABIOLA BARRERA PINELA

JUAN CASTELVI OYARCE

CLAUDIA INOSTROZA RIQUELME

CYNTIA MELLADO VELÁSQUEZ

*Centro de Salud Mental de Nueva Imperial*

## Resumen

El problema investigado lo constituyen las percepciones de cuatro familias mapuche rurales de la comuna de Nueva Imperial, acerca de los cambios en sus procesos internos -roles, normas y comunicación-, luego que a uno de sus integrantes se le diagnosticara esquizofrenia. Se planteó como supuesto que el contacto con el sistema médico occidental produciría cambios en su forma de entender el proceso de salud y enfermedad -concepción y tratamiento- y en sus procesos familiares. Dichos cambios fueron conocidos a través del relato de las propias familias sujeto de estudio.

La metodología utilizada en esta investigación contempló el paradigma cualitativo, pues se trató de explorar, conocer y describir cómo estas familias enfrentaron los primeros momentos de la enfermedad, y cómo actualmente conviven con un integrante que padece esquizofrenia.

Los instrumentos utilizados en la recolección de los datos fueron: entrevista semiestructurada, observación participante manifiesta e historia de vida focalizada.

La investigación concluye que, si bien las familias participantes debieron enfrentar momentos de crisis producto de la enfermedad, la totalidad de ellas logró reorganizarse y seguir funcionando en forma adecuada.

Respecto al supuesto de investigación, el concepto de salud y enfermedad que las familias poseen no fue modificado en su esencia; sin embargo, incorporó elementos de la cultura occidental que ellas consideran importantes en su tratamiento. Lo anterior no produjo influencia directa en sus procesos familiares internos.

## Fundamentación

Las familias presentan una readecuación en todo su sistema y procesos internos cuando uno de sus miembros sufre una discapacidad psíquica. Por tal motivo, éstas requieren de especial atención, apoyo y acompañamiento al ser detectada una enfermedad como la esquizofrenia<sup>1</sup>.

En la IX Región, dado el alto porcentaje de familias mapuche que existen<sup>2</sup>, esta situación no deja de ser preocupante, por las consecuencias que puede acarrear para el proceso de rehabilitación de la persona enferma y de su familia.

Específicamente en la Provincia de Cautín, se atiende un universo de cuatrocientas personas con esquizofrenia, quienes son de origen mapuche y no mapuche. En el Centro de Salud Mental de Nueva Imperial, lugar donde se contactaron las familias sujeto de estudio, existen ciento catorce personas que se mantienen en tratamiento y seguimiento por la enfermedad. De ellas, el 39,5% son de procedencia mapuche; esto es, cuarenta y cinco personas.

Por esta razón, se considera que en el caso de las familias mapuche rurales la situación es aún más compleja. Es probable que el contacto de estas familias con instituciones de salud occidentales, produzca un cierto cambio en su visión particular acerca del proceso salud-enfermedad, y en sus patrones socioculturales; esto, posteriormente, las podría llevar a adoptar pautas de la cultura occidental dominante, con respecto al tema de la salud mental. De esta manera, parte de su cosmovisión podría ser modificada, lo que resultaría inadecuado, si se considera que deberían cambiar “forzosamente” su visión acerca de procesos muy particulares de su cultura.

Por lo anterior, es importante que las políticas de salud mental contemplen los factores socioculturales al momento de intervenir en la población mapuche. Esto, además de la trascendencia que tiene el conocer la variable cultural para llevar a cabo una intervención psico-

<sup>1</sup> En Chile, la esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1.2% en la población general en estudios realizados en Santiago; si se consideran sólo los seis meses previos al estudio, el 0.51 % de las personas refiere síntomas de la enfermedad.

<sup>2</sup> Aproximadamente el 15,5% del total país, según Estadísticas Demográficas del Censo 2002.

social, adecuada a las características de las familias mapuche, que permita facilitar la reinserción de su pariente discapacitado psíquico. Se considera de especial atención el conocer la percepción de estas familias, en zonas rurales, sobre los cambios que se producen en su interior, cuando uno de sus miembros sufre esquizofrenia.

### **Objetivos de la investigación**

Es importante destacar que, si bien de manera implícita se estudió el concepto de salud-enfermedad que posee la cultura mapuche, éste no es el foco de la investigación, aunque se cree que es un elemento importante a estudiar, por lo que se consideró como un supuesto de investigación.

**Objetivo General:** Conocer las percepciones de cuatro familias mapuche rurales de la Comuna de Nueva Imperial, sobre los cambios en sus procesos internos -roles, normas, comunicación-, luego que a uno de sus integrantes se le ha diagnosticado esquizofrenia.

**Objetivos Específicos:** 1) ¿Cómo era la distribución de los roles, normas y comunicación en las familias antes que se presentaran los primeros síntomas de esquizofrenia en uno de sus integrantes? ¿Cómo se expresaba esto? 2) ¿Cuáles fueron los principales cambios en el sistema familiar respecto a los roles normas y comunicación, durante la primera crisis de esquizofrenia en uno de sus integrantes? 3) En la actualidad, ¿cómo se distribuyen los roles, normas y comunicación al interior de las familias, después del diagnóstico y tratamiento con el sistema médico occidental? 4) ¿Cómo se explicaron las familias la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad? ¿Cómo los enfrentaron? 5) Luego del diagnóstico y tratamiento en el sistema médico occidental, ¿se han producido cambios en el concepto de salud-enfermedad de las familias?

## Marco Conceptual y Operacional

- Percepciones de las familias mapuche rurales sobre sus procesos internos: Se refiere a los aspectos de roles, normas y comunicación dentro del grupo familiar y cómo éstas familias perciben dichos procesos, con el fin de pesquisar eventuales cambios a raíz de la enfermedad, o del diagnóstico de ésta, otorgado por el sistema médico occidental.

Operacionalmente, esta dimensión de análisis se midió a través de historias de vida focalizadas, entrevistas semiestructuradas y observación participante manifiesta, las cuales fueron llevadas a cabo por el equipo investigador y posteriormente sistematizadas. Los datos se recopilaron de lo que los integrantes de las familias refirieron sobre sus procesos de adecuación y cambios vividos, en las áreas de roles, normas y comunicación.

- Percepciones de las familias mapuches rurales sobre su concepto de salud-enfermedad: Se refiere a cómo estas familias perciben el concepto de salud-enfermedad, con el fin de detectar eventuales cambios en éste, a raíz del tratamiento por esquizofrenia de unos de sus integrantes, en el sistema médico oficial.

Operacionalmente, esta dimensión de análisis fue medida a través de historias de vida focalizadas, entrevistas semiestructuradas y observación participante manifiesta. Los datos necesarios fueron recogidos de lo que las familias y sus integrantes refirieron, acerca de los cambios conceptuales que experimentaron, luego de realizar el contacto con el Sistema Médico Occidental, y al mantener la persona con esquizofrenia, un tratamiento en dicho sistema.

## Metodología

La muestra del estudio fue de tipo intencional, formada por un total de once personas, integrantes de cuatro familias mapuche rurales, de las cuales uno de sus miembros padece esquizofrenia y se mantiene en tratamiento farmacológico y de seguimiento en el Centro de Salud Mental de Nueva Imperial. Todas provienen de la comuna

de Nueva Imperial, de distintos sectores y comunidades aledañas a la zona urbana.

Los criterios de selección de la muestra fueron cuatro: 1) familias que cumplieran con las características antes descritas; 2) familias que el Centro de Salud Mental de Nueva Imperial considerara aptas para formar parte de la muestra; 3) adecuada accesibilidad geográfica y vías de acceso a las viviendas de las familias; y 4) familias que aceptaran ser parte de la investigación, proporcionando la información necesaria para el desarrollo del estudio.

La investigación fue planteada como un diseño de tipo transeccional o transversal, ya que sus datos fueron obtenidos en un periodo de tiempo determinado y acotado (julio - noviembre del 2003), por la disponibilidad de recursos que se poseía para llevarla a efecto. De esta manera, es posible la ejecución de estudios similares y sus posteriores comparaciones.

Para conocer la percepción de las familias mapuche rurales, se utilizó una metodología que contempla el Paradigma Cualitativo, pues se intenta explorar, conocer y describir cómo estas familias han enfrentado la convivencia con un integrante que padece esquizofrenia. Esto se realizó a través del estudio de casos, lo que facilitó la exploración y descripción de los cambios familiares y culturales que se buscaba conocer.

Las fases de investigación, de acuerdo a las técnicas utilizadas, fueron las siguientes:

La primera fase de investigación consistió en la revisión documental -fuentes secundarias de información- de fichas clínicas, fichas sociales e informes sociales, de las cuatro familias participantes, y entrevistas a informantes clave que se desempeñan en el Centro de Salud Mental de la Comuna de Nueva Imperial.

En la segunda fase de la investigación se utilizaron técnicas de observación participante manifiesta, que se emplearon para realizar los primeros acercamientos a las familias, con el fin de establecer el rapport necesario que permitió el desarrollo de la investigación. Esta técnica se aplicó por igual a todas las familias, y su duración estuvo supeditada al tiempo necesario para el establecimiento del rapport. Además, se utilizó la técnica de historia de vida focalizada, centrada

en los aspectos de la historia familiar que tuvieran relación con el desarrollo y tratamiento de la enfermedad.

La tercera fase de la investigación consistió en la aplicación de entrevistas semiestructuradas, diseñadas específicamente para cada familia, de acuerdo a la cantidad de información que se hubiera recopilado en las etapas anteriores, con el fin de complementarla. De igual forma, se utilizaron técnicas de conocimiento y descripción familiar, entre las que se encuentran genogramas, sociogramas y ecomapas familiares, que permitieron describir la estructura y procesos en su interior, y relaciones con el exterior.

La cuarta fase de la investigación fue el cotejo de los datos recogidos, que se realizó a través del análisis de matrices construidas con diferentes categorías, que se consideraron adecuadas para responder a las preguntas de investigación y objetivos específicos. Con estas se describió y explicó la información recolectada. En esta etapa, los informantes fueron cada una de las familias.

### **Referentes Teóricos**

En el abordaje de los fenómenos comprendidos en el problema y objetivos de la investigación, fue necesario considerar las siguientes orientaciones teóricas: Percepción Social, Cosmovisión y Medicina de la Cultura Mapuche, Psiquiatría Comunitaria, Etnopsiquiatría y Perspectiva Transcultural de la Esquizofrenia, y Funcionamiento Familiar desde una Perspectiva Sistémica.

Se consideraron estos constructos teóricos debido a que en su conjunto constituyen una visión de la realidad más bien integradora, considerando líneas de pensamiento relativistas que se pueden adecuar al contexto singular de las familias sujeto de esta investigación.

### **Resultados y Conclusiones**

#### **Procesos Familiares antes de la enfermedad**

Las familias tenían una estructura organizada, donde cada uno de sus integrantes cumplía un rol determinado, adecuado a sus características familiares y personales. Los roles que existían -que se pu-

dieron rescatar del relato de las familias- eran básicamente formales; las labores que cumplía cada integrante del hogar eran distintas en cada familia, pero en todas ellas se adecuaban al funcionamiento del sistema, permitiendo su equilibrio.

Se pudo ver también, que los roles socialmente asignados y esperados para cada persona dentro de estos grupos familiares, son muy similares a los de la cultura occidental. Esto es, padre - proveedor; madre - crianza y cuidado de los hijos y labores domésticas; hijas - apoyo a labores de la madre; hijos - apoyo a labores del padre. Sin embargo, se apreció que, en varias de estas familias esposa y esposo trabajaban de igual a igual en las labores agrícolas, cumpliendo así, ambos, la función de proveedores del grupo familiar.

Se aprecia que, si bien la mujer ayudaba a su esposo en las labores propias de su rol -sembrado y cultivo de la tierra, cuidado de animales, entre otras acciones- él no realizaba labores domésticas como cocinar, lavar y cuidar a los hijos e hijas, mientras no existiera la necesidad de hacerlo, o mientras no se requiriera de su ayuda, como se apreciará más adelante, en el periodo crítico de la enfermedad.

Las normas eran establecidas, por lo general, por el/la jefe/a del sistema familiar y no sufrían mayores adecuaciones, de no ser necesario. En cada una de las familias, sus normas tenían mayor o menor nivel de validación y de obediencia; lo importante es que en todos los sistemas familiares permitían que éste funcionara adecuadamente, dentro de lo esperado en su contexto cultural y social.

En cuanto a la comunicación, fue posible observar que todas las familias poseían distintos estilos para comunicarse; en algunas de ellas existían enlaces emocionales intensos y en otras, moderados. Sin embargo, en todas, el tipo de comunicación establecido permitía un funcionamiento familiar relativamente adecuado, en el cual la totalidad de sus integrantes podía expresarse -verbal y analógicamente-.

En el aspecto cultural, considerando la visión particular de estas familias, su percepción es que cuando una persona no cumple en forma adecuada su rol socialmente asignado, o que se espera cumpla dentro del grupo familiar, comete una transgresión; esto conlleva una

sanción de las divinidades, que se manifiesta en los planos físico y social. Sin embargo, esta lógica no funciona sólo en el incumplimiento de los roles; al momento de desobedecer normas o transgredir costumbres propias de la cultura, la sanción no tarda en aparecer, generalmente, en forma de enfermedad.

### **Procesos familiares durante el episodio crítico de la enfermedad**

La familia reconoce que cuando el/la sujeto índice dejó de cumplir sus funciones habituales, el sistema comenzó a darse cuenta que le sucedía algo fuera de lo común. Así, se produjo una reorganización de los roles en su interior, de manera que pudieran integrar las tareas -tanto formales como informales- que el/la sujeto índice había dejado de cumplir.

A su vez, se produjeron sentimientos contradictorios entre los integrantes de todas las familias: rabia, frustración, impotencia, por no poder explicar ni entender lo que sucedía con su familiar; miedo, angustia, por las conductas disruptivas, y en ocasiones, agresivas, que estaba comenzando a presentar; tristeza, dolor, por ver sufrir a su pariente y sentir que lo estaba perdiendo, como si se transformara en otro ser; culpa, por considerar que los errores familiares pudieron desencadenar este suceso, y por creer también que el propio sujeto afectado era el responsable de lo que le sucedía; desconfianza, que se manifestaba hacia el medio externo, al considerar que la enfermedad podría haber sido causada por un mal que alguien, de la propia comunidad, envió. Todos estos sentimientos, además del vínculo afectivo que tenían -y mantienen- con el/la sujeto índice, llevaron a las familias a utilizar los recursos de que disponían para mantener el equilibrio en el sistema, frente a la *crisis no normativa* que comenzaban a vivir -difícil de sobrellevar, por el carácter imprevisible que posee- producto del desarrollo de una esquizofrenia en uno de sus integrantes.

En segundo lugar, la familia fue la primera encargada de “diagnosticar” la situación particular que presentaba su pariente, en función de su propio sistema de creencias, valores y normas, lo que se conoce como *saber familiar*. Así, el sistema empezó a acudir, en busca de solución, a los agentes que estaban dentro de su propia

matriz cultural -*machi*, meica- y a otros entes que consideraron válidos, dentro de la medicina popular. Posteriormente, al ver que dichas alternativas no proporcionaban los resultados esperados, y en ocasiones, como última estrategia a seguir, acudieron al sistema médico occidental, donde les fue entregado el diagnóstico de esquizofrenia.

De esta manera, todos los grupos familiares debieron asumir el rol informal de “cuidador” del/la sujeto índice, quien pasó a desempeñar el papel de “enfermo/a”. Esta nueva función significó para la familia un desgaste mayor, en cuanto a lo físico, social, económico y emocional, pues debieron comenzar a lidiar con una persona completamente transformada, diferente al familiar que ellos habían conocido. Además, las expectativas que las familias habían depositado sobre sus familiares -ahora afectados por la enfermedad- debieron ser cambiadas en forma drástica, pues éstos ya no realizarían las mismas actividades que habrían desempeñado, si no hubieran enfermado.

Las normas familiares, producto de la aparición de la enfermedad, también debieron ser modificadas. Es así que en todas las familias se utilizaron normas de corte autoritario para contener las conductas disociales del/la sujeto índice, quien, a pesar de ello, constantemente las transgredía. A pesar de esto, se produjo en las familias un fenómeno de lealtad familiar, que ocurre cuando las normas familiares son transgredidas. Por un lado, si bien los/las sujetos índices desarrollaron conductas que, de alguna manera, transgredían lo esperado dentro de su contexto social y cultural, en ninguna de las familias se intentó excluirlo del sistema; en la totalidad de ellas se aunaron recursos para encontrar una solución a la situación que se estaba presentando. Por otro lado, cuando el/la jefe/a de hogar debía tomar una decisión que implicara la represión del sujeto índice -de manera de controlar sus conductas disruptivas- era avalado por los demás integrantes del sistema, lo que obedece al mismo fenómeno.

Sin embargo, como consecuencia de lo anterior, se produjeron cambios en los estilos de comunicación utilizados por las familias. En la generalidad de los casos, pasó a regir un enlace emocional conflictivo-intenso, que se reflejó en la dificultad para sobrellevar relaciones interpersonales adecuadas entre los/las sujetos índices y sus respectivas familias; a la vez que existía un marcado interés y pre-

ocupación por encontrar una solución a la situación. En todas los sistemas familiares, la enfermedad se abordó de diferentes formas, con diversas estrategias que contemplaban -en la mayoría de los casos- represión del/la sujeto índice; sin embargo, todas estas acciones reflejaban la preocupación por el bienestar de la persona afectada y la totalidad de la familia, a la que subyacía -y subyace- el apego y lealtad que sienten el uno por el otro.

### **Funcionamiento familiar en la actualidad**

A pesar del estrés familiar, de la reestructuración y readecuación en los procesos y estructuras que ello ocasionó, éstas fueron capaces de reorganizarse, de manera que pudieran seguir funcionando en forma adecuada.

Como se mencionó, cada una de las familias debió readecuar sus roles, cambiar la manera de ejercer sus normas y modificar el tipo de comunicación que regía su funcionamiento familiar, antes de la manifestación de la esquizofrenia en uno de sus integrantes. Sin embargo, independientemente de las características propias de cada familia, se pudo observar que todas ellas aunaron sus recursos personales y familiares, y readecuaron sus estructuras y procesos, de manera de mantener el *equilibrio u homeostasis familiar*. Para poder llegar a estos resultados, las familias buscaron diferentes alternativas de sanación, hasta que finalmente llegaron a establecer relación con el sistema médico occidental, desde donde integraron nuevos elementos culturales a su concepto de salud-enfermedad.

La readecuación familiar producida, influyó el hecho de que todas las familias poseen apoyo de la red extensa. Es decir, si bien tres de cuatro de ellas son familias bipersonales, continúan manteniendo el apoyo de los integrantes de la familia nuclear que constituyeron nuevos hogares, lo que ha contribuido a su proceso de rehabilitación y les ha permitido mantener un buen funcionamiento, al ayudar a suplir funciones que no son completamente asumidas. A su vez, esto ha ayudado a “proteger” del desgaste emocional a la persona que actúa como cuidadora dentro del grupo familiar.

Al respecto, investigaciones teóricas postulan que las familias tienen un papel fundamental en este proceso, en especial en el apoyo

emocional que brindan a la persona que sufre una enfermedad, lo cual tiene un efecto positivo en la recuperación de la salud. En las familias sujeto de estudio, se evidencia la influencia del grupo familiar en el proceso de evolución y en la respuesta al tratamiento, lo que tiene relación con las *funciones de protección y cuidado* de sus integrantes que, en este caso, han sabido cumplir adecuadamente -lo que fue reconocido explícitamente por las personas que padecen la enfermedad-. Las familias, en el cumplimiento de estas funciones, estuvieron -y permanecen- sometidas a diversas situaciones estresantes, que pusieron en jaque su estabilidad. Debido a la condición de cronicidad de la esquizofrenia, estos sistemas familiares están constantemente poniendo a prueba sus recursos internos para poder sobrellevar los cuidados y contención de la persona enferma; por lo tanto, están constantemente en peligro de caer en lo que se denomina el *síndrome del cuidador*.

En este sentido, es importante destacar que en dos de las familias sujeto de estudio, el apoyo de la red extensa ha constituido un pilar tan sólido, que los “cuidadores” no han manifestado síntomas de verse afectados por este síndrome. Por el contrario, las dos familias que no tienen este apoyo familiar, sí han manifestado pasar por periodos de agotamiento y estrés críticos con esta situación. Sin embargo, se debe hacer una diferencia entre estas familias. En una de ellas, el sujeto índice es hijo de una jefa de hogar monoparental, por lo que ella ha debido asumir este proceso sin la ayuda de nadie, desde la *etapa de formación* del sistema familiar. En la otra, en cambio, el “cuidador” ha tenido apoyo del resto del grupo familiar nuclear -no así del extenso-; sin embargo, su agotamiento se debe a que la sujeto índice -su cónyuge- era uno de los pilares fundamentales para el funcionamiento familiar, por lo que el peso de la situación ha sido para él tanto o más difícil de sobrellevar.

Al bienestar familiar logrado, ha contribuido la relación que las familias han desarrollado con el Centro de Salud Mental de Nueva Imperial, el cual, a través de su intervención interdisciplinaria, las ha integrado en el proceso de rehabilitación de su pariente, lo que se enmarca dentro del *modelo de psiquiatría comunitaria*. Éste considera no sólo a la persona afectada, sino que aborda la enfermedad psíquica desde una perspectiva holística, utilizando diversas discipli-

nas para integrar cada vez más aspectos y herramientas que permitan una mejor calidad en las intervenciones, tratamientos y un adecuado seguimiento.

