



**“SITUACIONES PROFESIONALES EN LA
CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY, SEDE
VALPARAÍSO.**

INFORME DE SISTEMATIZACIÓN”

*Seminario de título para optar al grado académico de licenciado en
Trabajo Social y al título profesional de Asistente Social.*

Institución patrocinante:

Corporación Dr. Carlos Bresky

Universidad  de Valparaíso
CHILE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

Profesora Guía : Sra. Juanita Bianchetti Vaccarezza

*Asesora
Metodológica : Sra. Patricia Castañeda Meneses*

*Alumna
Seminarista : Srta. Andrea Millar Flores*

2006



REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNA QUE SE INDICA

VALPARAISO, 14 de noviembre del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpro con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"SITUACIONES PROFESIONALES EN LA CORPORACION DR. CARLOS BRESKY, SEDE VALPARAÍSO. INFORME DE SISTEMATIZACIÓN"**, cursado en el año académico 2006 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. ANDREA MILLAR FLORES incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo Informe Final.

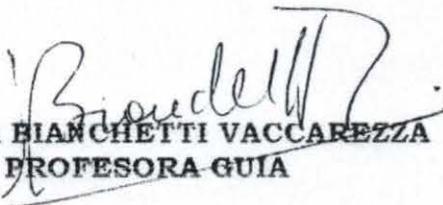
El fundamento de esta calificación, puedo sintetizarlos de la siguiente forma: El seminario de Título sistematiza los resultados de la investigación en relación a las situaciones profesionales en la Corporación Dr. Carlos Bresky Sede Valparaíso.

Las instancias metodológicas utilizadas en forma acuciosa permiten recoger información de lo cotidiano y contingente, evidencian capacidad de análisis y síntesis y un adecuado nivel de profundización del tema abordado.

Se destacan las reflexiones que aportan en forma coherente los variados y complejos aspectos involucrados en la rehabilitación de personas con diagnósticos psiquiátricos.

La redacción amena y el vocabulario apropiado permiten una comprensión adecuada del tema.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota 7.0 (siete punto cero).


JUANITA BIANCHETTI VACCAREZZA
PROFESORA GUÍA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNA QUE SE INDICA.

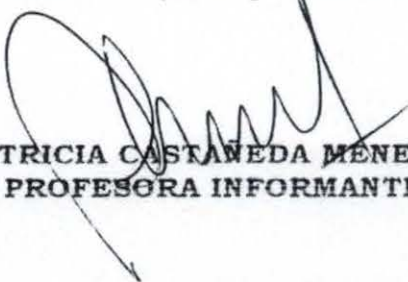
VALPARAISO, 14 de noviembre del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumpla con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"SITUACIONES PROFESIONALES EN LA CORPORACION DR. CARLOS BRESKY, SEDE VALPARAÍSO. INFORME DE SISTEMATIZACIÓN"**, cursado en el año académico 2006 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. ANDREA MILLAR FLORES incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo Informe Final.

Seminario de Título desarrolla un proceso de sistematización de situaciones profesionales desarrolladas por el equipo técnico de la Corporación Dr. Carlos Bresky, alcanzando una convergencia entre el rigor metodológico y la pertinencia conceptual, capaz de visibilizar la dinámica institucional en forma precisa. Destacan las Reflexiones Profesionales como una síntesis de aprendizajes y conocimientos, que aportan en forma significativa al desarrollo temático en términos generales y al quehacer institucional en términos específicos.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota 7.0 (siete punto cero).


PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Agradecimientos...

Mis más sinceras ¡¡gracias!! A todos y todas quienes trabajan día a día en la Corporación Bresky. Ustedes nos demuestran a todos quienes hemos pasado por allí, que otra forma de ver el mundo es posible...

A los y las participantes de la Corporación, quienes me acogieron durante dos años, me entregaron sus energías y revolucionaron mi forma de ver e interpretar el Trabajo Social. Con ustedes aprendí que cada día es más importante que el anterior, porque nos depara sorpresas, nos muestra desafíos. Junto a ustedes poquito a poco comprendí que no importa cual sea el sueño, porque en nuestro interior finalmente siempre se cumplen, y eso es lo importante.

A mi Profesora Guía, Sra. Juanita Bianchetti, por su constante preocupación por el proceso, motivarme y confiar en el éxito de este trabajo.