En cuanto a la comunicación que se da actualmente en estas familias, todas ellas han retomado estilos similares a los utilizados antes de la manifestación de la enfermedad, en cuanto a su forma de expresión. Según lo que refieren las familias -y pudieron percibir los investigadores- los niveles de *emoción expresada* (Leff, 1983) que los integrantes del sistema manifiestan hacia el/la sujeto índice, no generan en él/ella niveles de ansiedad que puedan provocar una nueva crisis. Es decir, si bien las familias son emocionalmente afectivas, sus índices de expresividad no amenazan el proceso de rehabilitación de su pariente con esquizofrenia.

### Supuesto de Investigación

Una de las primeras alternativas de sanación utilizadas por todas las familias, fue acudir al ente médico validado por su cultura, es decir, a la *machi*. Esto significa que la medicina occidental en estas familias no resulta ser tan importante como su propio medio de sanación. Del mismo modo, una de las primeras respuestas que ellas dieron a la enfermedad tiene directa relación con las que provee su matriz cultural, es decir, que el sujeto enfermo tenía un mal o estaba poseído por demonios, explicando la enfermedad desde la cosmovisión del pueblo mapuche.

Cuando las familias percibieron que los tratamientos alternativos administrados por su cultura y por la medicina popular no fueron efectivos, buscaron otras alternativas de solución y acudieron al sistema médico occidental -hospital, médicos *wingkas*, tratamientos farmacológicos-. Esto se puede explicar como una búsqueda desesperada de solución al estado crítico en que se encontraba su familiar, y a lo que no habían obtenido respuesta.

Lo anterior, produjo duda respecto a sus creencias y mecanismos de sanación, hasta el punto de llegar a expresar que ya no creen “en lo de la *machi*...”. Esto se puede explicar desde la *Etnopsiquiatría*, modelo teórico que expresa que las personas cuyas orientaciones culturales son mixtas -como es el caso de las familias sujeto de estu-

dio-, usarían dos códigos de lenguaje para describir su enfermedad, y a la vez recibir mayor validación, para obtener resultados que no lograron con las otras alternativas médicas. En ellas actuaría un principio de *negación* hacia su cultura de origen, adaptando su discurso hacia la orientación cultural del receptor.

Retomando lo planteado por los sujetos de estudio, al referir que los medicamentos proporcionados por el sistema médico occidental se han transformado en la solución que ellos buscaban en los sistemas médicos alternativos, se aprecia una contradicción en la manera que las familias entienden la enfermedad. Esto, debido a que, por un lado, manifiestan estar conformes con el tratamiento farmacológico proporcionado por el sistema médico occidental -puesto que ha disminuido o hecho desaparecer los síntomas positivos de la esquizofrenia-; pero por otro lado, prácticamente todas continúan validando el diagnóstico del agente médico tradicional o alternativo, sosteniendo que su enfermedad es producto de un mal o del demonio, a pesar de reconocer que no pueden abandonar el tratamiento farmacológico, pues podrían caer en una nueva crisis. Esto significa que, si bien no validan el tratamiento médico alternativo, validan su diagnóstico.

Lo anterior puede ser producto del desconocimiento y la desinformación que las familias poseen respecto a la enfermedad. Éstas manifiestan que en el Hospital de Temuco o en el Centro de Salud Mental de Nueva Imperial, no se les hizo explícito el diagnóstico ni sus características. Sin embargo, pudiera ser que las familias no han logrado comprender el diagnóstico, debido a que el lenguaje utilizado por el sistema médico occidental incorpora conceptos nuevos para ellas, los que involucran una visión biomédica de la enfermedad, la cual no se corresponde con la concepción que posee su orientación cultural. De esta manera, al desconocer los nuevos conceptos, las familias intentarían darle sentido y significado desde su propia cultura; es más, puede que las familias no intenten dar significación a dichos conceptos, sino que la única forma que tienen para entender su realidad, es a partir de la matriz cultural en la cual han sido socializados.

Desde otra perspectiva, la contradicción que presentan las familias para enfrentar la enfermedad, se relaciona más bien con una visión práctica de la realidad que vive el familiar. Así, manifiestan

razones económicas para fundamentar la opción por el sistema médico occidental, debido a que las alternativas de sanación intentadas anteriormente -meica, *machi*, naturista- involucraban un permanente gasto de recursos, lo cual resultaba inviable de sobrellevar para la situación económica de las familias.

Respecto a la búsqueda de solución, algunas familias han logrado dar explicación a la enfermedad -y específicamente de la sanación-, a través de la religión. En dos de las familias sujeto de estudio, los/las sujetos índice refieren que están mejor gracias a la cercanía que han mantenido con Dios, producto de su adscripción a la religión evangélica. Desde una perspectiva intercultural, además de los elementos propios del sistema médico, las familias incorporaron a su visión elementos religiosos para explicar la enfermedad y la sanación.

Dado lo anterior, en relación al supuesto de investigación se puede concluir que el concepto de salud-enfermedad que estas familias poseen, está compuesto por una visión propia, regida por su orientación cultural. Luego del periodo de crisis, producto de la manifestación de la esquizofrenia en su interior, dicho concepto incluyó elementos de la cultura occidental dominante, sin embargo, no fue modificado en su esencia. En este sentido, las familias sujeto de estudio han incluido variantes o complementos para entender la enfermedad, pero -en definitiva- continúan creyendo y comprendiendo la enfermedad desde su propia matriz cultural.

Por lo tanto, el concepto de salud y enfermedad que poseen las familias no influyó en los procesos familiares que éstas debieron enfrentar. Las adecuaciones fueron similares a las que cualquier familia, en una situación similar, viviría, al enfrentar la convivencia con una persona diagnosticada con esquizofrenia, independiente de la orientación cultural que posean.

# COMITÉ HABITACIONAL PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE OSORNO

PEDRO FRITZ CÁRDENAS  
*Asistente Social*

## I. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA SOCIAL

A través de la presente experiencia, se busca compartir una modalidad de trabajo realizada por el equipo técnico del Centro de Salud Mental de Osorno, el que corresponde al Servicio de Psiquiatría del Hospital Base de Osorno y que atiende a pacientes pertenecientes a la Provincia de Osorno, en la Décima Región de Los Lagos, a través de programas de atención ambulatoria y hospitalización por crisis agudas.

Desde el mes de febrero del año 2000, se inició un plan piloto consistente en la conformación de un comité habitacional para la postulación a los Programas de Vivienda Básica Progresiva SERVIU, de 17 pacientes compensados autovalentes de la unidad de psiquiatría del Hospital Base de Osorno, quienes ejercieron sus derechos otorgados a través de la Ley N° 19.284, ejecutando lo señalado en el Decreto Supremo N° 62 del año 1984 de Vivienda y Urbanismo con el objetivo de obtener una vivienda progresiva para su uso personal y de sus familias en igualdad de condiciones que los demás ciudadanos chilenos.

En dicha normativa legal se establece que *“si el postulante, o su cónyuge o uno o más miembros integrantes del grupo familiar, acreditado, estuvieran inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad, le corresponderán 15 puntos adicionales como postulante. Si se acredita que dicha discapacidad afecta al postulante y/o a su cónyuge y que, además, su grupo familiar está integrado por uno o más hijos menores de 15 años de edad, le corresponden 15 puntos adicionales”*.

Paralelamente, esta iniciativa es muy coherente con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, cuyo propósito es *“contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”*.

Por tanto, se postuló a obtener un espacio propio que permita que el paciente tenga un sentido de pertenencia, responsabilidad e independencia que contribuya a elevar su autoestima como ciudadano con derechos y deberes e inserto socialmente y así motivar su adherencia a tratamiento, con conciencia de enfermedad y manteniendo niveles de compensación.

Dichos pacientes carecen de los recursos económicos necesarios para cumplir con los requisitos de dinero al momento de la postulación, lo cual obedece a un efecto de la discriminación laboral que afecta a los enfermos psiquiátricos, ya sea por los prejuicios sociales, los temores de los empresarios a las descompensaciones, como por las limitaciones propias de la enfermedad, lo que, sumado a la pobreza y carencias socioeconómicas, ofrecen un importante obstaculizador para el ahorro. Por tanto, se establecieron metodologías de trabajo, orientación y capacitación en tareas que estimulen la capacidad de ahorro y la mantención de una vivienda.

## II. PERIODIZACIÓN Y CONTEXTO

El proceso para lograr el objetivo, constó de 5 etapas o hitos que incluyeron psicoeducaciones, talleres de desarrollo personal, análisis de expectativas, organización, mantención de relaciones sociales, desarrollo de niveles de tolerancia, motivación de la maduración del proceso de diferenciación del grupo familiar de origen, cumplimiento de tareas y análisis de rutina diaria, solidificación de las relaciones interpersonales, lo cual ha contribuido a superar la carencia afectiva presentada por los pacientes al principio y ha propiciado la inserción social.

La primera etapa, básicamente, fue de planificación de la experiencia, reuniendo todos los antecedentes clínicos y sociales que pudiesen permitir la conformación de un comité habitacional, por lo que se realizaron reuniones entre los médicos tratantes, el jefe de operaciones habitacionales del SERVIU y asistentes sociales del servicio, a fin de establecer los criterios para la constitución de este tipo de organización.

La segunda etapa permitió la organización del comité, reuniendo a los pacientes que contaban con los requisitos para ser parte de la experiencia, como el de no contar con casa propia ni haber tenido una vivienda SERVIU con anterioridad, estar inscrito en la ficha CAS II, tener su tratamiento médico al día, contar con un grupo familiar, ser autovalente, entre otros. Además se inició, conjuntamente, con actividades clínicas, un proceso de capacitación en roles directivos para asumir los cargos correspondientes en la organización.

En la tercera etapa se inició formalmente la ejecución de la experiencia, tramitándose la personalidad jurídica del comité, se tramitaron las credenciales de discapacidad, se realizó la inscripción formal en el SERVIU y se inició un proceso de trabajo que permitiese la generación de recursos económicos para el ahorro. En esta etapa se trabajó con distintos actores sociales de la comunidad (organizaciones de pacientes y familiares, gobernación y municipalidad de Osorno, entre otras).

En la cuarta etapa se debió realizar una reestructuración del comité, por cuanto las constantes necesidades económicas de los socios y los bajos montos de las pensiones asistenciales, impedían el ahorro constante, ya que continuamente, el dinero depositado en las libretas era retirado para satisfacer otras necesidades básicas. Paralelamente, la presidenta del comité fallece en un accidente, creándose, con ello, una crisis en el grupo que significó cambiar algunas estrategias de intervención y de acompañamiento, asumiendo, otra socia, el rol de presidenta. En esta etapa la consolidación se llevó a efecto a través de dos actividades de recolección de fondos, una peña folklórica y una colecta pública, donde el trabajo mancomunado dio frutos satisfactorios. Aquí se involucran muchos otros actores (instituciones académicas, juntas de vecinos, organizaciones eclesiósticas, entre otras).

En la quinta etapa se obtienen las casas con apoyo del Seremi de Vivienda de la Xª Región de Los Lagos, a través de la reserva ministerial, asignándoles los inmuebles en forma aleatoria, a fin de insertarlos en su comunidad y que se relacionen con otros vecinos.

### III. ANALISIS, SINTESIS E INTERPRETACIÓN

*“La salud, y en especial la salud mental, no sólo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesitan y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales...”<sup>1</sup>.*

Por medio de la experiencia se pretendió contribuir a dar un paso integrador en una comunidad que históricamente ha marginado a los discapacitados psíquicos, permitiendo la comprensión, aceptación y tolerancia al grupo con el que se está trabajando. Todas estas características permitirán igualdad de posibilidades para la población, como también, un gran impacto social.

La experiencia contribuye a la solidificación y fortalecimiento de la sociedad civil y el Estado; atendiendo a que ambas partes se encuentran, en este caso, trabajando de manera conjunta y eficiente. Por otro lado, se espera que dicha intervención mejore la capacidad de gestión y articulación de la comunidad civil, aprovechando, además, de contribuir al desarrollo de instancias de enlace y trabajo con el Estado. Al integrar a la directiva del Comité para la Vivienda conformada por pacientes con discapacidad psíquica del Centro de Salud Mental, se les inserta en la sociedad con otros dirigentes vecinales, los que serían agentes multiplicadores con los socios de cada

<sup>1</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000

comité para la vivienda, favoreciendo la integración de un nuevo tipo de vecinos, motivando la aceptación de discapacitados psíquicos en su barrio o población.

Por lo anterior es que las políticas de salud han planteado que *“las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos, y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias; por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud”*<sup>2</sup>.

Además, se ha demostrado que *“es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y comportamiento social de la familia y de la comunidad en que viven. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren de forma especial el protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales”*<sup>3</sup>.

El apoyo social tiene efectos decisivos sobre la salud mental. Es un concepto que puede definirse como *“la percepción de que uno es querido, estimado o está estrechamente relacionado con otras personas”*<sup>4</sup>. Otro tipo de definiciones enfatizan las funciones que cumple el apoyo social y coinciden en considerar este concepto como un constructo multidimensional con distintas categorías, siendo las principales la provisión de apoyo emocional, apoyo material y apoyo informacional.

Se ha hipotetizado que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel estrés. Según esto, a mayor nivel de apoyo social, menor malestar psicológico y viceversa. Es por ello que la percepción de ayuda potencial provocaría un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, etc. Estos estados psicológicos

<sup>2</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000.

<sup>3</sup> Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000.

<sup>4</sup> Reis, 1984 en Alvarado, J.; Torregrosa, J.; Garrido, A. (1992) "Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental". Ed. Siglo XXI S.A. España.

influyen en la susceptibilidad a la enfermedad física, ya sea por fortalecer el sistema inmunológico o propiciar cambios de conductas que promuevan la salud.

Las redes de amistad y de vecindad producen efectos directos (no amortiguadores) sobre el bienestar. Se han determinado tres factores que inciden en el apoyo social:

1. **Ayuda instrumental y material:** las tensiones pueden reducirse si se recibe ayuda para solucionar los problemas, ya sea informativa, doméstica o financiera.
2. **Apoyo emocional:** el deterioro emocional puede aliviarse hablando con un amigo comprensivo. Un confidente tolerante puede ayudar a ganar autoestima y a superar la depresión y la ansiedad.
3. **Integración social:** tomar parte en actividades recreativas de carácter compartido y cooperativo, o ser aceptado en un grupo social, elimina la soledad, provoca sentimientos de bienestar y fortalece los vínculos sociales.

Por lo anterior es que el apoyo social grupal se convierte en una válida estrategia de intervención, ya que se convierte en una alternativa a la prestación de servicios tradicionales, ante la crítica al modelo profesional de la salud, que fracasa rotundamente a la hora de hacer frente a los grandes problemas de la salud mental de la comunidad<sup>5</sup>.

En este tipo de grupos, se concede especial importancia a las interacciones cara a cara y a la asunción de responsabilidad personal por parte de los miembros del grupo. Suelen estar centrados en el problema, aunque frecuentemente proporcionan ayuda material además de apoyo emocional<sup>6</sup>.

Los grupos de apoyo promueven el sentimiento psicológico de comunidad, proporcionan modelos de conducta y proporciona una red

<sup>5</sup> Levine et al, 1987 en Alvarado, J.; Torregrosa, J.; Garrido, A. (1992) "Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental". Ed. Siglo XXI S.A. España.

<sup>6</sup> Katz y Bender, 1976, en Alvarado, J.; Torregrosa, J.; Garrido, A. (1992) "Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental". Ed. Siglo XXI S.A. España.

de relaciones sociales no fácilmente asequibles de otra forma para las personas que afrontan una crisis vital<sup>7</sup>.

Esta experiencia posee grandes proyecciones, tanto en el ámbito local como nacional, ya que la totalidad de los miembros del comité han cumplido con las responsabilidades asignadas, sin dejar de lado su tratamiento médico y controles periódicos en el Centro de Salud Mental, han mantenido una buena adherencia al grupo y no se han presentado problemas que afecten o amenacen su estado de salud físico y mental.

Entre las proyecciones, cabe destacar la posibilidad de focalizar el seguimiento clínico de los pacientes por parte del equipo psicosocial del Centro de Salud Mental; la experiencia puede ser replicada en el resto del país; se crea un espacio alternativo para los tratamientos y compensación de los pacientes con discapacidad psíquica; permitirá la psicoeducación en el ámbito comunitario a los pobladores ajenos a esta iniciativa, impulsando la integración social y facilitando el establecimiento de lazos sociales entre las personas, contribuyendo a la erradicación de prejuicios en torno a los pacientes con discapacidad psíquica, favoreciendo la construcción de ciudadanía e intersectorialidad.

<sup>7</sup> Levine y Perkins, 1987 en Alvarado, J.; Torregrosa, J.; Garrido, A. (1992) "Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental". Ed. Siglo XXI S.A. España.

## HOSPITAL DE DÍA DE CASTRO: EXPERIENCIA DE REINSERCIÓN COMUNITARIA

MARÍA ANGELLA SCHOLTZ  
*Hospital de Día de Castro*

**E**l Hospital de Día de Castro (H.D.) nace al alero de un convenio de compra de servicios firmado entre una consultora privada y el Servicio de Salud Llanquihue. Inicia su funcionamiento el día 22 de agosto del año 2002. Posee desde sus comienzos hasta ahora 10 plazas y atiende a personas portadoras de trastorno psiquiátrico mayor, beneficiarias del Servicio de Salud Llanquihue. En estos dos años han sido atendidas 50 personas y sus familias. Un 72% de las personas atendidas son portadoras de Esquizofrenia, un 18% son portadoras de Trastorno Bipolar y el porcentaje restante se distribuye proporcionalmente respecto de personas portadoras de parafrenia, psicosis orgánicas, patología dual, discapacidad intelectual severa con psicosis injertadas. 26 usuarios del universo atendido, en este momento está reinserto en diferentes ámbitos: escolar, laboral, social, familiar o comunitario.

Del total de usuarios atendidos hasta ahora la tasa de ruralidad de ellos alcanza un 35% y 23% de ellos no posee residencia de acogida en la comuna de Castro.

Actualmente 14 usuarios reciben atención en el H.D.

Para realizar esta atención contamos con un equipo de salud mental compuesto por 1 psiquiatra, 1 psicóloga (directora), 1 asistente social, 1 enfermero, 1 técnico paramédico, 1 técnico en rehabilitación, 1 profesor de educación física. Hemos logrado constituir un equipo clínico comunitario con alto compromiso con el trabajo y con los usuarios, de carácter transdisciplinario.

En los inicios la orientación de nuestro trabajo era básicamente clínica, concebíamos la reinsertión como parte del proceso de rehabilitación, pero no sabíamos ni qué hacer, ni quién iba a llevarla a cabo.

Las necesidades de nuestros usuarios han direccionado nuestro trabajo y nos hemos convertido en un equipo de salud mental clínico - comunitario.

El trabajo que se realiza en el H.D. posee una línea de tratamiento y otra línea de rehabilitación en la que la reinserción es la etapa final. El enfoque a la base de ambas líneas de acción es el enfoque biopsicosocial. El tratamiento y la rehabilitación se entregan en forma paralela. Poseemos 9 talleres de rehabilitación entre los cuales están contemplados huerta, invernadero, manualidades, creación artística, noticias, habilitación comunitaria, biblioteca con uso semanal de internet, radio con un programa de radio semanal en una radio local, visualizado este como un espacio de inclusión socio-comunitaria. En relación al tratamiento entregamos atención de psiquiatra, farmacoterapia, psicoterapia individual, grupal, formación, psicoeducación, socioterapia, entrenamiento en actividades de la vida diaria, habituación, intervenciones en crisis, manejo de agitaciones, etc.

Una vez que los usuarios están compensados clínicamente y han recuperado habilidades perdidas, se comienza la habilitación laboral, escolar, social para la reinserción.

### **Una Red de Apoyo Diferente**

Al iniciar el trabajo en el H.D., nos dimos cuenta, como equipo, que requeríamos de una red de apoyo con una coordinación eficiente. El trabajo en esta línea se basó en la inclusión. Al ser el H.D. el único dispositivo de salud mental de tratamiento y rehabilitación en la provincia, comenzamos incluyendo al área salud con énfasis en el equipo de salud mental del Hospital de Ancud, el equipo de salud mental del Hospital de Castro (conformado 1 año después de iniciado el H.D.), y los centros de atención primaria de la Isla Grande, incluyendo postas rurales. Luego incluimos escuelas y liceos, más tarde la única escuela de multidéficit de la comuna de Castro. Más tarde incluimos organizaciones comunitarias como grupos juveniles e iglesias. Recurrimos a la Hospedería del Hogar de Cristo y al Hogar de Discapacitados Psíquicos Padre Hurtado también dependiente del

Hogar de Cristo, al Internado de las Monjas Filipenses para alojar usuarios. Y la necesidad de realizar reinserción laboral llegó y debimos acercarnos a la empresa privada. Esta nos ha acogido de una manera que ni siquiera en nuestros mejores sueños habríamos podido imaginar. Hemos realizado colocación laboral con éxito absoluto. La empresa salmonera y acuícola ha aceptado a nuestros usuarios a través de negociaciones en que ellos ganan un buen trabajador y el H.D. apoya al usuario en controles biopsicosociales periódicos. Nuestros usuarios reinsertos en colocación laboral se han destacado con rendimientos y conductas laborales de excelencia y nos han dejado abiertas las puertas para futuras reinserciones. Queremos destacar así a la empresa Antarfood S.A., que fue la primera en acoger a nuestros usuarios con igualdad, al Diario La Estrella de Chiloé, Microempresa de Milcaos y todas aquellas que han confiado en nuestros usuarios. La mayor conclusión que los empresarios y nosotros mismos hemos percibido, es que las personas portadoras de trastorno psiquiátrico mayor son un aporte en el mundo del trabajo y a la sociedad toda. Así es como también en otros momentos hemos debido acudir a la empresa privada. Con objeto de enriquecer la alimentación de nuestros usuarios y respetar la variable cultural de nuestro contexto, solicitamos a TORALLA S.A., empresa de cultivo de choritos, nos donara algo de sus productos. Hace dos años que esta empresa nos dona cada 15 días 10 kilos de choritos de exportación para nuestros usuarios. En otra ocasión y producto de una situación compleja, debimos reequipar el H.D. Bueno, una vez más recurrimos a TORALLA S.A. Su dueño y el gerente general, Sr. Branco Papic, nos donaron el equipamiento completo del H.D., con un monto aproximado de \$2.000.000.- (living, escritorios, sillas, radio, utensilios de cocina, ollas). En la misma oportunidad la comunidad colaboró con la implementación y recibimos de comerciantes de la comuna balones de gas, juegos de salón, elementos deportivos, cocina y otros.

De esta forma hemos logrado armar una red de apoyo, probablemente diferente a la de otras ciudades, pero no por eso menos eficiente. No contamos con otros dispositivos de salud mental a la cual derivar a nuestros usuarios, no poseemos dispositivos residenciales de salud mental en donde puedan acoger a nuestros usuarios, sin embargo sí contamos con la comunidad para realizar todas estas tareas. Sentimos un logro el habernos transformado, sin

intención, muy intuitivamente, en la institución articuladora de una red de salud mental comunitaria, en la cual la comunidad al igual que los usuarios poseen el rol protagónico y el equipo del H.D. solamente el rol coordinador.

Ningún proceso está exento de dificultades, no ha sido fácil, sin embargo hemos tenido la orientación y la exigencia de nuestros usuarios de superarlas. Debemos agradecerles a ellos nuestra evolución y los logros obtenidos. Aún enfrentamos dificultades y resistencias para la reinserción, sin embargo la comunidad es mucho más abierta a acoger, de lo que muchos podamos imaginar. Aún debemos sostener numerosas reuniones con los directivos de las escuelas y liceos para reinsertar jóvenes en ellos, luego son calificados como capaces, hábiles y destacan por conductas de solidaridad y empatía. Aún debemos confeccionar extensos informes para ingresar a algún usuario rural o sin soporte familiar, en algún hogar residencial y garantizar nuestro apoyo en todo tipo de situaciones que los involucren, más tarde son reconocidos como colaboradores, atentos, proactivos y cálidos. Aún debemos solicitar en reiteradas ocasiones un cupo en el comercio formal para reinsertar laboralmente a algún usuario, luego son valorados como responsables, con iniciativa, cooperadores. Aún debemos buscar nuevas empresas privadas para reinsertar laboralmente usuarios, ya que en las ya poseen trabajadores egresados del H.D. la puerta está abierta. La reinserción de las personas portadoras de trastorno psiquiátrico mayor es un derecho.

### **Vidas por contar...**

Gabriela es una de nuestras usuarias, tiene 16 años, cursa este año 8° año básico en una escuela de la comuna de Castro. Al ingresar al H.D., no tenía posibilidades de continuar sus estudios, por razones económicas y familiares, la patología de la cual es portadora le dificultaba el logro de aquella meta que ella se había planteado. Solicitamos acogida en Internado de Monjas Filipenses, la acogieron, va a su casa los fines de semana, solicitamos materiales de estudio en el colegio, se realiza apoyo escolar en H.D., se intervino a la familia, la disfuncionalidad disminuyó, el padre logró estabilizarse en el trabajo, la usuaria realiza trabajos de artesanía en lana para costearse la movilización a la escuela y al H.D, una médico del Hospital de Castro

dona cada 2 meses los útiles de aseo exigidos en el internado. Gabriela decide en septiembre, con apoyo de orientación vocacional entregada por el H.D., que desea estudiar en un liceo técnico la carrera de técnico acuícola. Postula al prestigioso Instituto del Mar en la comuna de Chonchi. Gracias al 6.5 de promedio que alcanzó este año, a su conducta en la escuela y sus inagotables esfuerzos por superarse y ayudar a sus padres, fue aceptada en el Instituto del Mar con acceso a internado. Este liceo es de gran calidad, concurren jóvenes de toda la zona sur del país a estudiar allí. Esperamos que en 4 años más Gabriela sea Técnico Acuícola. TORALLA S.A. se ha comprometido con una plaza laboral para ella una vez que termine su carrera y además ser su lugar de práctica.

Luis, usuario de H.D., tiene 35 años, posee educación técnica incompleta. La patología de la cual es portador le impidió completar su educación. Posee experiencia laboral de junior en un hotel de la comuna. Hace 12 años que no logra encontrar trabajo. Hace 4 meses que trabaja en el Diario la Estrella de Chiloé, como suplementero exclusivo del Hospital de Castro y el Consultorio de Especialidades adosado al Hospital. Vende entre 100 y 120 diarios por día, rinde dineros ganados diariamente en las oficinas del diario. Trabaja aproximadamente 4 horas diarias y logra un ingreso mensual que varía entre los 100 y los 120 mil pesos. Está catalogado como el mejor suplementero de la comuna, las cifras lo avalan. Luis recorre cada servicio del Hospital de Castro, posee acceso a las salas. Sus clientes son los funcionarios del Hospital de Castro y Consultorio, profesionales, técnicos, médicos, pacientes y familiares de estos. Posee autorización de la Dirección del Hospital de Castro para realizar su trabajo. Necesitó sólo 20 días de acompañamiento al inicio de su trabajo. Los miembros del equipo nos turnábamos para acompañarlo a vender sus diarios y reforzar conductas adecuadas, también realizamos el entrenamiento en la rendición de cuentas. Luego de esos 20 días recibió supervisión en la rendición de cuentas por 10 días más. Al mes de estar trabajando logra realizar un trabajo de calidad solo. El personal del Hospital de Castro nos comenta que es uno más de ellos, que Luis entrega un servicio de calidad, que lo esperan cada día. El gerente del diario nos ha ofrecido más plazas de trabajo, gracias a Luis.

José, usuario de H.D., tiene 47 años. Es separado, una vez que se “enfermó” su familia se desvinculó de él. Fue buzo, patrón de lancha y pintor. Hace 20 años que no logra un trabajo estable, sólo “pololitos” en labores de campo.

En el H.D., conoce a Maruja, también usuaria y viuda, tiene una hija adolescente. Una vez que ambos egresan del H.D. deciden vivir juntos, se les apoya en la decisión, realizamos visitas domiciliarias y trabajo familiar. José se da cuenta que debe hacer un aporte económico importante al hogar. Comienza a buscar trabajo. Encuentra trabajo como pintor, se dedica a realizar trabajos por faenas, luego encuentra trabajo con un contratista en construcción habitacional, quién lo contrata a prueba. En la actualidad es el pintor oficial de esta empresa y nunca está sin trabajo, cumple con un horario, hace algo más de un año. Es reconocido como responsable, dedicado y valoran la calidad de su trabajo. Recibe ingreso mensual aproximado de 120 a 150 mil pesos. Aporta al hogar una parte sustancial del dinero necesario para la mantención de este y ha comenzado a ejercer el rol de padre con la hija de Maruja. Ella lo valora como un hombre bueno, respetuoso, cooperador en la casa. José antes de irse a trabajar pica leña y deja fuego hecho, para que su casa siempre esté calentita. Maruja lo espera con el almuerzo y la once lista, conversan, se acompañan.

Desde el punto de vista cultural, la patología mental, en Chiloé es aceptada, gracias al pensamiento mágico, como un evento vital que sólo se vuelve crítico toda vez que se hace imposible vivir con este miembro diferente, al interior de las familias. Más no por esto, el estigma de la enfermedad deja de caer sobre aquellos que la padecen, trayendo consigo la exclusión social.

Las personas portadoras de trastorno psiquiátrico mayor han sido aquí históricamente respetadas en su condición, pero jamás incluidas en el quehacer social o comunitario. Conviven cerca de los otros, no con los otros.

Con la llegada del H.D. se creó un espacio de acogida y rehabilitación para estas personas y hemos pretendido devolverles la dignidad que la sociedad les ha quitado, escudándose en la enfermedad como fundamento para la exclusión.

Actualmente los usuarios presentes y pasados de nuestra institución, luchan por sus derechos y ganan espacios de acción social de manera proactiva. Están agradecidos, muchas veces nos hemos preguntado por qué, si es lo que merecen.

Agradezco a nuestros usuarios por su empeño y alegría, al equipo de salud mental por su dedicación, creatividad, compromiso y buen humor, a los familiares por aceptarnos en sus vidas, a la comunidad por abrirnos sus puertas.

Chiloé es mi tierra querida, versa el himno de nuestra Isla Grande, nosotros a la luz de nuestra experiencia, repetimos con esperanza: Chiloé es nuestra tierra querida

## IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN LA XII REGIÓN DE MAGALLANES

PILAR MANSILLA VERA.

WILSON VERDUGO HUENUMÁN.

*Servicio Psiquiatría Punta Arenas*

**L**a región de Magallanes se ubica en el extremo sur de Chile, cuenta en la actualidad con poco más de 150.000 habitantes, la mayor densidad poblacional se encuentra en la ciudad Capital de Punta Arenas. Caracterizada por un clima agreste donde soplan fuertes vientos y la temperatura promedio se acerca a los 12°C, su gente se ha encargado de contrarrestar este frío clima con una calidez que es característica de este lugar del Mundo.

Este documento busca realizar una aproximación histórica respecto de la atención de las personas con algún problema de salud mental y psiquiatría, la antigua organización y funcionamiento de los dispositivos de atención, en contraste con la realidad actual. La información ha sido obtenida en base a entrevistas a los propios protagonistas de los hechos, es decir, a familiares de pacientes, a funcionarios del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Punta Arenas y a los propios pacientes.

En la actualidad, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Punta Arenas, en conjunto con la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Magallanes, orientan y dan las bases en el quehacer del tema de salud mental en la Región. Se encuentra articulada una Red de Salud Mental que incluye los tres niveles de atención y cuenta para ello con la mayoría de los dispositivos propuestos por el Plan Nacional de Salud Mental, entre otros: Hospital de Día, Centro Diurno, Unidad de Hospitalización de Corta Estadía inserta en Hospital Regional, Unidad de Desintoxicación, Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitario, Cosam, Empresa Social, Hogares Protegidos, Unidad de Psiquiatría Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria, y Equipos de Salud Mental en los Centros de Atención Primaria de Salud.

### *La Historia*

Pero esta realidad no siempre fue así, los cambios se han consolidado gradualmente. Cuentan que alrededor del año 1960 existía en el mismo lugar donde hoy se encuentra el Complejo de Salud Mental Miraflores un dispositivo asistencial a cargo de la Congregación Religiosa Hermanas de la Caridad. Este contaba con un vasto espacio donde los internos realizaban trabajo fundamentalmente agrícola. Era un lugar con buenas condiciones hoteleras, sin psiquiatra, en un concepto eminentemente asilar.

A la mayoría de los familiares les embargaba un sentimiento de vergüenza por tener un paciente con patología psiquiátrica al interior de su familia.

### *Primeros intentos de reforma:*

Posteriormente las Hermanas se retiraron y el Dispositivo pasó a ser administrado por el Servicio Nacional de Salud (SNS), se contó con la presencia de un psiquiatra, Dr. Andrés Gumucio, se incorporaron tres Terapeutas Ocupacionales y un Psicólogo y comenzó un trabajo de equipo. Durante este período se trabajó fuertemente en torno a la labor-terapia y actividades de socialización.

### *El retorno a la institucionalización:*

Con el advenimiento del Golpe Militar, o Pronunciamiento Militar o Quiebre de la Institucionalidad, como el lector prefiera, se produjo un claro estancamiento del proceso que se venía desarrollando. El Dr. Gumucio fue sustituido por el Dr. Jaime Valenzuela Belenguer, y el equipo se redujo a un psicólogo, un enfermero, un terapeuta ocupacional, un asistente social, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. Durante estos años coincidentemente se detuvo el proceso iniciado años atrás y nuevamente se implementó un lugar cerrado, con rejas, con violencia institucional y reducido contacto con los pacientes, limitándose casi exclusivamente a la entrega de los escasos fármacos con que se contaba.

Sin embargo existían esfuerzos por mejorar la calidad de la atención; la terapeuta ocupacional Cecilia Ursic y algunos paramédicos y auxiliares de servicio que comprendían la importancia de la actividad y recordaban los beneficios de esta en tiempos anteriores, trabajaban con algunos pacientes bajo la idea de mantener la socialización y estimular sus habilidades.

Las condiciones generales descritas por nuestros entrevistados grafican la forma de vida de aquellos años: “se encontraban en una condición muy asilar, en relativas condiciones de aislamiento social, habían rejas por dentro y fuera de las ventanas, contaban con recipientes para hacer sus necesidades dentro de las piezas, sin poder salir al baño en las noches. De sus piezas pasaban al comedor, también cerrado, los únicos utensilios eran cucharas y platos metálicos. Dos veces por semana los funcionarios los duchaban en una especie de fila, y se secaban todos con una misma toalla. Carecían de ropa propia por lo que usaban un buzo que decía “psiquiátrico”.

#### *El principio de los nuevos tiempos:*

En 1988 ocurrió un evento que marcó la historia de la psiquiatría de esta región. Un devastador incendio destruyó por completo las instalaciones del Hospital Psiquiátrico, en él fallecieron cuatro pacientes que se encontraban postrados. En medio de este panorama, los pacientes considerados más peligrosos fueron trasladados al actual Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barack y al Hospital Psiquiátrico de Putaendo, y se habilitó un espacio en el Hospital Geriátrico de Punta Arenas para la permanencia del resto de los pacientes. A raíz del mismo siniestro algunos pacientes salieron del recinto hacia la calle, con lo que se produjo una suerte de psicosis colectiva en la población. Los diarios titulaban: “*insanos peligrosos se fugan de hospital psiquiátrico*”, llegando a buscarlos incluso con la policía. Para muchos familiares, pacientes y funcionarios hoy este hecho es visto como una crisis que permitió la renovación y la oportunidad para realizar cambios profundos al sistema.

En el año 1990 se produjo una inundación producto de la crecida del principal río que cruza la ciudad de Punta Arenas. A raíz de este desastre natural se formó una comisión del Ministerio de Salud donde participaron Médicos, psicólogos, gente que trabajaba en alcoholismo, algunos médicos de Atención Primaria. El trabajo de esta comisión culminó en un documento denominado Proyecto de Salud mental de la XII región y que contó con el apoyo del Ministerio.

De allí surgió la posibilidad de que llegaran a la zona dos Médicos Psiquiatras, el Dr. Armando Larraguibel Christen y el Dr. Juan Vukusic Covacic quienes se integraron al equipo.

El Banco Mundial de Desarrollo había aprobado la construcción de un Centro Asistencial Ambulatorio en lugar del siniestrado antiguo Hospital. A la llegada de los nuevos psiquiatras este se encontraba listo para su construcción. El Dr. Juan Vukusic comenta: “el diseño original de este Centro Asistencial contaba con todo el mobiliario fijo al suelo a través de pernos, en el concepto de que estos elementos podían ser de riesgo y las ventanas estarían cubiertas por fuertes rejas. Estas medidas no eran cuestionadas en absoluto y se aceptaban como naturales y obvias”. Lejos de funcionar como un Centro Asistencial Ambulatorio, el nuevo edificio albergó a todos los antiguos pacientes crónicos, transformándose en un nuevo Hospital Psiquiátrico pero sin las condiciones extremas de seguridad propuestas inicialmente.

Durante los primeros años de este nuevo proceso de reforma, el servicio de Psiquiatría tuvo la posibilidad de contar con el aporte de 2 importantes psiquiatras: el Dr. Martín Cordero y el Dr. Douglas Benett. Los actores de este proceso recuerdan extensas jornadas de trabajo en que se realizaban asambleas con funcionarios, pacientes y familiares trabajando desde un principio en un sentido de integración.

De este proceso surgieron rápidamente la AFAPP, Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Psiquiátricos y el Club de Pacientes Psiquiátricos Agrupación Miraflores.

Se creó un Programa de Trabajo con objetivos y actividades cuyo documento original aún permanece en manos del Dr. Juan Vukusic. Este Programa tenía como objetivos prioritarios mejorar las condicio-

nes de hospitalización de los pacientes, mejorar la imagen de la psiquiatría y de los pacientes psicóticos y desarrollar un intenso trabajo con los consultorios de atención primaria. A junio de 1993, el programa registraba un 48 % de avance según la evaluación que de él reporta el Dr. Armando Larraguibel C. Simbólicamente se construyó un primer invernadero en los cimientos del hospital que había sucumbido al fuego.

Esta reforma es reconocida como un proceso gradual, con cambios lentos, las resistencias estaban a todo nivel: existían familiares temerosos de recibir nuevamente en su hogar al paciente; algunos funcionarios también se oponían, pasiva o activamente, puesto que muchas medidas les significaban una pérdida de poder, y mayor horizontalidad en las relaciones. Los pacientes comenzaron a exigir mayor respeto por sus derechos y quedaron al descubierto graves situaciones de abuso incluso sexual.

Es en este tenor donde aparece un recuerdo importante que aún permanece en la memoria de muchos Magallánicos. En el año 1995 el Servicio de Psiquiatría organizó un paseo a la cercana localidad de Río Verde, este no contó con la venia del Director del Servicio de Salud de turno. El paseo se realizó de todas formas pues se tomaron todas las providencias de manera de evitar cualquier incidente. Aquel hecho trajo como consecuencias tres hitos importantes: 1° el Médico jefe del Servicio de Psiquiatría (Dr. Juan Vukusic) fue sumariado y removido de su cargo, 2° gran parte de la comunidad se organizó en una marcha en apoyo al Médico y su equipo y... en tercer lugar, pacientes y familiares realizaron una *toma del Hospital Psiquiátrico* con lo que exigieron se revocara la medida. Estos actos no pasaron desapercibidos y finalmente el conflicto se resolvió a favor de quienes luchaban por la igualdad, la integración y la desestigmatización de las personas con patología psiquiátrica.

Otro factor de gran relevancia en este avance es la relación que se estableció con los medios de comunicación masiva, se abrieron también las puertas para ellos, de manera que tuvieran acceso a una realidad que hasta el momento les era ajena y desconocida, el tema captó la atención del público lo que contribuyó directamente a trabajar por la desestigmatización.

Como en todo proceso de desarrollo los recursos económicos suelen ser una piedra de tope, y en este lugar no fue la excepción, sin embargo, con el tiempo aumentaron los recursos y para el cambio de siglo se comenzaron a ver los frutos de este trabajo: el Hospital Psiquiátrico de Punta Arenas fue el primer Hospital a nivel nacional que cerró sus puertas, terminando con lo que se conoce como camas de pacientes crónicos, en sus instalaciones comenzó a funcionar el Hospital de Día, se creó el Centro Diurno de rehabilitación psicosocial, se redistribuyó la forma de ingresar los dineros y se construyeron Hogares Protegidos, se trasladó la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía al Hospital Regional de Punta Arenas, aumentó la dotación de recurso humano con un crecimiento exponencial que ha permitido aumentar la cobertura y la calidad del trabajo.

Se ha intensificado la relación con la atención primaria, los pacientes nuevos en general no se cronifican y los pacientes antiguos continúan recuperando habilidades.

La llegada de la Reforma Procesal Penal encontró al Servicio de Psiquiatría en una posición favorable. Esto permitió dar una certera respuesta a los casos de personas que se encuentran imputadas y que requieren de atención psiquiátrica. Para ello, el Servicio cuenta con una unidad al interior del Complejo penitenciario denominada Unidad de Psiquiatría Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria, la cual facilita en gran medida los procesos diagnósticos y terapéuticos de los internos.

Anualmente la ciudad de Punta Arenas realiza el “*Carnaval de Invierno*”, fiesta popular y masiva con la cual se celebra el aniversario de la ciudad. Desde el año 1996, el Club de Pacientes Psiquiátricos Agrupación Miraflores, en forma ininterrumpida, se ha hecho presente en esta actividad captando el cariño y la atención del público. Otro ejemplo de integración que permite lucir orgullosos premios a sus integrantes.

Concientes de la importancia del trabajo para las personas, la Unidad de Rehabilitación del Servicio cuenta con una Empresa protegida en vías de transformarse en una Empresa Social. Los productos que allí se obtienen lucen un logotipo que invita a consumir dichos alimentos con el fin de ayudar a la rehabilitación de las personas con

discapacidad de causa psíquica y son entregados a grandes cadenas de supermercados. El diario regional, en forma gratuita, da a conocer la publicidad de la “*Granja Miraflores*”.

### *Las tareas para el futuro*

Como todo equipo que se renueva y donde llegan nuevos integrantes, se respira en este lugar una mística de trabajo que invita a plantearse nuevos desafíos y tareas, dentro de estas están:

- Lograr una mayor integración entre los distintos dispositivos
- Consolidar la Unidad de Desintoxicación que se inauguró a fines del año 2004
- Reforzar con mayor fuerza aún la atención en el nivel primario
- Reforzar las hospitalizaciones domiciliarias y el trabajo con las familias en el hogar
- Profundizar el trabajo con la comunidad
- Mejorar aún más la calidad y cantidad de tiempo en los procesos de los usuarios
- Continuar capacitando el Recurso humano
- Mayor dedicación para observar aún más los propios procesos
- Consolidar la certeza de los recursos

El Dr. Vukusic comenta: “hemos trabajado hartito, con un poco de suerte, con un equipo espectacular de gente que guarda una mística, con gente que se ha ido incorporando con muchas capacidades y ganas de trabajar. Nuestra meta es estar aún más cerca de la comunidad pues en ella descubriremos muchas cosas nuevas y aprenderemos de su propia experiencia”.