A mi Guía Institucional, Sra. Nelly Günther por posibilitar la realización de esta experiencia, apoyarla y comprenderla de forma paulatina.

A la Profesora Patricia Castañeda, quien amablemente me acompañó durante este año, apoyándome y entregándome las herramientas necesarias tanto para iniciar como para concluir este proceso.

Muchas gracias por compartir juntos este proceso...

Dedicado a ...

Mi mamita, quien desde siempre me ha apoyado y ha confiado en mí, entregándome todo lo que estuvo a su alcance para brindarme siempre lo mejor. A mis hermanos Fernanda y Cesar, por estar conmigo, confiar en mí y alegrarme en los días grises.

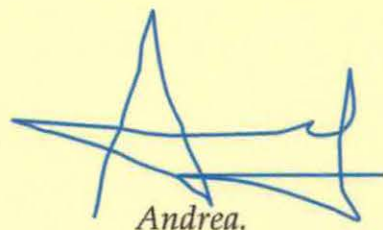
A Jorge, quien me ha soportado durante este largo año, por entregarme fuerzas y seguridad en aquellos momentos en que lo necesite. Por ayudar para que este año fuera menos agotador. Por demostrar todos los días que me quiere...

A mi hija Sofía, quien llevo para iluminar mi mundo. Gracias a ti supe que soy capaz de hacer mil cosas a la vez, casi sin cansarme, que puedo asumir desafíos y hacerlo bien, como a mí me gusta. Gracias mi niña por entender a esta mamá que se paso horas en un computador haciendo "tareas"...

También quiero dedicar este trabajo a Angélica, quien con mucho cariño se encargo de cuidar a Sofita mientras yo estudiaba. Gracias por estar cuando te necesitamos, fuiste parte importante de este año...

Dedicado a quienes directa o indirectamente han estado conmigo durante este año, incluso tú papá...apoyándome para lograr esta meta...

Gracias a todos



Andrea.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ABSTRACT | 1 |
| PRESENTACIÓN GENERAL | 5 |
| CAPITULO I | 7 |
| CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA | |
| 1.1-. Contexto Temático. Esquizofrenia | 7 |
| 1.2-. Contexto Programático. Centros Diurnos de Salud Mental | 29 |
| 1.3-. Contexto Institucional. Corporacion Dr. Carlos Bresky | 41 |
| CAPITULO II | 60 |
| MARCO DE REFERENCIA | |
| 2.1-. Salud Mental: Antecedentes Conceptuales | 60 |
| 2.2-. Salud Mental y Trastorno Esquizofrénico | 65 |
| 2.3-. Situaciones Profesionales en Salud Mental | 78 |
| CAPITULO III | 83 |
| MARCO METODOLÓGICO | |
| 3.1-. Fundamentación Metodológica | 84 |
| 3.2-. Organización Metodológica del Proceso de Seminario de Título | 85 |
| CAPITULO IV | 90 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS | |
| 4.1-. Situación Profesional Reuniones Psicoeducativas con Familiares | 91 |
| 4.2-. Situación Profesional Coordinación De Redes | 106 |

| | |
|--|-----|
| 4.3-. Situación Profesional Talleres Socio Terapéuticos | 125 |
| 4.4-. Situación Profesional Empresa Social <i>Fa</i> | 149 |
| CAPITULO V REFLEXIONES PROFESIONALES | 171 |
| 5.1-. Reflexiones Profesionales en Relación a Las y Los Participantes | 171 |
| 5.2-. Reflexiones Profesionales en Relación a Los Profesionales y el Equipo de Trabajo | 192 |
| CAPITULO VI CONCLUSIONES | 208 |
| 6.1-. Conclusiones Metodológicas | 208 |
| 6.2-. Conclusiones Temáticas | 210 |
| BIBLIOGRAFÍA | 212 |

ABSTRACT

| | |
|----------------------------------|---|
| TITULO SEMINARIO DE TESIS | “SITUACIONES PROFESIONALES EN LA CORPORACION DR. CARLOS BRESKY, SEDE DE VALPARAISO. INFORME DE SISTEMATIZACION” |
| INSTITUCIÓN PATROCINANTE | CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY, SEDE VALPARAISO. |
| PROFESORA GUÍA | Sra. Juanita Bianchetti Vaccarezza |
| ASESORA METODOLÓGICA | Sra. Patricia Castañeda Meneses |
| SEMINARISTA DE TITULO | Srta. Andrea Millar Flores |
| AÑO ACADÉMICO | 2006 |

La presente experiencia de Seminario de Título, denominado “Situaciones Profesionales en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Valparaíso. Informe de sistematización” da cuenta de las situaciones profesionales que realiza el equipo de trabajo de la Institución, y que se evidencian como las más habituales e importantes dentro del ámbito profesional en el cual se desenvuelven. Este informe busca identificar el accionar profesional en su conjunto, para de esta forma, recoger la información que permite comprender las lógicas de conceptualización del trastorno esquizofrénico, como también de la intervención psicosocial que al interior de la Corporación Bresky se desarrolla.