Como podemos ver, el trabajo de este equipo ha sido indudablemente exitoso, a veces con altos costos, sin embargo, ha sido posible consolidar una forma de atención cercana a la gente, seria y

responsable, y sobre todo con la convicción de que la atención de salud mental y psiquiatría debe hacerse para, por y con la comunidad.

Para los autores de este artículo constituye un gran honor ser parte de este equipo, simplemente nos queda agradecer la oportunidad de estar desarrollándonos en este lugar, al extremo sur del mundo, e intentamos rescatar parte de esta valiosa historia con el fin de resaltar el trabajo que aquí se ha hecho.

# ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS COTIDIANOS UNA HISTORIA DE LA CORPORACIÓN BRESKY

ANTONIO ARAYA GATICA  
*Corporación Carlos Bresky*

## Resumen

**S**e describe el contexto del quehacer de la Corporación Bresky, líneas de acción, vínculos con que cuenta; se nombran algunos hitos de participación y trabajo conjunto con el Estado, colaboraciones y logros compartidos en el tiempo. Se propone una serie de acciones, resultado de las conversaciones sostenidas en talleres realizados sobre derechos cotidianos en salud mental, como un mapa mínimo para construir ciudadanía.

## Contexto

La Corporación Bresky nace en Valparaíso en 1980, como iniciativa de un grupo de profesionales, familiares y personas en tratamiento médico; sale a poco andar de las dependencias psiquiátricas, constituyéndose en la primera organización extra-hospitalaria destinada a la rehabilitación psicosocial en el país. Se instala en el Centro de la ciudad hasta el terremoto de 1985. En 1990 toma cuerpo el Centro Diurno de Salud Mental como se conoce actualmente, reacondicionando algunas dependencias del abandonado Hospital de Niños de Valparaíso. En este año se logra un convenio con el Estado, gracias al apoyo de Don Alfredo Pemjean.

En 1995 se implementan los primeros proyectos con el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo y con el Fondo Nacional para la Discapacidad. En 1996 se implementa un convenio con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y se inaugura la segunda sede de la Corporación, en la ciudad de Peña Blanca, en Villa Alemana. En 2002 la Corporación obtiene el reconocimiento de la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza y se despliega una segunda iniciativa destinada al fortalecimiento de una emergente red de innovación en

salud mental. Actualmente la Corporación Bresky se esfuerza en consolidar su Empresa Social: Cerámica, Vitrofundición y Orfebrería.

A través del tiempo, esta Institución ha logrado constituirse como un espacio de acompañamiento especializado, implementando un conjunto de iniciativas que favorecen la recuperación progresiva de las personas, definidas como discapacitadas mentales por causa psíquica y sus familiares directos.

Se incorpora el marco semántico de las personas y familias involucradas. Esto significa operar desde las creencias, visiones, explicaciones y sentidos que las personas traen. El estilo interactivo favorece la acción concreta y la observación de cambios. Se concentra en la mejoría y se establecen acuerdos y alianzas, atendiendo siempre al comportamiento. En este sentido, la conducta y la imagen es lo que se busca mejorar.

Se acuerdan metas comunes con las personas involucradas e interesadas en mejorar. Se incluye por lo general en las primeras etapas, un ajuste de expectativas respecto al futuro. Quien suscribe, sostiene la creencia de que las personas participantes, con y sin diagnósticos, desde sus distintas posiciones, forman parte en la transformación colectiva de significados, asociados a la idea de que la mejoría es algo inevitable, y que en la interacción con otros todos mejoran, participantes, familiares, equipos, estudiantes, voluntarios.

### **Líneas de Acción**

1. **Centros Diurnos de Salud Mental**, programa de rehabilitación integral.
2. **Empresa Social**, pasos hacia la creación de fuentes de trabajo.
3. **Hogares Protegidos**, coordinación, administración y acompañamiento.
4. **Club de Integración**, espacio para personas con y sin diagnóstico, y para ex participantes.
5. **Comunidad de Aprendizaje**, trabajo con estudiantes de diversas carreras universitarias.
6. **Difusión Comunitaria**, en radio y periódicos de la zona.
7. **Vínculos y Redes**, movilización de recursos con fines sociales.

## Hitos de Trabajo Conjunto con el Estado

Durante 1994 y 1996 la Corporación participó en la elaboración de normas técnicas para la administración de Centros Diurnos de Salud Mental, Hogares Protegidos y Talleres Protegidos.

En 1996 se propusieron una serie de modificaciones a la ley de la discapacidad. Se incorporó la distinción entre discapacidad mental por causa intelectual y la discapacidad mental por causa psíquica.

Entre 1998 y 1999 la Corporación Bresky, ANAFADIS, CORFAUSAM y otras organizaciones, junto a la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, reconstruyeron historias y se develó la importancia de las organizaciones de la sociedad civil al preceder la actual reforma en marcha del plan nacional de salud mental.

Premio Innovación en Ciudadanía, Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile. Otorgado en 2002 por la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, este reconocimiento ha permitido ampliar la mirada, abrir el espectro de participación y generar nuevas perspectivas de integración. Complementariamente, se ha sistematizado la experiencia y vinculado a organizaciones amigas proponiendo un trabajo en redes. Estas acciones han sido altamente valoradas, destacándose el avance y articulación de organizaciones de familiares y personas con discapacidad.

## Perspectiva de Trabajo en Redes Sociales

La Corporación Bresky busca vincular entre sí a personas en rehabilitación con familiares, amistades, profesionales y voluntarios. Individuos antes aislados y reclusos en sus casas, hogares protegidos u hospitales, con organizaciones o iniciativas sociales y culturales “*del mundo exterior*”.

Dentro de los aspectos favorables de esta forma de operar, se encuentra el hecho de que se generan conexiones entre personas diversas, de “*distintos mundos*”, en un espacio común. Así se accede a recursos disponibles en círculos sociales distantes, se logra diversificar, rotar, reafirmar una visión estratégica que potencia el “*capital social*” de la institución.

Algunos desafíos que enfrenta el trabajo en redes, son superar las estrategias de competencia, el riesgo de redundancia, la intervención limitada a un pequeño grupo, y algunos vínculos fuertes y desfavorables para personas con escasas oportunidades.

Actualmente, se mantienen vínculos con:

Oficina de Intermediación Laboral FONADIS Quinta Región, Servicios de Salud de Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota, Servicio Nacional de Capacitación y Empleo SENCE, Fondo de Asistencia Social FOSIS.

U. de Playa Ancha, U. Católica de Valparaíso, U. de Valparaíso, U. de Viña del Mar, U. Del Mar, U. Andrés Bello, U. Arcis Valparaíso.

Empresa Tres Montes, Oikos Impresos, VTR.

Asociación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental ANUSSAM, Corporación Renacer, Corporación Tukuypaj, Organización Funcional Comunitaria Casa Club, Taller de Acción Comunitaria TAC Cordillera, Radio Stella Maris, Diario El Mercurio, Semanario El Alba.

Consejo de Desarrollo Local H.D.S. Consejos Locales de la Discapacidad, System International Training USA, Teatro Municipal de Viña, Conservatorio de Música UCV.

## **Aprendizajes**

Resultado del trabajo en Taller de Actualización de Derechos:

1. Respetar las condiciones culturales, ideológicas y religiosas de las personas
2. Comenzar la rehabilitación lo antes posible
3. Ser atendido en la comunidad en la que se vive
4. Regresar a la comunidad lo antes posible
5. No aislar ni alejar a las personas de sus familiares
6. Si no es posible la convivencia familiar, ubicar a las personas en un hogar protegido
7. Aprender y educar a otras personas acerca de la rehabilitación
8. Conversar y escribir las propias experiencias

9. Conocer los derechos legales y civiles
10. Mejorar la imagen de las personas en rehabilitación en los medios
11. Oponerse por escrito a los estereotipos negativos en los medios
12. Oponerse a los estereotipos negativos. Corregir los malentendidos
13. Mantener una postura cooperativa, considerando la idea de recuperación que sustenta la familia
14. Demandar de los servicios de salud un trato adecuado y digno para cada persona.

### **Innovación ciudadana**

Los vínculos que se recrean buscan avanzar en los procesos de recuperación de los participantes. Aunque los manuales diagnósticos predicen que la recuperación es casi imposible, que las personas diagnosticadas que deben esperar menos de la vida, la Corporación se propone superar los obstáculos que obstruyen el proceso natural de auto recuperación.

Lamentablemente, aún se percibe la salud mental como enfermedad mental, como una dolencia que dura toda la vida y que no tiene cura. Sin embargo, desde hace ya tres décadas, cada vez más estudios confirman que las personas que sufren afecciones graves y “crónicas” de depresión, ansiedad, cambios de humor, delirios o alucinaciones, pueden recuperarse de estas afecciones con la ayuda de gente que les preste apoyo. Se entiende la recuperación como la capacidad de trabajar o estudiar, vivir en forma autónoma y conservar las relaciones sociales sin padecer síntomas.

En este sentido, la Corporación difunde la idea de que las personas que padecen enfermedades mentales y están bajo tratamiento farmacológico y en rehabilitación psicosocial, no necesariamente son personas peligrosas. El trato y la imagen que ofrecen los medios de comunicación hacia las personas en problemas psiquiátricos son aberrantes. Como mediatizadores de opinión y gestores de agenda pública, tienen un importante papel a la hora de des-estigmatizar la salud mental. Es demasiado frecuente que los medios no den un trato adecuado a las personas e impongan noticias sensacionalistas, con graves errores que confunden a la opinión pública.

En un mundo dominado por intereses económicos, la sociedad civil movilizada en organizaciones no gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro, organizaciones comunitarias funcionales, corporaciones, fundaciones, contribuyen a llenar un vacío que no sería cubierto de no actuar estas organizaciones. La administración pública no puede crear a voluntad nuevos actores sociales.

Un diagnóstico de dolencia mental grave y persistente no significa -necesariamente- que sea para siempre. Si la persona y su familia cree que se puede mejorar, si alguien está dispuesto a ayudarla, si comienza tempranamente la rehabilitación, y si cuenta con medicamentos económicamente accesibles, el pronóstico puede ser muy favorable. La recuperación no sólo es posible, actualmente se está convirtiendo en algo muy popular.

## TRANSICIÓN A MODELOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIOS

ALDO PASTORE HERRERA, MARTA NAVARRO PIZARRO,  
SOLANGE FUENTES ENRÍQUEZ, RODRIGO LAGOS FUENTES, SERGIO CHACÓN ARMIJO.  
*Fundación Rostros Nuevos*

### Introducción

**E**l presente documento da cuenta de un proceso de transformación profundo que se ha llevado a cabo en la Fundación Rostros Nuevos. Esta transformación, se refiere a la integración sistemática de nuevas miradas y prácticas, que promueven el desarrollo en ambientes comunitarios, de las personas que se encuentran en situación de exclusión social debido a su vida en pobreza y a la presencia de alguna enfermedad o retraso en sus capacidades psíquicas y/o mentales.

Este proceso esta siendo una interesante transición, desde una forma de operar exclusivamente asistencial a una manera de trabajar que, a partir de la asistencia, desarrolla actividades que conciben a las personas que participan en los programas, como sujetos de derecho, como ciudadanos que requieren retomar y/o reconstruir un proyecto de vida significativo.

Por lo anterior, hemos llegado al convencimiento, y además así lo indican las evidencias empíricas, que este cambio contribuye significativamente al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que participan en nuestros programas y de este modo, sentimos que estamos aportando a crear una sociedad más justa, donde las diferencias sean motivación para la integración y no pretextos para la exclusión de algunos ciudadanos en la vida de sus respectivas comunidades.

## **Antecedentes**

Los orígenes de nuestra Fundación se remontan a principios de los 90, cuando en el Área de Hospederías del Hogar de Cristo se idea una solución para aquellos hospedados que acudían a alojarse y permanecían más tiempo de lo habitual, debido a que presentaban menores niveles de autonomía, determinado fundamentalmente por la presencia de enfermedad mental.

Así es como se crea, en 1991, el primer hogar de larga estadía para estas personas, el Hogar San Ignacio de Loyola, ubicado en la comuna de Conchalí. Al poco tiempo, viendo que la magnitud del fenómeno era mucho mayor, se crea, en la comuna de Recoleta, el Hogar San Francisco Javier.

A mediados de la década del 90, con el impulso de Rodrigo Zaldivar, voluntario del Hogar de Cristo en ese entonces, se promueve la creación de una fundación que se dedique exclusivamente a esta población en situación de exclusión. A partir de esta iniciativa, en febrero de 1996 y al tiempo que se creaba un tercer hogar, nace la fundación Rostros Nuevos.

Estas alternativas residenciales fijan una nueva dependencia para una población objetivo particular, de alta vulnerabilidad, en situación de pobreza pero además con discapacidad psíquica y mental. Sin embargo, las intervenciones enfatizaban aspectos como acogida, cuidados básicos, alimentación y abrigo, pero carecían del necesario nivel de especialización, en el mejor de los casos incluían el diseño de procesos de rehabilitación individuales, acotados al contexto residencial.

El surgimiento de la Fundación en el año 1996 marca el inicio de un proceso de creciente especialización en los temas de salud mental para el abordaje de esta población.

## **Cambios en las modalidades de atención**

La modalidad de intervención desarrollada a partir de los dispositivos residenciales de la Fundación, genera a su vez nuevas problemáticas en el trabajo con los usuarios, en la medida que se tiende a consolidar como modelo asilar que reproduce el problema de la insti-

tucionalización del usuario, aumentando en muchos casos los síntomas negativos de su patología y por ende su nivel de discapacidad.

Frente a esta realidad, se genera al interior de la fundación un proceso de reflexión acerca del horizonte de rehabilitación de los usuarios, limitado estructuralmente por el mismo modelo de intervención. Este proceso deviene en profundos cambios en la gestión y administración de recursos institucionales, sin estar exento de tensiones, decantan en la incorporación de nuevos criterios para el trabajo de los equipos de rehabilitación como son la profesionalización creciente, la incorporación de enfoques multidisciplinarios y la reconversión de recursos humanos y materiales.

Es necesario destacar que este proceso de reflexión interno que surge a partir de 2001 se apoya y fundamenta además en orientaciones políticas, éticas, teóricas y metodológicas globales como son el Plan Nacional de Salud Mental y las normas y recomendaciones de Naciones Unidas y la OMS para el tratamiento de personas con discapacidad.

La idea es entonces promover en los nuevos enfoques la atención personalizada y flexible, que promueva la autonomía y el ejercicio de roles sociales en los usuarios vinculados con la comunidad, afectando positivamente la calidad de vida de los usuarios y la satisfacción en los equipos de trabajo. Los modelos propuestos deberían tender también a la replicabilidad y sustentabilidad de los mismos.

En la actualidad diversos modelos de programas ofrecen un conjunto de orientaciones para la rehabilitación en la comunidad. Como ejemplo, los programas comunitarios desarrollados desde los hospitales. Estos tienen el propósito de facilitar la transición del paciente desde la institución hasta la comunidad a través de una serie de pasos graduales (Centros Diurnos y Hospital de Día).

Otro tipo de programa es el centrado en las habilidades sociales, a través de clubes psicosociales, grupos de autoayuda, etc. Capacitan al individuo con discapacidad en mejorar sus habilidades sociales y de esta manera favorecer la vida en la comunidad y la obtención de un empleo.

Los programas centrados en el trabajo son aquellos orientados a que las personas adquieran un rol vocacional valorizado y a través de

él obtengan la satisfacción que otros miembros de la sociedad sienten con su trabajo. Ejemplo de estos programas serían los centros de rehabilitación con albergue, los modelos de empleo transicional y los lugares de trabajo protegido.

Existe un cuarto modelo de programas comunitarios, que son los programas centrados en la vivienda y el cuidado personal. Estos están diseñados para proporcionar grados diversos de apoyo de acuerdo con las capacidades que presentan las personas. Estos programas están orientados hacia aquellas personas que producto de su discapacidad, necesitan apoyo para vivir en la comunidad. La idea es que estos programas se combinen con otros que faciliten la adquisición progresiva de habilidades para la vida en comunidad de tal forma que el apoyo sea decreciente en su intensidad y en el tiempo.

De las anteriores definiciones y de las necesidades específicas que presenta la población que atiende la Fundación es que surgen los Programas de Apoyo Comunitario (PAC), el Programa de Apoyo Familiar (PAFAM) y el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), los cuales integran un conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la inserción, permanencia y participación activa en la vida social, de personas con discapacidad psíquica y mental, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de la vida cotidiana, como vivienda, manutención, cuidados básicos y el establecimiento de relaciones interpersonales significativas, en ambientes normalizados y lo menos restrictivos posible. Estos programas combinan dos énfasis principales como son la alternativa residencial y la adquisición de habilidades sociales, toda vez que en contextos urbanos ambos aspectos son centrales a la hora de planificar un proceso de rehabilitación.

### **Nuevas formas de operar: PAC, CRL, PAFAM.**

Los modelos que comienzan a desarrollarse en la Fundación corresponden a los programas de Apoyo Comunitario que son dos; uno ubicado en la comuna de Conchalí denominado San Ignacio de Loyola y otro llamado San Pedro Claver, ubicado en Estación Central éste último, correspondía al Programa de Salud Mental del Hogar de Cristo, de cuyo modelo se tomaron algunos elementos que sirvieron de base para el desarrollo del PAC San Ignacio de Loyola. Otros progra-

mas con orientación comunitaria son el Centro de Rehabilitación Laboral y el Programa de Apoyo Familiar.

Los Programas de Apoyo Comunitario San Ignacio y San Pedro, si bien se basan en el mismo modelo y con estrategias de intervención similares han experimentado procesos distintos; las circunstancias en la conformación de cada uno de ellos responden a momentos y poblaciones con características diferentes.

La población que atiende el PAC San Ignacio de Loyola proviene en su mayoría de un Hogar de larga de estadía, por lo tanto, la instalación de los usuarios en la comunidad y el diseño de los procesos de rehabilitación individuales han tenido énfasis en el enfoque de la desinstitucionalización, mientras que la población que atiende el PAC San Pedro Claver corresponde a usuarios que en su mayoría residen en las Hospederías del Hogar de Cristo, por lo que el proceso ha estado marcado por el énfasis en la estructuración mínima requerida para el funcionamiento en la comunidad.

Sin embargo, como modelos de intervención, ambos programas convergen en una línea de acción común tendiente a la inserción social y laboral. En este sentido, el Centro de Rehabilitación Laboral contribuye de manera significativa al ejercicio del rol del usuario que favorece la vinculación en la comunidad.

Metodológicamente, el diseño de los programas se basó en la matriz del marco lógico, lo que permitió por un lado definir su estructura por componentes y a la vez determinar las áreas de especialización y los niveles de responsabilidad respectivos. Es así como en el caso de los PAC el objetivo de fin consiste en lograr que las personas con discapacidad psíquica y/o mental en condición de extrema pobreza se integren socialmente, mientras que a nivel de objetivo de propósito lo que se busca es la integración en la comunidad. Esta integración se lograría a través de distintos servicios o apoyos específicos diferenciados que operarían coordinadamente y que corresponden a los cinco componentes del diseño del programa. A continuación se enuncian estos componentes y se describen las principales actividades asociadas a su ejecución:

1. Alternativa Residencial: a través de éste, se busca brindar alternativas residenciales a los usuarios que lo requieran, de manera

- de favorecer a una mejor calidad de vida e inserción en la comunidad. Las alternativas que ofrece el programa son Residencia Familiar, Hogar Protegido, Vida Independiente. Algunas de las actividades son supervisión de tareas básicas, compras, turnos de cocina, aseo, lavado de ropa, entrenamiento de uso de artefactos electrodomésticos, coordinación y supervisión del aporte individual del usuario.
2. **Orientación y Atención Clínica:** consiste en la entrega de orientación y atención psiquiátrica y psicológica a los usuarios que participen del programa. Las principales actividades son evaluaciones psiquiátricas, evaluaciones psicodiagnósticas, controles, derivaciones a los respectivos servicios de salud, indicaciones de tratamiento farmacológico, orientación y talleres psicoeducativos.
  3. **Asesoría y Orientación en Terapia Ocupacional:** se refiere a toda intervención que requieren los usuarios que les permita mejorar, mantener y aumentar sus niveles de independencia y autonomía en las AVD con el fin de mantener una rutina diaria. Las actividades son, evaluaciones en AVD, intereses, hábitos laborales, habilidades sociales, estructuración de la rutina diaria y talleres psicoeducativos.
  4. **Vinculación y Participación Familiar:** pretende vincular al usuario con su familia, de manera de reestablecer lazos afectivos tan importantes que les permita contar con mayores herramientas para su integración social. Además se busca potenciar a los familiares para que se organicen como sujetos activos al interior de la red social. Las actividades principales son; entrevistas, visitas domiciliarias, diagnóstico familiar, gestión en contactos familiares e intervención familiar en el manejo con el usuario.
  5. **Vinculación Comunitaria:** busca favorecer la vinculación de los usuarios con la comunidad a través de información y utilización de redes sociales existentes, las actividades principales son inserción en red de salud pública, acceso a subsidios monetarios, educación, capacitación, beneficios sociales y coordinación con instituciones.

Los componentes se desarrollan a través de áreas de especialización y niveles de responsabilidad que a su vez están determinadas por quienes constituyen el equipo de rehabilitación psicosocial, por ejemplo; el componente residencial es de responsabilidad de los tutores que son los encargados de la administración de casos y de la administración de las alternativas residenciales; el componente de orientación y terapia ocupacional es de responsabilidad del Terapeuta Ocupacional, etc.

Es necesario señalar que esta separación opera sólo a nivel de diseño para efectos de flexibilizar las intervenciones y evaluarlas de mejor manera, pero todas las áreas operan en función de objetivos complementarios previamente fijados en el análisis de casos, con la información que cada área pueda proporcionar.