- **OBJETIVOS DE SISTEMATIZACIÓN.**

- ✓ **Objetivo General:**

Sistematizar las principales Situaciones Profesionales desarrolladas al interior de la Corporación Dr. Carlos Bresky en los niveles de Trabajo de Grupo y Comunidad.

- ✓ **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales desarrolladas en la Corporación Dr. Carlos Bresky en el Nivel de Trabajo de Grupo, correspondientes a las Reuniones Psicoeducativas con Familiares y Talleres Socio Terapéuticos.

- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales desarrolladas en la Corporación Dr. Carlos Bresky en el Nivel de Trabajo de Comunidad correspondiente a Coordinación de Redes y Empresa Social *fa*.

- **RESULTADOS.**

Los resultados se orientan a describir las Situaciones Profesionales que se desarrollan al interior de la Corporación Dr. Carlos Bresky, en los niveles de trabajo de Grupo y Comunidad. A partir de esto, se recogen y describen las Situaciones Profesionales desde los criterios establecidos para ello. Es así como se comienza a dar forma escrita acerca del desempeño profesional real que se ejecuta diariamente, tanto con las y los participantes, como con el equipo profesional de la Institución.

De esta forma, se aborda la sistematización de la información recogida, la cual da cuenta principalmente de un estilo de trabajo centrado en la cooperación mutua entre los profesionales, en donde existe un fuerte trabajo de equipo, tanto para las labores administrativas como también, en aquellas

relacionadas con la elaboración y ejecución de actividades, tanto con las y los participantes como con las familias.

Es posible visualizar también los estilos de comunicación que imperan en la Corporación Bresky, los cuales básicamente se basan en el respeto mutuo, trato igualitario y relaciones horizontales. Éstos ayudan a que las y los participantes paulatinamente recobren su visibilidad social y se empoderen de habilidades y capacidades que les posibilitaran reintegrarse al medio social, muchas veces ayudados por sus familias, quienes son actores importantes dentro de este proceso de rehabilitación psicosocial.

La existencia de dispositivos intracomunitarios de Salud Mental, posibilitan que la rehabilitación de las personas se realice desde un ambiente mucho mas grato que el hospitalario. Por otra parte, permite que las familias y la comunidad se hagan parte de este proceso, ayudando a las personas en rehabilitación a recobrar la confianza en sus capacidades. Sin embargo, la mayor fortaleza se encuentra en desmedicalizar la mirada hacia la patología psiquiátrica, equiparando las importancias entre los tratamientos médicos, farmacológicos y psicosociales que buscan disminuir los efectos de la enfermedad y ayudar a la reintegración social y laboral de las personas.

- **CONCLUSIONES.**

- ✓ **Conclusiones Metodológicas,** se destaca el valor de recoger información desde el campo laboral en acción, sin descontextualizar la labor profesional. Es importante que por medio de la metodología utilizada, el enfoque con el cual se aborda la temática, es decir la esquizofrenia, sea desde una óptica positiva, en donde la enfermedad no se visualiza demasiado, ya que la importancia se centra en las capacidades y habilidades resilientes a la enfermedad. Por esta razón, el abordaje desde un sentido positivo, centrado en la recuperación permite cambiar la visión discapacitante que se tiene de las enfermedades psiquiátricas.

✓ **Conclusiones Temáticas,** se destaca la importancia de realizar experiencias de análisis en la patología psiquiátrica, principalmente de la esquizofrenia, y más aun, abordarlo desde la rehabilitación psicosocial centrado en las habilidades de la persona, rescatando la importancia de la familia y del entorno social para su rehabilitación. Se aborda la importancia del rol de rehabilitador que adquiere el Trabajador Social en este ámbito laboral, y del rol de promotor en la comunidad, para de esta forma, ayudar a disminuir los estigmas y prejuicios que la sociedad aún mantiene hacia la personas con trastorno psiquiátrico. Finalmente, se hace hincapié en que las situaciones profesionales presentadas son solo una parte de una amplia gama de situaciones profesionales que se desarrollan diariamente al interior de la Corporación Bresky, y que a raíz de la cotidianeidad de las acciones, así como también, por la internalización profunda de los aspectos conceptuales y valóricos que están a la base del accionar profesional, muchas veces no se visualizan completamente las actividades profesionales, individuales o de equipo que al interior de la institución se realizan.

PRESENTACIÓN GENERAL

El Seminario de Título que se presenta a continuación, da cuenta de las Situaciones Profesionales que se desarrollan al interior de la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Valparaíso, institución que se dedica a la rehabilitación psicosocial de personas que han sido diagnosticadas médicamente con esquizofrenia.

Esta sistematización explora aquellos desempeños profesionales realizados de forma cotidiana, y que representan el quehacer técnico, profesional e institucional de la Corporación Bresky, la cual es una entidad pionera a nivel nacional en la rehabilitación extra hospitalaria de carácter psicosocial para personas con trastornos psiquiátricos.

A partir de lo anterior, nace el interés de indagar acerca de las Situaciones Profesionales desarrolladas por el equipo técnico y profesional de la institución, ya que a partir de estas experiencias, se rescatan nociones innovadoras y aprendizajes respecto a la manera de percibir la enfermedad mental y las formas de intervención con este grupo de personas, información que se expone en el presente Seminario de Título, el cual ha sido organizado en los siguientes capítulos:

En el Capítulo I **Contextos de la Experiencia** se presentan los principales antecedentes temáticos e institucionales vinculados a la temática seleccionada. En el Capítulo II **Marco de Referencia** se revisan los conceptos que enmarcan el proceso de análisis de la presente sistematización.

En el Capítulo III **Marco Metodológico** se exponen las principales decisiones metodológicas asumidas en el desarrollo de la experiencia. En el Capítulo IV **Análisis de la Información**, se recogen los resultados obtenidos a través de la sistematización. El Capítulo V **Reflexiones Profesionales** expone los principales aprendizajes obtenidos por la alumna seminarista, en

torno a la temática abordada y los resultados obtenidos por medio de la sistematización.

Finalmente, el Capítulo VI **Conclusiones** expone las reflexiones finales relacionadas a los ámbitos metodológicos y temáticos, que permiten obtener una visión general del proceso realizado, como también los aprendizajes obtenidos a los largo de éste.

CAPITULO I

CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

CAPITULO I

CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

1.1-. CONTEXTO TEMÁTICO.

ESQUIZOFRENIA

A-. Antecedentes Históricos y Conceptuales de la Esquizofrenia¹:

Eugen Bleuler, utiliza la palabra esquizofrenia por primera vez en un artículo publicado en el año 1908. Ésta fue creada a partir de la unión de dos palabras griegas:

- ✓ Schizein: escindir o dividir
- ✓ Phren: mente.

La historia de la esquizofrenia es compleja. Antes del Cristianismo y en otras visiones del mundo, los trastornos mentales se relacionaban con lo sagrado.

La Edad Media se caracterizó por una relación entre los demonios y la locura. Con el Cristianismo se “demonizaron” los dioses paganos, y los trastornos mentales fueron vistos como posesiones diabólicas. Cuando se consideraba al insano como poseído, se le exorcizaba, si se le consideraba criminal, era enviado a prisión. La teoría demonológica se masifica en el siglo XV con la publicación del *Malleus Maleficarum*, obra elaborada por Spranger y Kraemar², la cual trata sobre el diagnóstico y tratamiento de la brujería, siendo ésta apoyada por el Papa Inocente VIII. Este fue el manual de la Inquisición.

¹ Huneus Teresa. Esquizofrenia, Editorial Mediterráneo, año 2005.

² Florenzano Ramón. Psiquiatría, Editorial Mediterráneo, año 1999.