Parte importante del desarrollo de las personas que son usuarios de los PAC, está marcado por el surgimiento de una unidad especializada en el tema laboral, el Centro de Rehabilitación Laboral, que ha hecho una diferencia notoria en el ejercicio de las habilidades y el rol laboral por parte de los usuarios.

Si bien el CRL surge en el año 1997, dentro del contexto de los hogares de larga estadía, su labor en ese momento se limitaba a desarrollar planes de acción tendientes a satisfacer la necesidad laboral de los usuarios de éstas, principalmente a través de dos talleres, uno de costura y otro de aseo en los mismos hogares.

No es sino hasta el año 2000 que se conforma el Centro de Rehabilitación Laboral como un programa independiente, fusionando la oferta de talleres existente y contando con un equipo propio.

En agosto del 2003, al producirse la reconversión del Hogar San Ignacio a un PAC, las dependencias de este hogar quedan disponibles y el CRL se traslada a éstas, al mismo tiempo que se produce el traspaso de talleres que anteriormente pertenecían a otro programa de la fundación creándose además una sede del CRL en Estación Central, adjunta a las instalaciones del Programa de Apoyo Comunitario San Pedro Claver.

Este cambio, junto con implicar una ampliación de la cobertura del CRL y una diversificación de su oferta, busca dar respuesta al surgimiento de nuevas necesidades en los usuarios, relacionadas con

el desempeño de roles que implica la integración en la comunidad. Así mismo, representa la oportunidad para dinamizar la estructura de la organización a través de la metodología de marco lógico, con el objetivo de propósito de “lograr que las personas con discapacidad psíquica y/o mental en situación de pobreza, cuenten con espacios donde ejercer un rol laboral”. La intervención se realiza a través de 3 componentes:

1. **Motivación:** busca disminuir los síntomas negativos de la patología que afectan el desempeño laboral a través del manejo de un entorno grato, monitoreo de tratamientos y síntomas, incentivos monetarios, refuerzos positivos y actividades recreativas extra-laborales.
2. **Capacitación:** busca otorgar herramientas necesarias para un mejor desempeño laboral, a través del entrenamiento y/o formación de hábitos laborales básicos y competitivos.
3. **Oportunidades:** busca generar y mantener oportunidades de trabajo a través de distintas modalidades.

De la interacción de estos tres componentes se desprenden objetivos específicos para cada usuario de acuerdo a su proceso; ofreciendo distintas alternativas como permanencia en el taller, colocaciones externas, brigadas móviles de prestaciones de servicio o apoyo para el autoempleo.

Por último, luego de un estudio que caracterizó la demanda de atención a la fundación Rostros Nuevos y que estableció que gran parte de esa demanda era de familias que veían en la internación de su pariente con discapacidad, la única solución a sus problemas familiares, se diseñó un programa orientado a apoyar a estas familias, de manera que se evitara la internación y por ende la desvinculación que habitualmente sigue a ésta. Nos referimos al Programa de Apoyo Familiar, el cual tiene como propósito “Promover la integración de la persona con discapacidad con su grupo familiar y /o en la comunidad con el fin de evitar la internación innecesaria”, enmarcado en el fin de “Mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad y su grupo familiar”.

Este programa, con un equipo conformado por un Asistente Social, una Psicóloga y dos Técnicos Sociales, con una cobertura máxima de 60 familias, desarrolla su trabajo estructurado en 4 componentes, que son complementarios entre sí:

1. Apoyo material y/o económico a la persona con discapacidad y su grupo familiar
2. Mejoramiento de las redes familiares
3. Orientación de redes sociales de apoyo
4. Psicoeducación a la familia

El Programa de Apoyo Familiar, da cuenta de una nueva dirección en el desarrollo de la acción social de nuestra institución, en la medida que se ha decidido intervenir previniendo la desvinculación familiar de personas en situación de vulnerabilidad social.

### **Reflexión final**

A modo de cierre queremos enunciar algunas ideas y datos que nos interesa relevar:

- Rescatamos en nuestra acción social, el diseño de una modalidad de intervención orientada a una población altamente vulnerable (situación de extrema pobreza y discapacidad psíquica y mental), con una diversidad de diagnósticos.
- Valoramos el proceso de análisis y reflexión permanente al interior de la institución que ha permitido adecuarse a las necesidades de los usuarios cada vez más complejas y diversas, generando procesos de cambio en las alternativas de intervención.
- El estudio de calidad de vida y ejercicio de roles sociales realizado por la Fundación entre noviembre 2003 y marzo de 2004 refleja una mejor calidad de vida, así como un creciente ejercicio de roles sociales en usuarios de los programas de apoyo comunitario que participan en el CRL en relación a los que viven en hogares de larga estadía.

- La profesionalización de los equipos, ha permitido realizar intervenciones cada vez más especializadas y específicas, logrando un abordaje más integral del usuario.
- Es necesario que el Estado promueva y favorezca el desarrollo de modelos con énfasis comunitario en todos los aspectos que una intervención integral supone, desde los servicios básicos de protección social hasta las oportunidades para el desempeño de roles sociales de las personas con discapacidad, en tanto ciudadanos en el ejercicio de sus derechos.

Es fundamental contar con un marco legal que dé continuidad programática y presupuestaria a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

## HOSPEDERÍA DIFERENCIADA DE MUJERES: PROGRAMA DE SEGUIMIENTO COMUNITARIO

ANA MARÍA HERMOSILLA SALINAS  
*Hogar de Cristo*

### Hospedería Diferenciada, Fundación Hogar de Cristo

**L**a Hospedería Diferenciada nace en noviembre del año 2002 con el propósito de cubrir la demanda requerida por la Hospedería de Mujeres-Hogar de Cristo frente al abordaje de las personas que desde los síquiátrico presentan como condición mórbida primaria una discapacidad síquica y/o mental y desde lo social diagnósticos relacionados con abandono social, desvinculación y abandono familiar entre otros.

Es en este contexto que la Hospedería Diferenciada pasa a ser un dispositivo de transición a la comunidad que *“Promueva la reinserción social de las usuarias en la Red de Atención Pública de Salud (Consultorios, Hospitales), Centros de Rehabilitación Sicosocial, ingreso a Hogares Protegidos y de Ancianos, hacia su hogar de origen, en vida independiente o en arriendos junto a sus parejas”*.

### Estrategias de Intervención

La Hospedería Diferenciada da énfasis en la “integralidad y autonomía” de nuestra población, abordándolas desde diversas disciplinas mediante un Modelo Holístico de intervención.

- Desde la Siquiatría y la Salud la compensación, mantención y prevención de su cuadro sicopatológico
- Trabajo Social facilitarles el acceso a instancias que las salvaguarden socialmente (pensiones, inserción en la red social) y

llevar a cabo en conjunto con la usuaria y su grupo familiar un proceso de revinculación familiar.

- Terapia Ocupacional se abordan temáticas relacionadas con habilidades sociales, de autocuidado, instrumentales

Características personales de nuestras usuarias....

Nuestra población beneficiaria presenta las siguientes características personales:

- Mujeres mayores de 18 años de edad, embarazadas, con o sin hijos menores de 6 años.
- Presencia de discapacidad síquica y/o mental de alta complejidad como condición mórbida primaria, asociada en algunas ocasiones a consumo de alcohol y/o drogas (patologías duales).
- Sin conductas disruptivas o en estado de agitación evidente.
- Mujer en situación de abandono social o desvinculación familiar.
- Bajo nivel de escolaridad (EBI o analfabetismo por desuso).
- Repertorio de habilidades laborales limitado.
- Escaso nivel de habilidades básicas de la vida diaria, sociales e instrumentales.
- Disminuida *causalidad personal*.

Programa de Seguimiento Comunitario Hospedería Diferenciada.

Con el fin de promover la reinserción comunitaria y evitar el fenómeno de puerta giratoria (reingresos al área hospedería) en nuestra área y en específico Hospedería Diferenciada se elabora el *Programa de Seguimiento Comunitario* donde trabajamos directamente en la comunidad con las usuarias, sus familias de origen y dando uso a las redes sociales disponibles.

Para la ejecución del Programa de Seguimiento Comunitario interactúan diversos actores que facilitan este proceso de reinserción social, nos referimos al Equipo de Salud Mental (ESM) compuesto por:

- Médico Psiquiatra
- Trabajadora Social
- Terapeuta Ocupacional
- Enfermera
- Trabajadora Social en Formación Profesional
- Técnicos Paramédicos
- Monitores Sociales

Es necesario aclarar que este ESM comparte jornada en otras unidades de nuestra Fundación por ejemplo:

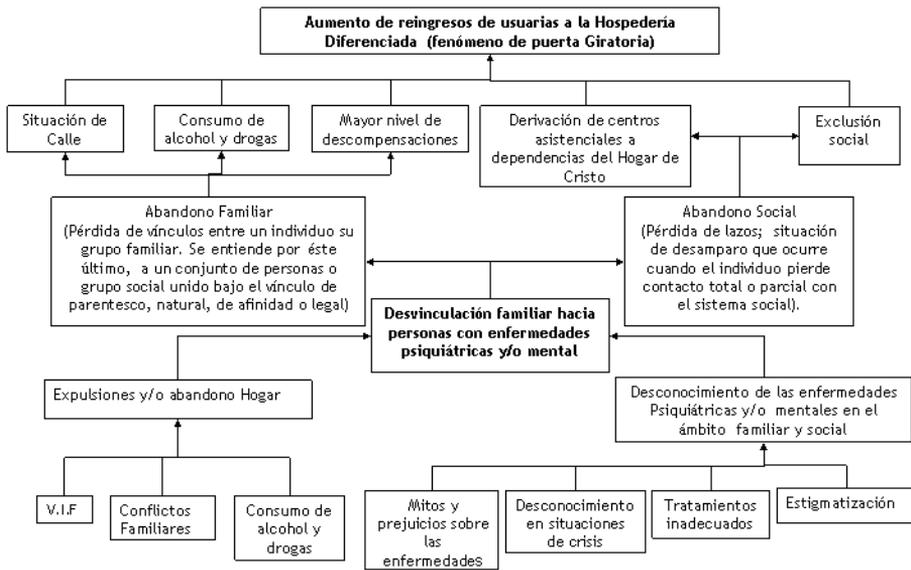
Psiquiatra atiende a los casos más graves al interior de Hospedería Diferenciada teniendo una jornada de tres horas semanales en nuestra Unidad

Enfermera es parte del Equipo permanente del Policlínico Chorrillos - Hogar Cristo

Terapeuta Ocupacional ejerce como Jefa de Unidad de la Hospedería Diferenciada, asume algunos casos en la hospedería y apoya en este programa

Trabajadora Social, Técnicos Paramédicos y Monitores Sociales comparten jornada en la Hospedería Diferenciada.

A continuación se presenta el siguiente esquema que permite visualizar el fenómeno de la Puerta Giratoria y algunas causas que pueden llevar a una persona a vivir en situación de calle:



## Objetivos Programa de Seguimiento Comunitario

*Se han trazado los siguientes objetivos para llevar a cabo el Programa de Seguimiento Comunitario:*

Objetivo general:

Apoyar y promover la reinserción comunitaria de usuarias egresadas de la hospedería diferenciada, mediante estrategias que favorezcan el desarrollo de habilidades sociales e instrumentales para mejorar su calidad de vida.

### Objetivos específicos:

- Involucrar a las usuarias y sus familias en el tratamiento de las enfermedades psíquicas y mentales de manera que logren un mayor protagonismo y adherencia a éstos.
- Promover en las familias de las usuarias el desarrollo de habilidades que permitan estrechar vínculos, mejorando así las relaciones interpersonales dentro del grupo familiar.
- Favorecer el desarrollo de habilidades para el manejo conductual adecuado de éstas, en situaciones de crisis y en sus relaciones cotidianas.
- Entregar, a las usuarias y a su grupo familiar, información sobre redes y recursos disponibles en la comunidad, promoviendo el real acceso a éstos.

### Modelo de Intervención - Programa de Seguimiento Comunitario.

El Programa de Seguimiento Comunitario se basa en el *Modelo Asertivo Comunitario (ACT)* el que centra su campo de acción en “favorecer la mantención de las personas con discapacidad síquica y/o mental en la comunidad mediante diversas estrategias de intervención lo que conlleva, por un lado, la diversificación de los recursos asistenciales, y por otro, favorecer la implementación de nuevos tratamientos sicosociales en la comunidad” (Ángeles Berlanga).

Este modelo es para la Hospedería Diferenciada un referente importante de acuerdo a las características personales que presenta nuestra población.

### *Metodología.*

Sicoeducación entendida como:

- Elaboración y entrega de información acerca de trastornos mentales o emocionales.
- Recursos y servicios disponibles en la comunidad.

- Fomento de las habilidades de autocuidado de las personas con discapacidad.
- Convivencia y apoyo familiar u otros temas relacionados, transformándose en un aprendizaje desde la experiencia particular de cada uno de los participantes y que este se complemente con una visión sicosocial aplicado en mejorar la calidad de vida, desarrollo personal y familiar de los beneficiarios.

## **Conclusiones y Aportes**

### **El Programa de Seguimiento Comunitario es por tanto:**

1. Viable, ya que se ajusta a las necesidades reales de las usuarias y las familias beneficiadas, puesto que son ellos los que nos manifiestan las temática y problemáticas a abordar, contando con los recursos tanto materiales como humanos para su ejecución.
2. Pertinente, existe una relación lógica entre el problema y las formas de abordarlo.
3. Aceptable ya que las acciones que se esperan llevar a cabo están dentro del marco y carácter institucional de nuestra Fundación Hogar de Cristo.
4. La intervención se presenta como una solución a la problemática de gran magnitud y relevancia que afecta a nuestra población objetivo.
5. Es importante destacar que las personas que sufren de una discapacidad síquica y/o mental, requieren de un apoyo externo y/o monitoreo en lo que respecta a su inserción en la red social.
6. En un futuro se espera que existan en la red Programas de Apoyo Familiar que trabajen específicamente en la comunidad en forma conjunta Equipo de Salud Mental, usuarios (as) y familias.

En el último estudio realizado en nuestra fundación “Radiografía Humana de la Pobreza” queda de manifiesto que la condición de pobreza es un fenómeno multicausal que no se da solo por la carencia económica sino que también prima la necesidad de “SER ESCUCHADOS”. Esta capacidad de escucha es una necesidad básica que cruza transversalmente el fenómeno social de la pobreza y la discapacidad síquica y/o mental.

# APROXIMACIONES TEÓRICO-TÉCNICAS PARA UNA CONCEPCIÓN DE SALUD MENTAL DEMOCRÁTICA

CRISTIAN IDIÁQUEZ URREA.

RODRIGO FUENTEALBA PEÑALOZA.

*Unidad de Orientación y Derivación,  
Área de Riesgo Social del Hogar de Cristo.*

*“No hay curación sin juego”*

(E. Pavlovsky, 1991).

## Introducción

**E**ste documento surge de la necesidad de poder compartir ciertas premisas que orientan el trabajo realizado. Se encuentra basado en la experiencia acumulada durante cinco años en la Unidad de Orientación y Derivación en donde se realizan procesos de acogida -evaluación- y derivación de niños, niñas jóvenes y sus familias. Es una reflexión producto del trabajo compartido con compañeros de equipo y con otros profesionales de la salud mental en Chile y el extranjero.

Corresponde a un documento inicial, que busca aportar en la discusión de un nuevo paradigma en Salud mental en Chile, en especial cuestionando el lugar que ocupa el profesional de la salud en las problemáticas que pretende atender.

Así mismo, es un intento por compartir un trabajo complejo y, por lo tanto, se espera poder transmitir la esencia del mismo.

¿Podemos cambiar nuestros parámetros internos de intervención?, es una invitación a reflexionar sobre el trabajo diario, sobre lo fijado desde dentro y desde fuera, por la institución, por lo socialmente impuesto.

1

*Están jugando un juego. Están jugando a que no juegan un juego. Si les demuestro que veo que están jugando, quebraré las reglas y me castigarán.*

*Debo jugarles el juego de no ver que veo el juego.*

*No se divierten.*

*No puedo divertirme si ellos no se divierten.*

*Si logro que se diviertan, podré divertirme con ellos.*

*Lograr que se diviertan no es divertido. Cuesta mucho.*

*Podría llegar a divertirme si descubro por qué no se divierten.*

*No está bien que me divierta averiguando por qué*

*No se divierten.*

*Pero ya es un poco divertido fingirles que no*

*Me divierto al descubrir qué no se divierten.*

*¡Cómo te atreves a divertirte cuando Jesús murió en la Cruz por ti! ¿Acaso él se estaba divirtiéndolo?*

(Nudos. R.D. Laing, Ed. Sudamericana, Buenos Aires 1973)

Laing muestra la otra cara de los llamados trastornos mentales, los entrampamientos mentales en los cuales todos caemos, terapeutas y clientes. También en términos de su contenido, nos grafica a un tercero que participa como observador de una dinámica llamada "juego", lugar desde donde en algún momento habrá que decidir de qué modo jugar, al respecto D.W. Winicott señala: "*La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar, a uno en que le es posible hacerlo*". (El proceso Creador, Terapia y Existencia, pág. 34, Eduardo Pavlovsky, Ed. Ayllu, 1991, Buenos Aires Argentina).

## I.- Vulneración de Derechos en Salud Mental

La preocupación por la salud mental en Chile ha estado marcada por la concepción tradicional de Salud (biologicista), lo que ha puesto al “paciente” en un lugar pasivo y jerárquicamente inferior. Importa saber de qué síntoma se trata y cual es su causa médica. En un reduccionismo de la alta complejidad de los fenómenos humanos, se revisa el órgano enfermo, la parte, la persona queda de esta forma tapada por la rotulación diagnóstica, confundiendo esta última con la realidad del fenómeno en estudio. En este marco es importante revisar las distintas posiciones que puede ocupar el profesional en base a las premisas epistemológicas que le guían.

## II.-Consideración Epistemológicas

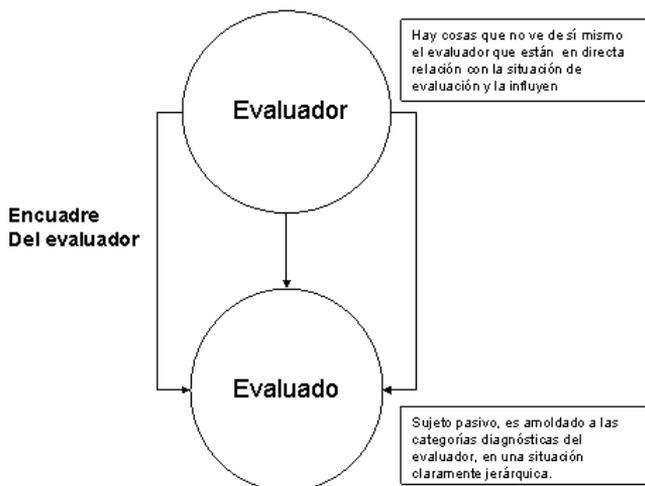
¿Donde nos ubicarnos, entonces, al interactuar con los fenómenos traídos a consulta?. Existen tres grandes lugares o enfoques de trabajo, según el tipo de paradigma que utilice el profesional:

### A.- Enfoques de trabajo

Se pueden clasificar en tres grandes tipos:

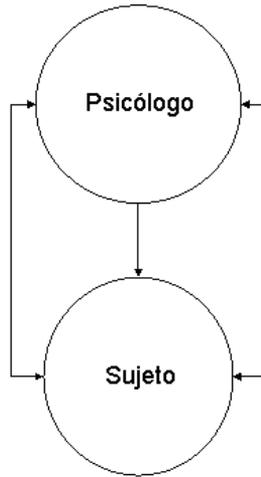
1.- Tradicional-Positivista: Se habla del “paciente”, el “enfermo”, la “enfermedad”, se maneja principalmente a nivel de categorías diagnósticas (DSMIV, CIE 10).

Figura n° 1



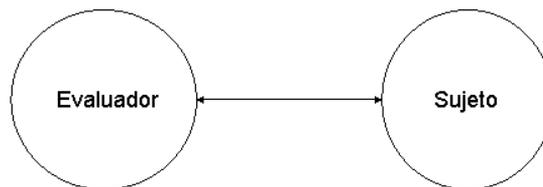
2.- Modelo Post-Positivista: El evaluador reconoce su influencia en lo evaluado (de la imposibilidad de la no implicancia), su encuadre se permeabiliza a aspectos que no necesariamente calzan con sus moldes diagnósticos, flexibilizando el encuadre.

Figura n°2:



3.-Modelo Vincular: permeable, flexible, el encuadre no es algo externo, si no que se “sostiene” por parte del evaluador, permitiendo tomar conciencia de las identificaciones, lo depositado, ansiedades y la distancia óptima, sin rigidez ni violencia innecesaria, sin uso del poder por parte del evaluador con el fin de imponer su visión por sobre la del sujeto.

Figura n°3:



Actualmente nos situamos desde este último paradigma al abordar las problemáticas atendidas, esto implica un esfuerzo de co-construcción del diagnóstico, sobre la base de lo relatado por la persona, sus familiares y el propio entrevistador.

#### B.- Visión de ser humano:

Consideramos, así mismo, una visión de ser humano como entidad de tres dimensiones o planos: Física -Vincular- Espiritual.

1.- *Físico-biológico*: imponen un límite a las posibilidades humanas, son todas aquellas variables propias de la especie tales como el ciclo vital, enfermedades infectocontagiosas, etc.