A lo largo de la historia, la esquizofrenia ha recibido diferentes conceptos y formas de tratamiento. Éstos han estado en directa relación con las formas de concebir y entender la enfermedad, alejándola o acercándola del aspecto social, pero tendiendo como punto de unión, la perspectiva medica. Frente a esto, a continuación se dan a conocer algunas de las diferentes posiciones conceptuales y de tratamiento frente a la esquizofrenia:

| TEORIA Y/O AUTOR | AÑO | POSTULADO |
|--|-----------------------|--|
| Tratamiento Moral y no restraint: Pinel, Tuke, Conolly y Brown | Fines del siglo XVIII | Pinel en Francia y Tuke en Inglaterra, aplican a los enfermos mentales el tratamiento moral. Se supuso que los enfermos podían entender y responder a un trato positivo, humano, sacándoles las cadenas y todos los tratamientos inhumanos a los que eran sometidos. En 1838, John Conolly en Inglaterra y Brown en Edimburgo impulsaron simultáneamente el <i>no restraint</i> , un tratamiento que intentaba no reprimir al enfermo mental. Conolly sostuvo que había que tener mucho cuidado con la tenue barrera que separaba al tratamiento de la simple represión. |
| Aislamiento y control social: Esquirol | 1772 - 1840 | Representa la primera generación de médicos que se dedico exclusivamente a la enfermedad mental. Para Esquirol el aislamiento es una medida terapéutica basada en la necesidad médica de frenar la principal manifestación de la enfermedad mental: el delirio. La justifica desde un punto de vista médico, aunque reconoce que el aislamiento equivale a secuestro. A partir de este autor, la psiquiatría se impone como una nueva especialidad, ratificando la exigencia social de la época: segregación de una categoría "peligrosa" y su reclusión en un espacio cerrado. |
| Emil Kraepelin | 1855 - 1926 | En 1857 nace la "Teoría de la Degeneración", la cual incluía la idea de que la enfermedad mental que afectaba a una generación, podía afectar a la próxima en un grado cada vez mayor. Los mecanismos involucrados eran la transmisión y degradación de la "semilla manchada". Se sostuvo que esta "mancha", no era tan solo genética, sino también física, creyendo reconocer los estigmas de la degeneración en dientes, orejas y cabezas deformes. Se buscaron mecanismos de inicio y de mantención del proceso de degeneración y se pensó que el alcoholismo y la masturbación tenían un rol prominente en éste. Luego de varias generaciones, la esterilidad terminaba con esta cadena deteriorante. La importancia de este autor radica en que es uno de los propulsores de la clasificación de los trastornos mentales. |
| Eugen Bleuler | 1857 - 1939 | Utilizo por primera vez la palabra esquizofrenia. Estableció un sistema de síntomas obligatorios para la enfermedad, pero mantenía un "grupo de esquizofrenias", lo cual agrandaba la circunferencia conceptual entorno a ésta, especialmente con la introducción de la "esquizofrenia latente". Las consecuencias de la gran cantidad de conceptos asociados a la esquizofrenia, trajo consecuencias no solo para la investigación, sino también para la situación medico legal de estas personas. En 1933, el gobierno nazi había introducido leyes de esterilización para los pacientes con enfermedades hereditarias, para así purificar la raza. La pregunta de quien es o no |