2.- *Vincular-Relacional*: mundo interno-entendido como vincular, así como el núcleo familiar cercano; contexto socioeconómico (concretizados en las diversas instituciones sociales: escolar-laboral-legal-religiosa, etc.). Al respecto, se enfatiza la conformación de matrices vinculares como determinantes de modelos de relación con los otros, configurando dinámicas relacionales que tienden a repetirse en distintos contextos, con distintas personas y en diferentes momentos de la vida, mientras más estereotipadas y rígidas estas repeticiones, mayor probabilidad de que exista sufrimiento psíquico. También se incluyen aquí dinámicas sociales que imponen un solo estándar de vida aceptado y marginando al que no pueda amoldarse a él.<sup>1</sup>

3.-*Espiritual*: espacios ritualísticos de trascendencia no exclusivamente religiosos, si no también ecológicos, artísticos, etc. Es lo que escapa del entendimiento racional y que permite contextualizar y abrir la existencia a múltiples sentidos.

Sumado a estas variables, se toman en cuenta los fenómenos de la ansiedad y la angustia frente a lo desconocido - por ejemplo la situación misma de entrevista o nuevas maneras de reaccionar frente a los problemas que se presentan en la vida-, frente a perder la seguridad de lo conocido, así mismo se contempla la angustia de tipo confusio-

<sup>1</sup> Nota: Como “sufrimiento psíquico” entenderemos aquel sufrimiento que implica limitaciones severas para el bienestar mental de la persona.

nal. Estas angustias son vistas como movilizadoras de síntomas y de la posibilidad del cambio terapéutico.

### C.- El síntoma como prueba de desarrollo:

Este enfoque de trabajo nos permite conceptualizar el síntoma, ya sea el consumo de alguna droga, la violencia intrafamiliar, conductas delictivas, etc., como la expresión de sufrimiento e implica, necesariamente, que algún aspecto de estos planos (físico - vincular - espiritual) ha sido tocado y se constituye en una “prueba de desarrollo” en que la persona puede avanzar en su camino o puede regresar en su vida.

Al revisar el concepto de CRISIS descubrimos su significado, esta palabra viene del vocablo griego KRISIS = decisión y KRINO = separar (Diccionario de psicología, Cornejo editor, ed. Semay-Lidis. Vol.VII.1978.), los Chinos hablan de “wei-ji” que se compone de dos ideogramas: Peligro y ocasión. Al respecto Caplan (1964) define crisis *“como un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende, hasta cierto punto, de la forma en que se maneja la situación...”* (Pág. 27 El Hombre contra sí mismo Alejandro Rocamora B. Ed Asetes Madrid 1992).

A continuación, se revisarán algunos aspectos involucrados en la evaluación de las personas que postulan a una Comunidad Terapéutica del Hogar de Cristo. Como notará el lector, se trabaja con una orientación psicosocial frente a problemas como la drogadicción, la delincuencia, la violencia intrafamiliar y social. El énfasis está puesto en la consideración del sujeto en su contexto, en el entendimiento de lo normal y lo anormal como los polos de un continuo, así como entender la patología mental como un juego de modelos relacionales estancado.

### III.- El motivo de la consulta

#### A.- Tres dimensiones involucradas en el motivo de consulta:

1.- En lo individual: sufrimiento psíquico = patología mental, ganancias secundarias no son eficaces, el síntoma es egodistónico (la persona lo está pasando mal). Trastornos en la familia, la homeostasis se desequilibra, caos, (el síntoma se vuelve ineficaz), crisis en el desempeño de los roles familiares de la organización familiar. Trastorno de los límites, (trastorno limítrofe versus sistema social que estimula y refuerza la ilusión de la capacidad adquisitiva sin límites).

2.- En lo Social: Conceptualización social de la patología mental, por ejemplo de la adicción a las drogas, del “drogadicto”, “mariguaneero”, el “volao”, el que “se le apaga la tele”. Es un problema de “seguridad ciudadana” (drogadicto = delincuente = debe ir a la cárcel) o énfasis en la internación lo más lejos posible (se confunde gravedad de la problemática). Imagen social del problema adictivo incide en la autopercepción de sí mismos y en la patologización del cuadro, reforzando la dinámica patógena funcional al sistema de consumo imperante (profesionales nadando contra la corriente, “haciendo milagros”).

3.- Lo Institucional: Imagen social del Hogar de Cristo: “Institución de beneficencia, que atiende a los más pobres entre los pobres” impacto en encuadres de trabajo (positivos y negativos), “protege a delincuentes y volados” según concepción social de los problemas psicosociales.

Asumir o considerar que las personas recurren al Hogar como un último recurso, o como primer y único recurso, por que no están informadas de otras alternativas de la Red, debido a la condición de privación sociocultural, marginación social, características de personas demandantes o muy sumisas, desesperación. ¿Cómo decir que no; que no se tiene lo que la persona busca?.

Se aprecia la necesidad de considerar estos elementos en el encuadre de trabajo, clarificando los servicios que se brindarán, con una clara explicitación de los límites de esta ayuda. Equilibrio entre la necesidad de afecto, de escucha, de respeto por sus derechos y la puesta de límites responsables en la situación.

B.- Estrategias para abordar el motivo de consulta:

1.- Aspecto psicoeducativo: La solución del problema se muestra alcanzable al mostrarle a la persona que nos consulta, que más que un adicto, delincuente o loco, tiene problemas emocionales, psíquicos y/o sociales que debe tratarse, con el apoyo de su familia y su medio, durante un tiempo prolongado.

El problema esta generalmente en un nivel cercano a lo “neurótico” que no es más que alguien que repite los mismos errores y no tiene conciencia de ello.

2.- Saber jugar: Desarrollo de la capacidad empática del terapeuta en el aquí y ahora de la sesión de entrevista, es decir, su capacidad de poder “entrar en sintonía” con la subjetividad del otro. Poder empatizar, enganchar al otro en ese juego que algunos llaman danza, es fundamental. Lo trabajoso que se vuelva es uno de los principales indicadores de que disponemos para saber que tan compleja es la situación y qué tan difícil le será el proceso a esa persona. “No hay curación sin juego” (E. Pavlovsky, 1991).

3.- “Cada cosa debe hacerse a su tiempo”: Esto se refiere a que la labor realizada por el profesional en el programa Unidad de Orientación y Derivación, es un proceso de evaluación para dar alguna indicación de tratamiento ... no un tratamiento. Es una labor acotada a responder tres preguntas fundamentales:

- a.- qué sugerir (indicación de tratamiento),
- b.- cómo dar esta sugerencia y
- c.- dónde concretamente se la puede ofrecer.

En términos generales, el evaluar que hacer en cada momento es fundamental, específicamente considerando que debe respetarse el ritmo personal en los procesos de cambio el otro.

### C.- Análisis del motivo de consulta más frecuente:

La palabra DROGA viene del término griego PHARMAKON que quiere decir remedio y veneno, cada civilización y cultura se ha vinculado de manera distinta con el Pharmakon. En la actualidad, las dinámicas que se generan en torno a ella, pueden asociarse a una respuesta del sujeto frente a la modernidad, al imperio de la razón por sobre la subjetividad, en que el hombre para ser feliz debe hacer uso de su raciocinio, buscando el éxito económico y la satisfacción rápida de sus deseos. Hablamos de una Sociedad de Consumo. Ya famosa es la frase: “El consumo me consume” (Tomás Moulian) y la felicidad está en la compra, todo se compra, todo tiene su precio.

Recordemos las distintas hipótesis que se han elaborado con respecto a esta problemática: como un medio de evadir la realidad, de “automedicarse”. Vasta es la bibliografía respecto al tema. Luis Schnitmann, autor de “Tratamiento de las Drogodependencias” (Editorial Grupo Cero, 1995) entrega aportes relevantes al respecto.

Este autor distingue cuatro niveles de gravedad de la problemática, la cual considera una “enfermedad social-psíquica, resituando a la persona que consume drogas en su contexto social y no como alguien a quien se debe aislar de la sociedad por perverso. De este modo resulta necesario poder discriminar en qué nivel se encuentra la persona para poder sugerir tipo de tratamiento (psicoterapia individual, grupal; programa ambulatorio, ambulatorio intensivo; residencial en una Comunidad Terapéutica o en una Unidad Psiquiátrica).

## 2

*Había una vez un niño llamado Juan  
Que quería estar todo el tiempo con su mamita  
y tenía miedo de que ella se fuera.  
Después, cuando fue un poco más grande,  
quería estar lejos de su mamita  
y tenía miedo de que  
Ella quisiera estar todo el tiempo con él.  
Cuando fue grande se enamoró de Juana  
y quería estar todo el tiempo con ella  
Y tenía miedo de que ella se fuera.  
Cuando fue un poco mayor,  
no quería estar todo el tiempo con Juana,  
tenía miedo  
de que ella quisiera estar todo el tiempo con él y  
de que ella tuviera miedo  
De que él no quisiera estar todo el tiempo con ella.  
Juan hace que Juana tenga miedo de que él la abandone  
Porque él tiene miedo de que ella lo abandone.  
Juan tiene miedo de que Juana sea como la madre de él.  
Juana tiene miedo de que Juan sea como la madre de ella.  
Juan tiene miedo de que  
Juana crea que él es como la madre de ella  
y de que Juana tenga miedo de que  
Juan crea que ella es como la madre de él.  
Juana tiene miedo de que  
Juan crea que ella es como la madre de él  
y de que Juan tenga miedo de que  
Juana crea que él es como la madre de ella...*

(Nudos RD. Laing, Ed Sudamericana, Buenos Aires 1973.).

## I.- Cómo entender el síntoma adictivo (desde una perspectiva dinámica vincular)

Toda patología mental puede ser vista como una situación vincular, esto quiere decir que no es posible comprender e intervenir sino desde la consideración de un otro, con las tres “D”: *El Depositario* (quien consume drogas); *el Depositante* (la familia, la madre, la pareja, el hermano, lo social); *lo Depositado* (la “locura familiar”).

La primera fase del desarrollo de la personalidad, es la situación existencial de simbiosis con el otro (la madre), luego ocurrirá un proceso de diferenciación paulatina, en este proceso se van conformando matrices vinculares que afectarán toda relación posterior. El problema adictivo podría entenderse como un regreso al primer estado de indiferenciación entre el yo y lo otro.

En tal sentido, podemos decir que “Entre el alcohólico y su botella no hay dos sino uno, entre el heroinómano y su heroína no hay dos sino uno, entre el cocainómano y su cocaína no hay dos sino uno, entre el fumador y su cigarro no hay dos sino uno...” (L. Schnitman, 1995, pág. 37).

La situación es que con la droga se logra, por breves instantes, la sensación de plenitud existencial, pero esta sensación adolece de la consideración de lo social, es decir es asocial y en algunos casos antisocial. No existe una consideración del otro como alguien distinto, esto se grafica en el llamado egoísmo del adicto: “el egoísmo, característico de las adicciones, responde a una ética diferente a la de la personalidad adulta: “el otro es de mi propiedad”. Por ello, robo, en metálico, en bienes, en sentimientos, o en tranquilidad.”(L. Schnitman, 1995, pág. 38).

Se produce una anulación de la dimensión temporal, en la adicción no se puede esperar, no hay noción de tiempo ni de proceso, estancándose la posibilidad de aprender a través de la experiencia.

Según investigaciones de la psicología del desarrollo, es la figura de un tercero, generalmente el padre, la que permite la inclusión de lo social-normativo, es por ello, que podemos decir que el síntoma adictivo puede ser significado como una búsqueda de alteridad (de un otro), de poder integrar al sí mismo la función paterna. Lo que sucede es que se produce una falla en el mecanismo separador de la simbio-

sis madre-niño (generalmente encarnada por el padre), el joven no tolerará la frustración, y en el caso de que sea frustrado, tratará de instalar a toda costa su mecanismo simbiótico.

Esta simbiosis entorpece la posibilidad de resignificar el síntoma, estancando al sujeto en una acción repetitiva, atrapado en el acto sin espacio para la palabra (“mudez sintomática”).

## II.- Otras Perspectivas

En relación a esta última noción (mudez), es posible hacer referencia a perspectivas que incorporan la dimensión del lenguaje (por ejemplo, la escuela psicoanalítica francesa) en la comprensión de los procesos psíquicos de los seres humanos.

Desde aquí, ¿Cuál es la característica particular de este individuo? ¿Cuál es su adicción?. Este sujeto trae una certeza: “Yo Soy Adicto”. Pero ¿qué es la adicción?

Etimológicamente adicto significa “esclavo”, alguien que (de)pende de algo. Está sujeto, anclado. Sin duda lo primero que identificamos como el amo de este individuo es la sustancia o droga quién ejerce su influencia biológica. No obstante, un período de “limpieza” o desintoxicación podría eliminar las influencias bioquímicas, e incluso frente a factores genéticos, algún medicamento podría evitar la emergencia de esta relación esclavizante con la sustancia. También podríamos decir que los factores medioambientales se instalan como la característica determinante de la adicción, pero la existencia de individuos que en condiciones similares no consumen, debilita la idea que este elemento sea la gran causa a la base.

Parece ser que estos elementos (en ningún caso descartados como influyentes en el consumo) están al servicio de una condición particular en estos individuos: Estamos ante sujetos atrapados en una verdad absoluta, ser adictos. Tal verdad impide que surjan otras posibilidades de definirse, de decirse a sí mismos. Están mudos y las palabras son reemplazadas por la acción del consumo.

Desde aquí surge otra definición de adicto, ya que también significa lo “no dicho” (a-dicto). Por lo tanto, la temática de las adicciones está centrada en el “objeto - droga”, en la dimensión del acto, excluyendo la palabra, cualquier palabra que le pueda redefinir.

Allí donde impera el acto, el sujeto queda atrapado, también como un objeto, sin posibilidad de enfrentarse a su imperfección, a su deseo, a la posibilidad de movimiento (vital) “un exiliado del paraíso que no se puede (o quiere) reconocer como tal”.

Soy esclavo

Soy mudo

Soy acto

(Me)consumo

Sin duda esta condición problemática del consumo y las distintas acepciones que implica, tiene sentido en la lógica relacional que es característica de una época tardía en la humanidad, la modernidad, en la sociedad actual, de consumo, sin mediación, donde es necesario acceder a objetos de satisfacción parcial con inmediatez, sin que nada interceda, sin palabras que puedan definir, donde la imagen y los objetos son preferibles a la mediación simbólica que ofrece la palabra, donde encontramos un estrechamiento, una simplificación del aparato psíquico.

Por lo pronto, desde esta perspectiva, nos resta hacernos una pregunta fundamental: ¿Cuál es la característica de quienes acogen a estos sujetos e intervienen en ellos?, ¿Cuál es la característica de los modelos Terapéuticos?, ¿Cuál es su adicción?

El especialista corre el riesgo de hacerse adicto al fenómeno, estableciendo una verdad (su verdad), desconociendo al sujeto atrapado en el síntoma. El peligro de ocupar el lugar del “supuesto saber” y hacerse adicto a las adicciones.

Volviendo al modelo vincular, el terapeuta debe resguardar que en el tratamiento se produzcan situaciones simbióticas con el cliente (de extrema dependencia), debido a que de este modo reforzaría lo que pretende curar, si no más bien promover la autonomía, reforzando los logros alcanzados y, especialmente, siendo *transparente en cuanto a lo normativo*.

### III.- Características generales del encuadre de trabajo utilizado, desde la perspectiva vincular

La intención de este artículo no es dar una receta, en especial, por que “el mapa no es el territorio” y es fatal olvidarse de ello, sin embargo, en contextos tan complejos como en el que trabajamos pueden ser de utilidad. De este modo, se revisarán algunas de las características de la metodología de trabajo utilizada para evaluar el motivo de consulta.

- Se parte de una noción teórica-práctica de codiagnóstico que busca hacer actor activo a la persona en el proceso de evaluación, entendiendo las diferencias de roles (evaluador-evaluado) como algo funcional, respetando y no victimizando. Es una evaluación que busca poder describir cómo se mueve esa persona en el mundo y por qué, visualizando el diagnóstico de la situación total, así como el pronóstico entre ambos miembros de la situación interventiva.
- Es un encuadre flexible, permeable y especificable, según la particularidad de la persona que nos consulta, considerando su forma de ser, su contexto sociocultural y el momento de crisis por el que pasa.
- Busca identificar la fenomenología que hay detrás del motivo de consulta, utilizando las etiquetas diagnósticas como un referente más, que orienta la identificación del tipo de tratamiento más idóneo.
- Incluye aspectos psicoeducativos en las intervenciones, tales como brindar información sobre problemáticas adictivas, en qué consisten, los tipos de tratamiento que existen, la duración, entre otros.

### Conclusiones

Al acoger la demanda de atención debemos cuestionarnos en que lugar nos ubicamos y nos ubica el consultante. Este aspecto resulta fundamental al considerar la enfermedad mental en tanto fenómeno relacional, es decir en función de otro (familia, sociedad) y además

porque re-sitúa el problema en la persona y no en una parte de la misma, sin esta consideración caemos en el peligro de contribuir a la cronificación de los cuadros psicopatológicos, debemos buscar nuevas formas de enfrentar los motivos de consulta en salud mental, formas que apunten a la consideración del dolor humano. Si pretendemos tener una praxis basada en la consideración de los derechos humanos es necesaria la revisión del paradigma interventivo existente.

Por ejemplo y en tal dirección, no son las personas las que están contraindicadas para uno u otro programa de tratamiento si no son estos últimos los que no cuentan muchas veces con lo que requiere la persona. La necesidad de evaluar si somos la mejor alternativa de tratamiento, implica reconocer nuestras limitaciones técnicas y humanas.

Los contraindicadores son una convención, un ponerse de acuerdo básico sobre lo técnico. su utilidad se restringe a esto.

Al parecer, la dificultad está en poder clarificar si vamos o no a causar un daño con nuestras intervenciones y hasta qué punto la inclusión de la problemática implicaría un compromiso grave en la dinámica del centro. Frente a ello, se ha visto como imprescindible el trabajo en red, articulándolo si es necesario en donde no exista tal red, asumiendo que cada centro por si solo no puede dar respuesta a los desafíos de la salud pública en Chile.

### **Referencias bibliográficas**

Bellak L.; Siegel H. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. p. 7-15. Editorial El Manual Moderno, J.A de C.U., D.F. México, 1° Edición (1989).

Bello M.C. El Grupo Red, puente entre el dolor y la esperanza, grupo de admisión con Técnicas del psicodrama. Reporte para la Clínica de AMPAG de la Investigación de grupo RED realizada en equipo con Angélica González Guadarrama y Martha López., Ciudad de México. (2000).

Contreras F., Idiáquez C., Oviedo L. La Entrevista de Acogida. Documento de Trabajo UOD. (1999).

Proyecto Educativo Área Niños y Jóvenes en Riesgo Social. Documento Institucional Dirección Social Hogar de Cristo. Santiago. (1997).

Goti M. E. La Comunidad Terapéutica un desafío a la droga. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. (1990).

Hekier, M.; Miller, C. Anorexia - Bulimia: Deseo de Nada. Editorial Paidós, Buenos Aires. (1996).

Laing R.D. Nudos. P. 2, 14-15. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. (1973).

Pavlovsky E. El Proceso Creador Terapia y Existencia. P. 34. Buenos Aires, Editorial Ayllu (1991).

Rocamora Bonilla A. El Hombre contra sí mismo un modelo de intervención en la crisis suicida. p. 27. Editorial ASETES. Madrid, (1992).

Schnitman L. Tratamiento de las Drogodependencias Heroína, Cocaína, Alcohol, Tabaco, sintéticos. P. 37, 50. Editorial Grupo Cero Madrid. (1995).

Siquier de Ocampo M García Arzeno, Elsa Grassano y colab. Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. (1998).

## ASPECTOS ÉTICOS DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL\*

JORGE CHUAQUI KETTLUN  
ANUSSAM

**M**uchas veces la persona con enfermedad psiquiátrica al tener su primera crisis se ve en el problema de dejar sus estudios, perder su trabajo y tener graves conflictos con su familia. Luego, por temor o por un tratamiento ineficaz, no reanuda sus estudios (ya que en estos casos el tratamiento que logra estabilizar bien y sin grandes secuelas, al paciente, comúnmente se logra después de muchos intentos); por apatía, falta de estudios o discriminación no tiene un trabajo remunerado que le permita ser independiente económicamente; tiene continuos problemas en la familia, y le cuesta tener una pareja estable. Ante esta situación, surge la necesidad de restablecer lazos sociales que le permitan salir del aislamiento en que queda, es decir, de ayudarlo a reintegrarse socialmente. De acuerdo a una primera mirada, puede surgir la idea errada de que lo que procede es “adaptarlo” al grupo o sociedad, pero el intentar hacerlo significa, como veremos, desconocer la verdadera naturaleza de las relaciones sociales y atropellar sus derechos.

¿Qué da a entender el concepto de adaptación? La idea de adaptación social parte de la noción de que la sociedad es una especie de organismo o mecanismo en que la conducta de unos se ajusta a la de los otros en un todo armonioso en el que es deseable eliminar el conflicto o las divergencias o diferencias de puntos de vista. Cada uno se ajustaría a lo que espera el otro. El estar adaptado significaría desempeñar en cualquier situación la conducta adecuada, pero ¿qué es una conducta adecuada?, ¿adecuada para quién? Necesariamente se trataría de actuar de acuerdo a lo que otros esperan de la persona.

\* Este documento surgió a la luz pública como ponencia central de la Jornada de Bienestar Psicológico y Reintegración Social organizada a mediados del 2004 por la Escuela de Psicología de la Universidad de Viña del Mar.

¿Y cómo se juzgan las conductas apropiadas o no?: de acuerdo a normas sociales de lo que se debe y no se debe hacer. No nos estamos refiriendo a las normas legales, las leyes y reglamentos del Estado cuya violación supone una sanción o castigo legal, que gran parte de la sociedad cumple, sino que hay otras innumerables normas que nos llevan a juzgar la conducta de otros. Estudios antropológicos demuestran que en todas las sociedades hay diferencias entre la forma en que la gente actúa y la forma en que se debe actuar según los otros. Por otra parte, se ha descubierto que hay mucho más acuerdo entre las personas respecto a la forma en que se debe actuar, que respecto a la forma en que la gente realmente actúa. El que en la vida “normal” frecuentemente la gente puede no actuar como se esperaría de ellos, ocurre por ejemplo, porque muchos no sabemos cómo actúan los vecinos en su vida privada por lo que no siempre estamos en condiciones de juzgar esa conducta, o se manifiesta en que (diferencia entre conducta esperada o adecuada y conducta real) toleramos conductas de nuestros familiares que no nos gustan siempre que no causen un daño mayor y consideramos como naturales diferencias en algunos grupos que tienen costumbres, vestimentas o formas de pensar distintas. También perdonamos defectos (respecto a como deberían actuar) de nuestros amigos o pareja. Al pretender adaptar a un paciente psiquiátrico, ponemos “en la mira” su conducta, pensamos ¿estará actuando como debe actuar?, y, ya que respecto a cómo debe ser la conducta tenemos mucho más acuerdo que respecto a cómo es, para estar plenamente conformes le exigiríamos mucho más que a las personas que se consideran “normales”, cualquier conducta la encontramos “rara”, y en el fondo, le estaríamos dando un trato distinto que a personas sin la enfermedad, con lo que más que ayudarla la estaríamos perjudicando pudiendo presionarla excesivamente hacia una pretendida “normalidad”.

Por otra parte, muchas veces las opiniones de distintas personas respecto a como debería actuar alguien son distintas: ¿en la opinión de quién debemos basarnos: el psiquiatra, el terapeuta, la madre, los amigos, los hermanos, el padre u otro, ya que muchas veces son distintas? Salud no es lo mismo que adaptación. El problema no es vivir en sociedad, donde siempre sufrimos presiones de los demás a las que muchas veces no obedecemos, el problema es la presión indebida por pretender “adaptar” a la persona lo que le traerá más

problemas que beneficios. Además, un mismo valor moral, como por ejemplo la libertad, da por resultado conductas opuestas de acuerdo a la ideología que se tenga: de acuerdo a la ideología marxista hay algunas formas de propiedad privada que producen opresión y van contra de la liberación social y para la ideología liberal esas mismas formas de propiedad son garantía de la libertad. ¿Qué conducta frente a este tema es la adecuada y cuál la errónea? Muchos valores morales frecuentemente no se siguen, como no mentir y hay valores establecidos, como amar al enemigo en el cristianismo, que sólo una minoría sigue. ¿A qué valores debemos “adaptar” al paciente psiquiátrico?

### **Proposición**

Si el concepto de adaptación no es adecuado para la reintegración social de la persona con enfermedad psiquiátrica, ¿podemos reemplazarlo por otro concepto que lo ayude sin perjudicarlo? Pensamos que el concepto adecuado es el de realización personal. El concepto de realización personal pone énfasis en que hay diferencias individuales; destaca que el proceso de reintegración social debe partir de los valores de la persona y no ser impuesto desde fuera (de acuerdo a una investigación sociológica de quién escribe, los valores religiosos y políticos de una muestra de 150 personas con esquizofrenia son similares a los del resto de la población, dándose todas las variantes de la gente “normal”); que hay que lograr que la persona realice sus aspiraciones, como trabajar, estudiar o tener una pareja (estas son las aspiraciones más sentidas en la investigación mencionada), respetando la forma de ver la vida y vocación laboral de la persona; y hacerle ver qué obstáculos del medio social debe enfrentar para ayudarla a superarlos (tanto en cuanto a la existencia de prejuicios, como de las cosas que a los otros les importan, no para acatarlas necesariamente sino ver como es mejor actuar frente a ellas para lograr las metas propias).

## PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE Y TRABAJO

ROMINA BRAVO BRIONES  
*Corporación Nuestra Casa*

### Resumen

**E**l trabajo a lo largo de la historia ha tenido un rol protagónico en la vida de las personas, sin embargo, esta relación entre la persona y el trabajo ha ido cambiando en relación al contexto sociocultural y las políticas económicas que han ido organizando la sociedad. En esta investigación se analizaron las representaciones sociales sobre el trabajo que tienen personas en situación de calle, que residen específicamente en Corporación Nuestra Casa.

Se sustentó en el abordaje de las transformaciones que ha experimentado el mundo del trabajo, aludiendo a los procesos de exclusión social gatillados en las personas en situación de calle. Con las representaciones sociales se comprenden las significaciones, respecto al trabajo, que tienen tanto trabajadores informales como formales.

Los temas abordados dentro del marco teórico son: trabajo, personas en situación de calle, hospederías, corporación Nuestra Casa y representaciones sociales.

La metodología de la investigación tiene relación con el enfoque etnográfico que permite estudiar las significaciones en relación al trabajo; las técnicas de investigación son aplicadas a los dos tipos de trabajadores.

Los resultados de esta investigación revelan a través de las representaciones sociales, que el trabajo se sitúa como un lugar de socialización que genera protección y seguridad, lo que afecta positivamente los caminos a seguir en pro de un proceso de integración social.

## Antecedentes

La composición de la población en situación de pobreza o indigencia es variada en su interior, aparece homogénea, sin embargo, existe una heterogeneidad, por ejemplo es posible distinguir diferencias de género, de edad, de sexo, entre otras. Ahora bien, dentro del grupo de pobres sobre el que se desarrollan políticas sociales, existe un grupo que son invisibles tanto para su cuantificación como para su focalización.

De este modo, vemos que cierto grupo queda invisibilizado en las cifras y por tanto en el diseño, pertinencia y aplicación de las políticas sociales. Éste es el caso de las personas en situación de calle<sup>1</sup>.

En este escenario se ha intentado cuantificar y caracterizar a este grupo. Así, en 1999 la Municipalidad de Santiago dio cuenta de un universo de 183 personas (78% hombres, 22% mujeres; 96% adultos, 4% niños). Por su parte, el 2003 MIDEPLAN, Hogar de Cristo y Corporación Nuestra Casa realizaron un Catastro encuestando a 548 Personas en situación de calle de la comuna de Estación Central, de los cuales un 84% estaba alojando en hospederías y el resto pernoctaba en la vía pública.

En la actualidad, el gobierno implementa programas focalizados a los más pobres, sin embargo, estos se han instalado sobre un sesgo importante por la presencia de este grupo invisible. Un caso como éste, es el programa “Chile Solidario”<sup>2</sup>, que a través del programa “Puente” que tiene por objetivo *“mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de indigencia, generando oportunidades y proveyendo los recursos que les permitan recuperar o disponer de una capacidad funcional y resolutiva eficaz en el entorno personal, familiar, comunitario e institucional”*. La unidad de intervención de

<sup>1</sup> “Personas que pernoctan en lugares públicos o privados, sin contar con infraestructura que pueda ser caracterizada como vivienda. O a aquellas personas que carecen de alojamiento fijo, regular o adecuado para pasar la noche y encuentran residencia nocturna en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares que funcionan como hospederías.” *Catastro Piloto Octubre 2003, MIDEPLAN, Hogar de Cristo y Corporación Nuestra Casa.*

<sup>2</sup> Sistema de Protección Social nacido el año 2002, a cargo del Ministerio de Planificación y cooperación (MIDEPLAN) que busca apoyar a las familias más pobres de nuestro país.

este programa es un grupo familiar y la Ficha CASII<sup>3</sup> que se aplica sólo en el domicilio particular de las personas. De esta manera, a este programa sólo acceden familias o personas con domicilio fijo, lo que se contrasta con el universo de las personas en situación de calle que en su mayoría son individuos que viven solos y además no cuentan con un domicilio fijo adscrito a una comuna en particular.

Las Personas en situación de calle viven una realidad que se puede describir en función de tres factores principales.

El primer elemento de tipo estructural hace referencia a la dimensión económica de la exclusión, esto es la exclusión del mercado laboral. Un 42% de quienes son atendidos en las hospederías del Hogar de Cristo son obreros o empleados y un 46% realiza estrategias diarias de sobrevivencia (trabajos independientes o generación de propinas en la calle).

En la dimensión social presentan desvinculación de sus familiares y otros vínculos comunitarios. Sólo un 55% de las personas en situación de calle tiene contacto esporádico con familiares en tiempos que van desde 2 a 6 meses, y sólo un 34% mantiene un contacto periódico con sus familias.

En su dimensión personal o vivencial del sujeto presentan una ruptura de la comunicación y la erosión de virtudes tales como la confianza básica, la capacidad de arriesgarse, la identidad, la reciprocidad y la solidaridad.

Respecto a los procesos de exclusión de las personas en situación de calle entendiéndolo éste como el resultado de diversos factores que van actuando en el itinerario personal del sujeto, donde además, operan y están presentes diversos factores estructurales, tales como; déficit en el desarrollo de políticas sociales de vivienda, mercado laboral precario, imposibilidad de acceder a beneficios sociales del estado<sup>4</sup>, entre otros.

<sup>3</sup> Ficha de Caracterización Socioeconómica. Este instrumento valida la pertinencia de las familias e individuos para ser destinatarios de los beneficios estatales diseñados para tales efectos.

<sup>4</sup> Las PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE no pueden acceder a los programas sociales del Estado, ya que el ingreso a estos, se encuentra determinado por la aplicación de la Ficha CAS (Instrumento de Caracterización Social que se aplica en el domicilio de las personas).

Por tanto, se puede afirmar que en las personas en situación de calle. Han interactuado factores sociales excluyentes que actúan principalmente en colectivos socialmente vulnerables. Se puede suponer que existen diversas tipologías de este colectivo social según el estado y/o proceso de exclusión en que se encuentre el sujeto.

Entonces, si la actividad laboral opera en nuestra sociedad como el principal articulador del sujeto en la sociedad, es decir, se integra o incluye en relación a la posesión de un techo y un trabajo, la desvinculación laboral es el primer paso para alejarse del resto de los soportes sociales.

Habiendo identificado este factor clave para la desvinculación y revinculación de las personas en situación de calle al medio social y desde la mirada de distintos autores, la desvinculación laboral es el primer paso para alejarse del resto de los soportes sociales.

### **Trabajo y Exclusión Social**

Si bien es cierto que existen formas objetivas de exclusión social, también lo es que existen percepciones subjetivas de exclusión, igualmente como sus estrategias para su superación, por ejemplo la vinculación a un empleo precario puede considerarse una estrategia para la superación de la exclusión, que sin embargo éste puede terminar afectando el desvinculación de la persona a las redes sociales con las que cuenta. Que se pueden resumir como “soportes”<sup>5</sup> sociales que históricamente han acompañado al individuo generando protecciones y estabilidad. Sin embargo, es precisamente la dinámica de estos soportes la que ha variado con el tiempo, generando tensiones en el ambiente del individuo, destacando su inestabilidad en cuanto a las relaciones ya sean sociales y/o económicas que establece con ellos.

La exclusión social en el mercado de trabajo a través de la no-participación suele permanecer oculta; tiene poca visibilidad. Probablemente esto se debe al hecho de no ejercer ninguna actividad económica, queriendo ejercerla, es difícil de medir, ya que está

<sup>5</sup> Castel define los “Soportes” como las condiciones sociales de existencia del individuo que permitieron y permiten acceder al reconocimiento social.

ligado a factores subjetivos como valores y expectativas. (La Exclusión Social en el Mercado de Trabajo El Caso del MERCOSUR y Chile. Síntesis Ejecutiva, Primera Edición 1999, OIT- Fundación Ford)

Ahora bien, dentro de las políticas para combatir la exclusión social se considera que el empleo ocupa un rol central (aunque no exclusivo) porque contiene elementos integrativos fundamentales: es la principal fuente de ingreso, proporciona identidad social, conlleva legitimidad y reconocimiento social, facilita los contactos y la integración a redes, facilita la participación en acciones colectivas, etc. De hecho muchas formas de exclusión social se originan en la exclusión del mercado laboral. (Ruiz- Tagle J. 2000).

Si bien el comportamiento del empleo ha permitido disminuir los niveles de pobreza absoluta, las propias características del mercado de trabajo flexible, hacen que la situación de las personas ocupadas tenga niveles crecientes de precariedad. Esto implica que la disminución experimentada en la cantidad de personas que viven en situación de pobreza, no se observe como un paso irreversible. Por el contrario, los sitúa en una posición esencialmente inestable.

Si bien en el pasado, la condición de pobreza se encontraba asociada a una situación de exclusión respecto al mercado del trabajo, en la actualidad la inserción en él, no implica la superación de esta condición social. Ni el “individuo” ni el “trabajo”, ni sus relaciones son “establecidas” de una vez y para siempre, sino que por el contrario, éstos se construyen y se transforman a lo largo de la historia. (Castel, 2000).

Hay consenso en considerar al empleo como un factor clave de inclusión y exclusión social en nuestra sociedad. Para la mayoría de la gente, el empleo constituye la manera de obtener un ingreso; también es uno de los principales canales de acceso a los servicios sociales. La exclusión del empleo conlleva no sólo privaciones materiales, sino también la pérdida de derechos, de seguridad y de autoestima. (OIT, foro regional (Lima, Perú. 1995).

Dentro de esta perspectiva, el trabajo cumple un rol esencial en lo que hemos llamado exclusión. Lo que Castel llama desafiación.

En este sentido “el término desafiado es más adecuado que excluido, pues resulta imposible establecer un cordón de corte entre

quienes salen a flote y quienes caen, por un razón de fondo: no es que haya un “in” y un “out”, sino un continuo de posiciones que coexisten en un mismo conjunto y “se contaminan” recíprocamente. (Castel, 2000).

*Los desafiados: “han sido des- ligados, pero siguen bajo la dependencia del centro, que tal vez no ha sido nunca tan omnipresente para el conjunto de la sociedad. Por ello, decir que la cuestión planteada por la invalidación de algunos individuos y algunos grupos concierne a todo el mundo no significa sólo apelar a una vaga solidaridad moral sino constatar la interdependencia de las posiciones trabajadas por una misma dinámica, la del trastorno de la sociedad salarial”<sup>6</sup>. (Castel, 2000).*

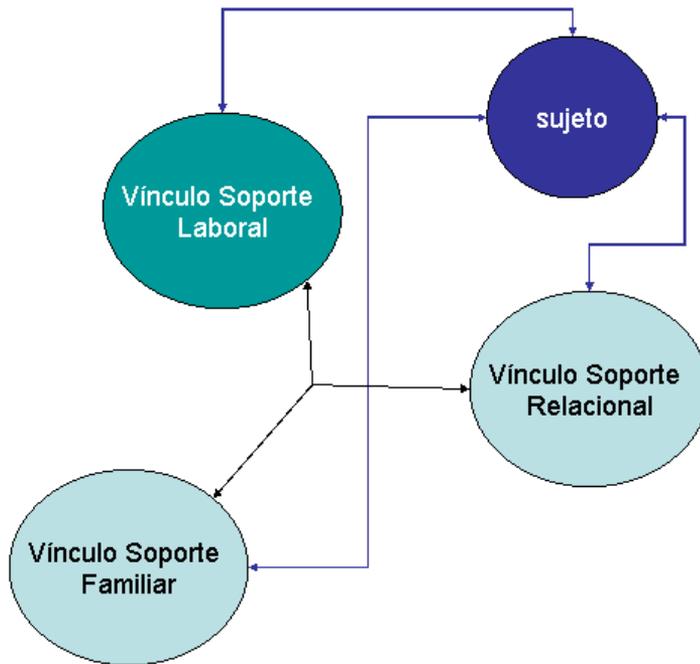
En otras palabras, el desafiado es aquel que experimenta una ruptura con las redes, perdiendo contacto con los elementos que constituyen un entramado social.

El primer punto de desafiación es la pérdida del trabajo y con él la adscripción a distintas instituciones: salud, educación, incluso a la conformación de núcleos afectivos o de redes familiares.

Cuando desaparece lo central que es el trabajo, se produce la incertidumbre laboral, inestabilidad en la familia y el debilitamiento en las estructuras comunitarias. Surge la vulnerabilidad social. Al respecto es necesario explorar las condiciones de constitución y mantenimiento del tejido social (Castel, 2001). Este autor alerta sobre el peligro para la construcción del tejido social de los individuos. Este concepto nos permite realizar una mirada reflexiva sobre los efectos, tanto a nivel individual como social, que tiene el trabajo sobre la construcción del tejido social en el que se desenvuelven las personas.

<sup>6</sup> Es definida como aquella sociedad en la cual, “la mayoría de la gente extrae su renta, su estatus, su protección, su identidad, su existencia social, su reconocimiento social, del lugar que ocupan en el salario. Este lugar es el que le permite acceder a otros sectores de actividad (al esparcimiento, a las vacaciones pagas, a la cultura, a la educación). Una condición de trabajo estable da una especie de umbral a partir del cual se puede llegar a otros campos. La sociedad salarial había logrado articular, de este modo, trabajo y protección, trabajo y seguridad relativa” (Castel, 1999: 26).

## Soportes del Proceso de Desafiliación Social



En este sentido, la participación del mercado laboral, remitiría a la lógica de desafiliación social, tan bien descrita por Robert Castel: situada al margen del mundo del trabajo y de sus protecciones, representa una tensa zona de vulnerabilidad entre integración y exclusión, en cuyo seno los individuos se someten a actividades degradantes, arriesgadas y a menudo clandestinas para no hundirse completamente en la inexistencia social.

Hay riesgos de desafiliación cuando el conjunto de las relaciones de proximidad que mantiene un individuo sobre la base de su inscripción territorial, que es también su inscripción familiar y social, tiene una falla que le impide reproducir su existencia y asegurar su protección. Pero no se trata de establecer correlaciones mecánicas entre un eje y otro, puesto que una valencia fuerte en un eje puede apuntalar la debilidad en el otro.

Castel considera que la pobreza es un estado al que se llega como consecuencia de un proceso conflictivo y complejo que se sitúa en el plano de la integración social.

Si bien, el trabajo produce el ingreso monetario que permite cubrir las necesidades de las personas, pero es, además, un elemento básico de socialización y de construcción de una identidad individual y colectiva. Actualmente, es, todavía para gran parte de la sociedad Chilena, el principal espacio de significación de la experiencia cotidiana (Rubio A.M. y Saavedra G. 2002)<sup>7</sup>.

Por un lado, se encuentran los individuos con un nivel mayor de integración social con trabajo estable e inserción relacional que están menos expuestos a la pobreza y por otro lado, existe un volumen creciente de los que están próximos a la desafiliación social por carecer de empleo y de soportes de otra naturaleza.

En este sentido, respecto a este último sector de personas que se encuentran próximas a la desafiliación social, cobra relevancia conocer a las personas en situación de calle, como un grupo específico de personas dentro de este sector.

## Resultados

A partir de los análisis de las entrevistas realizadas tanto a trabajadores informales como formales, en primer lugar cabe destacar que el trabajo para las personas en situación de calle, tiene un rol protagónico en sus vidas, afectando los distintos contextos que se desenvuelve.

Antes de comenzar esta reflexión resulta fundamental recordar las representaciones sociales que sostienen las personas en situación de calle respecto al trabajo. El trabajo es representado como un lugar que, a pesar de los inconvenientes que conlleva, específicamen-

<sup>7</sup> El Informe del PNUD (2002) lo dice casi textualmente: “Por mucho tiempo los chilenos encontraron las significaciones de su experiencia cotidiana en su trabajo”, p.92. La misma institución, en su informe de 1998 afirmaba: “El trabajo ocupa un lugar fundamental en la sociedad chilena en cuanto condiciona no sólo el bienestar material sino igualmente el bienestar psíquico y el universo cultural de la gente”, PNUD (1998), p.181. Por su parte, R. Castel (1997) plantea que “el trabajo constituye un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social”, p.15.

te respecto a la relación de poder que se ejercen dentro de él, es un espacio de socialización donde la persona tiene la posibilidad de interactuar con otros.

Por otra parte, el trabajo genera seguridad y estabilidad para la persona, transformándose en una plataforma que le permite implementar distintos proyectos. Esto tiene relación con el hecho de que la persona deja de preocuparse por satisfacer sus necesidades básicas, lo que facilita espacios de reflexión en torno a otros aspectos de su vida.

El trabajo para las personas no está solamente ligado a bienestar económico sino también a la búsqueda de un espacio seguro en sí mismo, principalmente que genere bienestar humano, es decir, las personas en el trabajo esperan encontrar un espacio para establecer relaciones con otras personas, donde pueda lograr satisfacción con lo que hace y también pueda acceder a un espacio entretenido en sus vidas. Cobrando relevancia su rol fundamental en relación a la identidad y reconocimiento social que pueda tener una persona a partir del trabajo que desarrolla.

El trabajo se asocia a un espacio que genere bienestar humano como uno de los elementos fundamentales que se espera encontrar allí, destacando el hecho de sentirse valorados como personas, sin embargo existe una clara tendencia a sentir lo contrario. Pues se han sentido valorados únicamente, en la medida que sean útiles para la empresa, emergiendo solamente como mano de obra útil para lograr los objetivos de la empresa, generándose una disociación entre lo que es la fuerza de trabajo y la persona por sí misma.

Esta tensión se visualiza principalmente respecto al anhelo que tienen los trabajadores, por potenciar una relación de confianza y amistad entre el empleador y sus trabajadores, relación que gatilla frustraciones y malestar dentro del trabajo, al no verse satisfecha. En este sentido, estas necesidades que se busca satisfacer en el trabajo, van mucho más allá que un bienestar económico, pues reclaman mejores tratos y una relación donde no exista discriminación de unos por sobre otros.