| | | |
|--|------------------|--|
| | | esquizofrénico adquirió una gran importancia. |
| Kart Schneider | 1887 - 1967 | Realiza una taxonomía de las psicopatías, la cual tuvo gran influencia especialmente en la psiquiatría inglesa. Su gran aporte fue la clasificación de síntomas de primer y segundo orden de la esquizofrenia, que ha sido muy utilizada en la actualidad. |
| Sigmund Freud | 1856 - 1939 | A partir del psicoanálisis, se abren amplias perspectivas en relación a que la psicosis podía ser comprendida desde el punto de vista psicológico. Este enfoque fue el comienzo de una verdadera revolución con respecto a la perspectiva desde la cual se miraba la psicosis. En base al modelo teórico de la psique y sus componente básicos (yo, ello y súper yo) se señala que la psicosis sería el desenlace análogo de una perturbación entre el yo y el mundo exterior. |
| Teorías sistémicas y corrientes post freudianas | A partir de 1928 | La perturbación en un miembro de la familia ya no se ven ni se tratan como una expresión de problemas individuales originados en la historia personal, sino como evidencia de procesos dinámicos que ocurren en el aquí y ahora en la familia completa. A partir de la definición de "madre esquizofrenógena" de Frida von Reichmann, en 1948, los psicoanalistas y terapeutas familiares se concentraron casi exclusivamente en la relación entre la madre y el niño, en busca de una conexión entre los eventos intrapsíquicos y los eventos familiares. Se encontró bastante evidencia que apoyaba que muchas madres eran responsables, en cierto grado, de las psicosis de sus hijos. Se trataba de un hijo o hija con esquizofrenia, víctima de una madre narcisista, explotadora, muchas veces en interacción con un padre débil. En 1956 Gregory Bateson publica un ensayo titulado "Hacia una teoría de la esquizofrenia", describiéndose en detalle y por primera vez un mecanismo que estaría relacionado con el origen de la esquizofrenia y que llamaron el "doble vinculo". Se descubrió la existencia de patrones de comunicación extremadamente confusos y paradójales en la familia del individuo que desarrollaba los síntomas. A pesar de las críticas y objeciones, investigaciones posteriores han confirmado la existencia no solo de doble vinculo, sino también de otras formas de comunicación ambigua y confusa en familias de psicóticos. |
| Psicocirugía, electroshock y shock insulínico | A partir de 1936 | Moniz y Almeida, médicos portugueses, comenzaron a operar el cerebro de pacientes psiquiátricos para interrumpir determinadas conexiones neurológicas, con la intención de alterar la vida emocional de los pacientes y disminuir algunos síntomas, en especial de la conducta violenta. La lobotomía consiste en interrumpir quirúrgicamente las conexiones neuronales entre los lóbulos frontales y pre frontales de ambos lados del cerebro. Se estima que desde fines de la década de los treinta hasta 1950 se efectuaron unas 50.000 lobotomías en Estados Unidos. En Inglaterra se realizó una proporción aun mayor. Se han realizado lobotomías a niños y adolescentes con conductas hiperactivas o agresivas, incluso en niños menores de cinco años. En los años cincuenta surgieron voces discordantes en contra de la lobotomía. Solo la tercera parte de los operados se mejoraba, otro tercio se mantenía igual y el otro tercio empeoraba. Hubo objeciones médicas por el daño irreparable al cerebro, y también sobre los efectos colaterales en la personalidad y la vida emocional de los pacientes. Debido a esto, y junto con la aparición de los psicofármacos, la frecuencia con que se utilizaba |

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| | | <p>disminuyó.</p> <p>En 1938, el Dr. Cerletti realizo el primer electroshock a un ser humano con fines "terapéuticos". Este tratamiento ha suscitado mucha polémica, y actualmente esta prohibido en países como Italia, mientras en otros, como Chile, sigue siendo utilizado, aun cuando sus beneficios son poco claros.</p> |
| Psicofármacos | Alrededor de los años cincuenta | <p>Aparecen los tratamientos con medicamentos, llamados neurolépticos. Se desarrollaron nuevos modelos sobre las enfermedades mentales, en los cuales se planteaba que la esquizofrenia es producto de un alteración de los neurotransmisores, especialmente la dopamina. El hecho de que los bloqueadores de dopamina sean las drogas más potentes para tratar la esquizofrenia sugiere que esta alteración puede ser resultado de un exceso de dopamina en el cerebro. Con la aparición de estas drogas, disminuyo el uso del electroshock, shock insulínico y psicocirugía.</p> |
| Thomas Szasz | | <p>Cuestiona la existencia de la "enfermedad mental" y afirma que se trata de una invención social para estigmatizar a los que se desvían de la norma. Plantea que las sociedades humanas siempre han necesitado un "chivo expiatorio" que sirva como validación simbólica y literal del grupo. Considera la intervención psiquiátrica como método de control social. Para él las enfermedades mentales son problemas humanos y no médicos. Son problemas económicos, morales, sociales y políticos, por lo que las enfermedades mentales serian enfermedades metafóricas.</p> |
| Antipsiquiatría: Laing y Cooper | Desde la década de 1960 | <p>Los representantes de la psiquiatría crítica, existencial y de la antipsiquiatría dieron giro drástico a la excesiva orientación hospitalaria de la psiquiatría y a la violencia encubierta en ella. El termino antipsiquiatría fue acuñado por David Cooper para enfrentar críticamente a los métodos de la psiquiatría tradicional. Laing planteaba que la enfermedad mental, especialmente la crisis esquizofrénica, es un viaje interior comprensible desde lo social y familiar, y hay que ayudar a la persona a atravesar esta crisis, facilitarla en lugar de bloquearla. La crítica se orienta hacia la exagerada libertad o laissez faire hacia el paciente, lo cual resulta peligroso e inadecuado en situaciones de crisis psicótica aguda, en donde se necesita un contexto de seguridad mayor para realizar su proceso terapéutico.</p> |
| Psiquiatría social: Maxwell Jones | A partir de 1947 | <p>A final de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría británica y norteamericana que se practicaba en las fuerzas armadas, utilizaban tratamientos en grupos y se le prestaba mucha atención al medio social. De la terapia individual, esta corriente evoluciono hacia la terapia grupal y comunitaria. Jones comprendió la importancia de que los pacientes tuvieran una participación activa en su tratamiento, que éste fuera flexible, y que las relaciones entre los pacientes y los miembros del equipo no fueran jerárquicas, sino horizontales. Jones creó comunidades terapéuticas dentro de los hospitales. Su objetivo central era favorecer al máximo las capacidades de las personas que en ellas participaban, dándoles la mayor responsabilidad posible, sin que el equipo renunciara a la suya, mejorando así la autoestima de los pacientes.</p> |