Se pone énfasis en la necesidad de ser reconocidos, y valorados por sus jefes al momento de plantearse una meta en común, fortale-

ciendo relaciones de confianza que permitan hacer frente a los prejuicios que se generen sobre ellos, que terminan por imposibilitarles emerger desde su identidad en el lugar del trabajo.

El acceso a un trabajo marca un hito fundante en la historia de la persona dando origen a un nuevo periodo en su vida. Es en función del desarrollo de algún tipo de actividad laboral, la que determina socialmente “como está la persona”, es decir, por medio del trabajo la persona puede demostrar a su entorno social que ha habido un cambio con él en su vida, un cambio que implica fundamentalmente un cierto grado de responsabilidad tanto personal como familiar.

De esta manera, el trabajo se transforma en un elemento constituyente de la identidad de la persona, la cual se va constituyendo a partir de las reflexiones que hacen otros en relación al hecho de tener un trabajo y por otra parte a partir de las interacciones que experimenta la persona dentro del trabajo, tanto con sus superiores como con sus compañeros de trabajo, con los que anhela desarrollar relaciones de confianza y apoyo mutuo. En este sentido destaca el rol del trabajo, en el sentido que contribuye a la construcción de identidad tanto individual como colectiva.

En este sentido, el trabajo tiene un rol central en relación a los elementos integradores que conlleva, de esta manera se constituye en un eje que facilita el comienzo de procesos de integración social para la persona, en el sentido de ser una fuente de ingreso, proporcionando identidad y legitimidad social, reconocimiento social, y facilitando la participación en acciones colectiva. De esta manera, el trabajo facilita los contextos en los que se desenvuelve la persona. En este sentido, el desarrollo de un trabajo permite por ejemplo que la persona se proyecte en el tiempo, acceda a un lugar de socialización, entre otros.

No obstante, los distintos procesos de integración que se gatillan a partir del desarrollo de un actividad laboral. Esto no se da con cualquier tipo de trabajo. Es necesario destacar, las diferencias existentes entre un trabajo formal y un trabajo informal. En relación a este último tipo de trabajo, destacan los riesgos que implica realizar este tipo de actividad, y las distintas estrategias de sobrevivencia que tiene que desarrollar la persona para satisfacer sus necesidades básicas. De esta manera, el desarrollo de este tipo de actividad implica

funcionar desde el día a día, es decir, la imposibilidad de pensar más allá que el contar con el dinero necesario para asegurar el lugar donde dormir en la noche, lo que dificulta la posibilidad de visualizar un camino a seguir, que les permita experimentar un mayor bienestar de vida.

Por su parte, el trabajo formal, si bien no es significado como un trabajo seguro de larga duración en la vida de la persona, implica que la persona logre cierto grado de estabilidad, lo que le permite satisfacer las necesidades básicas, abriendo espacios para comenzar a reflexionar acerca de otros aspectos de su vida, como por ejemplo estrategias de progreso como lo constituyen principalmente los estudios, o pensar en la posibilidad de recuperar las relaciones con la familia, que por diversas razones sufrieron algún tipo de quiebre.

En este sentido, destaca el hecho, que en la medida que la persona logre tener un trabajo estable, se puede “generar” tiempo dentro del proceso de vida que experimenta, es decir, se puede comenzar a construir metas de corto plazo que le permitan, construir un camino hasta alcanzar algún tipo de proyecto personal que visualice como un estado de mayor bienestar para su vida.

Al mirar el trabajo en un marco de la exclusión social, se puede hacer una relación entre el realizar una actividad laboral con un rol fundamental respecto al proceso de exclusión social, pues en la medida que cuenten con un trabajo, las personas en situación de calle se sitúan en distintos lugares dentro del proceso de desafiliación social. Cabe destacar que existe un proceso que incluye etapas que van desde la integración social hasta la exclusión social, pasando por una zona de vulnerabilidad social, es decir, confluyen distintos factores que potencian el proceso de desafiliación social que experimenta la persona.

En función de los resultados de esta investigación, se observa que de acuerdo al tipo de trabajo que tenga la persona, es que se sitúa en un lugar distinto dentro de este proceso de exclusión social. En el caso de los trabajadores con trabajo informal, se observa que se encuentran más cercanos al polo de la exclusión social, principalmente porque la persona no mantiene una vinculación estable y próxima dentro de un territorio que le asegure principalmente su protección

en relación a los soportes que tienen relación con el ámbito laboral, familiar y relacional.

En este contexto, la persona comienza desarrollando actividades laborales arriesgadas e ilegales como es el caso del comercio ambulante, el que termina transformándose en un esfuerzo que realiza para no quedar completamente inexistente socialmente.

Por su parte, los trabajadores con trabajo formal comienzan a construir un camino hacia la integración social, que encuentra sus bases principalmente sobre una relación estable de a lo menos seis meses con su trabajo, lo que ha significado contar con un espacio que genera estabilidad y seguridad respecto a las relaciones interpersonales que establece.

Por otra parte la persona comienza a remirar a su familia, con la intención de reconstruir una nueva relación con ellos.

En este sentido, cobra relevancia los cambios que han experimentado los tres soportes sociales; familiar, relacional y laboral, que articulan el proceso de integración social que experimentan las personas.

De esta manera, destaca principalmente la interacción entre la persona y estos soportes, los que debiesen garantizar una protección y estabilidad para la persona. Sin embargo, los cambios experimentados a nivel mundial, hoy en día no garantizan estos aspectos. En este sentido, por ejemplo en el mundo laboral, destaca la tendencia a la flexibilidad y la precariedad que experimenta el mercado laboral, lo que ha terminado generando ciertas tensiones en relación al individuo, pues el contexto tiende principalmente a la inestabilidad tanto a nivel social o económico.

Si bien destaca la movilización que genera en la persona, el acceso al trabajo, no queda claro si este eje por si solo es el único motor con el que cuenta la persona, pues en este proceso también destaca el apoyo brindado por la familia y amigos. En este sentido, sería recomendable investigar respecto a los otros ejes que tienen relación con el soporte familiar y relacional. De esta manera se podría visualizar la forma en que interaccionan los distintos ejes de integración social basados en los tres soportes sociales de acuerdo al proceso de integración social que experimentan las personas.

## Referencias

Castel, R. (1997). Las metamorfosis de la Cuestión Social. Argentina.: Ed. Paidós.

Mideplan, Hogar de Cristo, Corporación Nuestra Casa (2003). Catastro Piloto de Personas en situación de calle, Comuna Estación Central.

OIT. (1995). La exclusión social en América latina. Foro regional. Lima- Perú.

OIT. (1999). La Exclusión Social en el Mercado de Trabajo El Caso del MERCOSUR y Chile. Síntesis Ejecutiva, Primera Edición. En Fundación Ford

PNUD. (2000). Desarrollo humano en Chile. Santiago- Chile.

PNUD. (2002). Desarrollo humano en Chile. Santiago- Chile.

Ruiz- Tagle (2000). Exclusión Social en el mercado del trabajo en MERCOSUR y Chile. OIT, Fundación Ford. Santiago- Chile.

Villatoro P. (2000). Línea base y Seguimiento Hospederías En Hogar de Cristo.

[www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)



# SALUD MENTAL PARA CHILE



## BASES PARA UN MOVIMIENTO POR LA SALUD MENTAL PARA CHILE

### 1. Acerca de la necesidad de un movimiento

**L**a experiencia internacional, especialmente en Europa y América Latina, nos muestra que todos los procesos de reforma que han llegado a concretarse, se han puesto en marcha con un movimiento social que lo asuma como tarea propia. Del mismo modo, la extinción del protagonismo de estas fuerzas ha sido una de las causas de su retroceso, especialmente en los últimos años. Se requiere del protagonismo organizado de muchos actores sociales, tanto individuales como colectivos, para lograr instalar dentro de la sociedad chilena la necesidad de urgentes cambios en el ámbito de las políticas de Estado acerca de las prácticas en salud mental y psiquiatría. De allí la necesidad de plantearnos la creación de un Movimiento por la Salud Mental para Chile

Este movimiento se abocará a promover, a lo largo del país, el desarrollo de múltiples y variados espacios de discusión, problematizadores y creativos, cuyo objetivo sea el mejoramiento de la salud mental de los chilenos, de su calidad de vida, y el respeto pleno a sus derechos humanos y civiles fundamentales. Propiciamos la transformación en ciudadanos plenos de derechos de las personas que padecen enfermedades o problemas en su salud mental, impulsamos la defensa de sus derechos a satisfacer dignamente sus necesidades esenciales y a ser protagonistas activos de los procesos sociales. Por tanto, luchamos contra toda forma de exclusión social.

Para la asistencia de los problemas de salud mental, asignamos un rol preponderante al estado, propiciamos la superación del manicomio y apoyamos el desarrollo de un modelo de salud mental comunitario que con la creación de redes sanitarias y sociales de cuenta de las diversas necesidades de la población y garantice una atención integral y pleno respeto a los derechos de las personas enfermas.

Convocamos a impulsar una modificación sustancial de aquellos métodos con los que se elaboran políticas de Estado en relación con la salud y la salud mental de los chilenos, con el objeto de lograr mecanismos de participación social real y efectiva de la ciudadanía en todos los niveles.

## **2. - Cómo concebimos el movimiento**

### *2.1 Acerca de los sujetos del cambio:*

Visualizamos la activación de múltiples actores del mundo social: aquellos estamentos, grupos humanos, instituciones y personas individuales que representan todas las sensibilidades sociales que están directa e indirectamente relacionados con los problemas de salud y salud mental de los chilenos. Imaginamos una red compuesta por trabajadores de la salud mental, organizaciones comunitarias, colegios profesionales, sindicatos de trabajadores, agrupaciones de base, organizaciones de personas con discapacidad y familiares, representantes de instancias del Estado, Universidades, Sociedades científicas, parlamentarios, periodistas, abogados y todas aquellas personas e instituciones interesadas y dispuestas a aportar en esta iniciativa.

En esta fase fundacional del movimiento percibimos que el sujeto fundamental son las personas con enfermedad mental y sus familiares, trabajadores y profesionales de los diversos dispositivos sociales y de salud que les prestan servicios y las organizaciones de la sociedad civil que se han creado o desarrollan acciones en torno a diversas problemáticas de la salud mental. Estos tres grupos sociales, en quienes golpean con más fuerza las dificultades actuales, están llamados a tomar la iniciativa y a desplegar la energía suficiente para materializar los cambios requeridos.

### *2.2 Acerca de las prácticas del movimiento:*

Se define como un movimiento democrático y participativo; autónomo respecto a poderes públicos o privados, integrador de las

diversas visiones culturales, étnicas, sociales, políticas y técnicas y se basa en el ejercicio de derechos ciudadanos.

Su accionar se funda en la rica experiencia del trabajo desde la ciudadanía en los grupos y micro grupos sociales, con fuerte arraigo en la base social y en los niveles locales: instancias comunitarias, equipos de salud, organizaciones de usuarios y familiares, sindicatos y colegios profesionales de la salud, equipos docentes y de investigación y diversas otras organizaciones sociales.

Aspira a desarrollar redes y lazos de cohesión, intercambio y coordinación para el logro de los objetivos propuestos, tanto en el ámbito local como regional y nacional. Se conecta en todos sus niveles con los actores sociales estratégicos para el éxito de las iniciativas de cambio, con énfasis en la intersectorialidad y en los grupos de poder: legisladores, partidos políticos, justicia, universidades, medios de comunicación, organizaciones de trabajadores, Iglesias, empresarios y otros grupos pertinentes.

Ocupa todas las formas de acción social que faciliten su posicionamiento como movimiento nacional: estudio e investigación en el campo de los grandes temas de salud mental; capacitación y educación sobre los fundamentos y necesidades de la reforma; denuncia de las situaciones que configuran violaciones a los derechos humanos, define estrategias de acción y movilización, etc.

La comunicación interna se desplegará de manera multifacética, utilizando la tecnología computacional, las relaciones directas, la creación de encuentros y espacios de diálogo, las relaciones formales, iniciativas mediáticas, correspondencia electrónica y toda forma válida para este fin.

### **3. Los desafíos inmediatos**

3.1 Será tarea primordial del movimiento impulsar la dictación de una Ley de Salud Mental para Chile y asegurar el cumplimiento cabal de la legislación internacional y recomendaciones pertinentes suscritas por nuestro país en materia de derechos de las personas con enfermedad mental.

3.2 Trabajar por la implementación del Plan Nacional de Salud Mental al cual atribuimos importante rol en el proceso de reforma que se ha iniciado en Chile. Se requiere con urgencia el cumplimiento cabal de lo que dicho documento recomienda y superar impedimentos de orden especialmente estructural y financiero que obstaculizan su eficacia como instrumento de cambio.

3.3 Implementar las ideas y acciones señaladas en el Manifiesto: “Salud Mental para Chile”, surgido del encuentro “Enfermedad Mental, DD.HH. y Exclusión Social: Análisis y propuestas”.

3.4 Dar estructura al Movimiento:

- Crear una mesa de coordinación nacional que tiene como tarea estructurar y representar al movimiento y poner en ejecución los desafíos inmediatos. Similar instancia puede también crearse en los niveles regionales y locales.
- Convocar a un encuentro nacional del Movimiento en el mes de agosto de 2005 cuyo objetivo principal sea evaluar los avances logrados y definir nuevas iniciativas y acciones.

## NUEVO MANIFIESTO. SALUD MENTAL PARA CHILE

- En Chile en los últimos años se ha producido un aumento de la prevalencia de enfermedades mentales y de los factores de riesgo para la salud mental. Esto debido entre otras causas, al cambio del perfil demográfico de la población, con una mayor proporción de adultos y adultos mayores y a las condiciones desfavorables para el desarrollo psicológico de las personas que ha originado la sociedad de mercado.
- Los procesos de modernización acelerada que vive el país, generan cambios en diversos aspectos de la vida, muchos de los cuales se transforman en condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población. Al debilitamiento del rol de la familia y de las redes de apoyo social, se agregan mayores exigencias del medio social, económico y ambiental junto a una mayor accesibilidad a drogas ilícitas. Se mantienen los problemas psicosociales asociados a la pobreza, alcoholismo y violencia. Persiste la discriminación negativa de la mujer en muchos sectores en y la sociedad en general. -
- La prevalencia global de enfermedades mentales en Chile es de 20 a 25%, con un aumento más marcado del abuso y dependencia de drogas ilícitas y trastorno de estrés post-traumático. De igual modo las tasas de prevalencia nos sitúan como uno de los países con mayores problemas de depresión y se observa un aumento de los trastornos psiquiátricos severos. Los trastornos de la infancia y de la adolescencia son de una magnitud no del todo conocida, pero se estima que entre el 10% - 20% de los niños tiene una o más afecciones mentales o del comportamiento.

- Los problemas de salud mental generan una inmensa carga para la sociedad, no sólo por el aumento de su prevalencia sino porque son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. De acuerdo al indicador años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), el conjunto de enfermedades mentales significan la pérdida de 267.457 años de vida saludable, lo que equivale al 15% del total de años perdidos por enfermedades y traumatismos en Chile. Se debe agregar a esto la carga económica oculta que asumen las familias, no suficientemente evaluada ni dimensionada.
  
- El actual modelo político, social y económico junto con aumentar la brecha entre ricos y pobres, produce desigualdades e inequidades que condicionan la relación salud enfermedad de la población y el sistema de servicios que se establece para su atención. Este orden por su naturaleza promueve la individualidad por sobre la solidaridad, e impone la exclusión por sobre la integración, lo cual afecta principalmente a los grupos más pobres de la sociedad, vulnerando particularmente los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica y mental y deteriora cada vez mas su calidad de vida.
  
- Es un hecho que la insatisfacción de las necesidades básicas de las personas les hace más vulnerables a sufrir de trastornos mentales y conductuales y esto a su vez, genera más daño económico a las familias y al país. Esto ha sido definido como “el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales” por la OMS.
  
- En este contexto existen amplios grupos de personas que viven en condiciones de exclusión y marginalidad social, incluso sin llegar a contactar las redes sanitarias o de apoyo social del Estado. Esto ha generado, por un imperativo ético, una creciente acción de apoyo social por parte de instituciones no gubernamentales u otros agentes comunitarios, en subsidio de la responsabilidad del Estado.

- En la actualidad se destina cerca del 50% de los recursos públicos de salud mental a los hospitales psiquiátricos, constituyendo una frágil red sanitaria, sin contactos formales intersectoriales que apoyen la reinserción y la rehabilitación. La existencia de los hospitales psiquiátricos, permite la perpetuación del actual modelo de atención, siendo percibido equívocamente por la comunidad como el único e inevitable destino que corresponde a una persona con un trastorno psiquiátrico severo.
  
- Desde el ámbito público se ha formulado un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que promueve la integralidad en la atención psiquiátrica, la superación del modelo manicomial, la intersectorialidad socio sanitaria, con una bien articulada red de servicios e inserta en la comunidad. Su fundamentación técnica es adecuada oportuna y necesaria y ha tenido algunos desarrollos significativos. Pero se ha hecho difícil implementarlo a cabalidad y se requiere superar trabas de índole política, económica, cultural y burocrática, que impiden su plena aplicación. Por lo mismo el presupuesto de salud mental debiera estar acorde con las recomendaciones de la OMS que señala que este debe estar en torno el 10% del presupuesto de salud. De igual modo preocupa la actual reforma sanitaria, dada la contradicción producida entre las ideas que la sustentan y los principios que orientan el plan nacional. Además preocupa el desmembramiento del sistema pública de salud

### **IDEAS Y ACCIONES QUE ES NECESARIO IMPULSAR:**

1. Desarrollar una práctica en salud mental y psiquiatría comunitaria estrictamente fundada en el pleno respeto a los derechos humanos fundamentales (civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ecológicos y medioambientales) tanto de las personas con discapacidad psíquica como de todas aquellas otras que se encuentran afectadas por problemas en su salud mental.

2. Lograr que la salud mental sea considerada como una variable significativa de la calidad de vida de los chilenos y que su mejoramiento sea integrado en los planes de desarrollo de nuestra sociedad, con un efectivo abordaje intersectorial. Se debe propender a potenciar los factores protectores de la salud mental así como a disminuir los factores de riesgo.

3. Es necesaria una Ley integral de Salud Mental adecuadamente financiada que garantice la adecuada promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas con enfermedades mentales, junto con asegurar el pleno respeto a sus derechos humanos. Esta Ley debe incluir aspectos que corresponde asumir a diversos sectores de la sociedad, tales como salud, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, transporte, entre otros.

4. Apoyar la construcción de un modelo de atención de base comunitaria, con equipos de salud mental y psiquiatría, articulados en una red sanitaria de servicios desde la atención primaria a la hospitalización de cuidados terciarios, en interacción con redes de apoyo social de carácter intersectorial (privado y público) y con organizaciones de usuarios y familiares, que rescaten e integren la activa participación y experiencia de los componentes de las redes que se conformen.

Generar programas y /o propuestas de programas de salud mental y psiquiatría en todos los niveles de atención de salud, de acuerdo a niveles de complejidad, que integren la globalidad de las necesidades de la población, incluidos los trastornos psiquiátricos severos y especialmente los problemas de salud mental que afectan a la infancia, adolescencia y adultos mayores. Estos programas deben abarcar tanto la investigación, la promoción de la salud mental y la prevención de enfermedades mentales como el tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas con dichas enfermedades.

5. Dada la vulnerabilidad psíquica de los trabajadores de salud mental es necesario impulsar la protección y el desarrollo de los derechos de todas las personas que trabajan en el campo de la salud mental y la

psiquiatría en nuestro país, tanto en el sector público como privado: sus derechos laborales, relaciones contractuales, estabilidad en el empleo, el debido descanso, condiciones de trabajo, formación, capacitación, vulnerabilidad y protección frente al desgaste etc.

6. Lograr la implementación en todo el país del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y que este alcance un adecuado financiamiento, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y a las estimaciones del propio Plan. La existencia de otros problemas sanitarios y que el presupuesto de salud sea limitado, no son justificación para no adoptar medidas que permitan otorgar los recursos necesarios

7. Es fundamental revisar los procedimientos y mecanismos que son producto de la puesta en marcha en regiones (y posteriormente en la Región Metropolitana) de la Reforma Procesal Penal en el impacto que tiene en las prácticas clínicas y en el funcionamiento de los servicios, debido a que no se cuenta con los recursos financieros, profesionales y dispositivos adecuados.

8. Asegurar que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES y otras) ofrezcan a sus beneficiarios prestaciones de prevención, tratamiento y rehabilitación para personas con enfermedades mentales de al menos igual cobertura y calidad que las ofrecidas por el sistema público de salud. Se requiere desestigmatizar a las personas que presentan trastornos mentales para superar la discriminación en la cobertura que otorgan las instituciones de salud a estas personas.

9. Luchar contra el estigma, discriminación y violación de derechos que afecta a las personas que sufren discapacidad o trastornos mentales. Impulsar medidas que permitan entregar información, comprometer y educar al mundo político, instancias de decisión, área de las comunicaciones, instituciones educativas y población en general, para lograr una mayor sensibilidad sobre las enfermedades mentales.

10. Impulsar la promoción y respeto de los derechos humanos, con el objeto de prevenir nuevas violaciones a estos, especialmente de todos los grupos discriminados, excluidos, y vulnerados en sus derechos, para evitar generación de nuevas problemáticas de salud mental.

11. El desarrollo e implementación de las ideas antes expuestas requiere de la gestación de un movimiento ciudadano impulsor de la más amplia participación en todos los niveles, con el propósito del impulsar medidas para el mejoramiento de la calidad de vida de la población general y de las personas con problemas de salud mental en particular.