| | | |
|---|------|---|
| Teoría de la vulnerabilidad: Zubin, Spring y Neuchterlein | 1977 | Sugieren que los episodios psicóticos son gatillados por eventos vitales estresantes. La idea es que la persona que tiene vulnerabilidad psicótica tiene un cierto umbral de tolerancia a los eventos estresantes. Cuando se sobrepasa este umbral, se gatilla un episodio psicótico. La vulnerabilidad a la esquizofrenia puede ser heredada y/o adquirida. Sostienen que la mayoría de aquellos que experimentan episodios esquizofrénicos vuelven al funcionamiento entre los episodios. |
|---|------|---|

A partir de la lectura del cuadro anterior, es posible observar que las diferentes concepciones y tratamientos hacia la “locura” han estado fuertemente unidos al contexto social y teórico que en la época imperaba. De esta forma, se atravesaron etapas en donde la esquizofrenia era tratada de forma humana, intentando alejarla de los tratos violentos o degradantes. También hubo periodos en donde la internación y tratamientos invasivos fueron la única técnica médica y social conocida para intentar revertir los efectos de la enfermedad. De esta forma, se aprecia el enorme avance en la comprensión y tratamiento de la esquizofrenia, llegando hasta nuestros días, en donde el tratamiento médico y farmacológico adecuado e informado, además de una intervención psicosocial, garantizan la recuperación parcial o total de las personas que son diagnosticadas con la enfermedad. Por otra parte, si bien los avances han abierto puertas y entregado luces de esperanza en torno a la patología psiquiátrica, mucho aun nos queda por hacer en el plano social, ya que aun persiste la discriminación y estigmatización hacia este grupo de personas, especialmente al interior de la comunidad, ya que aun no se logra la integración plena de las personas con discapacidad de causa psíquica, en ambientes tanto sociales, culturales, recreativos, deportivos y especialmente laborales.

B-. Antecedentes Conceptuales de la Rehabilitación Psiquiátrica:

A partir de fines de la Segunda Guerra Mundial (1945) se establece un paso trascendental en la historia de la asistencia psiquiátrica, el cual se caracteriza por la puesta en marcha de un proceso de reestructuración a través de la organización de estructuras psiquiátricas alternativas a las clásicas. Paulatinamente se comienzan a cerrar los hospitales psiquiátricos y crean los dispositivos comunitarios de atención. El desarrollo de estas políticas se basó en factores de diversos ámbitos -políticos, económicos, médicos, ideológicos y sociales.

La desinstitucionalización, implicaba una nueva concepción de la psiquiatría, pasando desde un modelo custodial a un modelo de atención comunitaria. Lo comunitario devuelve al sujeto a una posición dentro de un contexto relacional, del que había sido despojado, en el que la comunidad y el núcleo familiar juegan un papel activo y donde se materializa un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud mental. Esta transformación tuvo múltiples implicaciones, pero entre las consecuencias más importantes están³:

a) Articulación de nuevas políticas de Salud Mental: La reforma psiquiátrica ha requerido el desarrollo de políticas de salud mental que promuevan la atención comunitaria de la persona con trastornos psiquiátricos. Estas políticas implican la creación de una red de servicios comunitarios que den cobertura a las diferentes necesidades de la persona y de su familia, entendiéndolo como un ciudadano con plenos derechos. Este enfoque exige la planificación, organización y coordinación de una diversidad de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social.

b) Énfasis en la rehabilitación: La emergencia y la necesidad de la rehabilitación sólo se puede entender dentro del contexto generado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. En el **modelo**

³ MINSAL. Documento borrador "Orientaciones técnicas para la rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad de causa psíquica", año 2005

custodial la rehabilitación tiene un carácter secundario y residual y tiende a ser confundida con la laborterapia y las actividades meramente ocupacionales. **En el enfoque de atención comunitaria la rehabilitación es necesaria para ayudar a los pacientes recluidos en los hospitales psiquiátricos a reinsertarse en la comunidad y sobre todo a mantenerse en ésta con la mayor autonomía y calidad de vida posible.** A esta nueva perspectiva subyace un cambio en la concepción del enfermo mental crónico. Se pasa de considerarlo un sujeto **“paciente”**, con una limitada capacidad para manejar su entorno, a una persona activa **“usuario”** que puede ejercer sus derechos en un plano de igualdad, es decir un ciudadano.

Para comprender el concepto de la rehabilitación en las enfermedades psiquiátricas severas, es importante concebir que el curso de éstas implica cuatro aspectos:

- ✓ Patología
- ✓ Deficiencia
- ✓ Discapacidad
- ✓ Desventaja.

El tratamiento tradicional pretende remover las causas, la etiología del problema, es decir la patología y sus deficiencias asociadas. En tanto **la rehabilitación apunta a reparar las consecuencias de la enfermedad mental crónica, es decir la discapacidad y minusvalía.** La **discapacidad** se caracteriza por la **restricción de la capacidad** de una persona para desempeñar funciones cotidianas. Por otra parte, la **minusvalía** o desventaja se refiere a las **barreras sociales** o a las limitaciones en las oportunidades para integrarse plenamente a su entorno.

La rehabilitación considerada desde esta perspectiva, **ofrece una visión de la enfermedad mental donde la dimensión socio-ambiental tiene tanta importancia como la biológica y en la que la supervisión de las minusvalías es tan necesaria como el tratamiento de los síntomas.**

La rehabilitación psicosocial es definida por la OMS (1996) como *“un proceso que facilita oportunidades para que los individuos, que tienen una deficiencia, discapacidad o minusvalía producto de un trastorno mental, alcancen su óptimo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad”*.

La rehabilitación esta relacionada, con aumentar las capacidades del sujeto y desarrollar recursos y apoyos en el entorno. Los problemas de la persona discapacitada tienen que ver con el acceso social y esto depende de la provisión de apoyos sociales que pueden facilitar este acceso y ayudar a la persona a mantenerse en una posición social. En este sentido no existe la discapacidad ni la habilidad descontextualizada de los determinantes sociales. **La rehabilitación no es la sustitución de discapacidades por capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones;** sólo dentro de tales dinámicas se genera la capacidad. La rehabilitación **es un proceso que implica la apertura de espacios de negociación para el usuario, su familia, la comunidad que lo rodea y los servicios que se ocupan de él.**

Bajo estas lógicas, la rehabilitación psicosocial tiene dos grandes objetivos:

- ✓ **A nivel de sujeto:** Desde el punto de vista funcional se pretende mejorar habilidades que la persona tenía, pero ha perdido; evitar el deterioro de capacidades; potenciar las capacidades residuales y enseñar a la persona habilidades nuevas.

- ✓ **A nivel de contexto:** Los objetivos son desarrollar recursos y apoyos, que se mantengan pese a los cambios sociales y que permitan la inserción del sujeto en su comunidad en el largo plazo.

C-. Características de la Salud Mental y Psiquiatría en Chile:

La prevalencia de las enfermedades mentales ha aumentado en nuestro país, especialmente en la población mayor de 15 años⁴, lo cual se ha traducido en un aumento en la demanda de atención de los servicios de Salud Mental y Psiquiatría. El paulatino aumento de las consultas referidas a Salud Mental da cuenta de la importancia de abordar estas problemáticas, mas aun cuando los primeros indicios de los trastornos mentales se inician en la adolescencia, lo cual da un buen pronostico, tanto para el tratamiento como también para la rehabilitación de las personas. En este sentido, los esfuerzos han estado centrados en organizar un plan único nacional que de cabida a los trastornos mentales mas frecuentes, de manera tal de asegurar tanto su atención medica, farmacológica, como también, la rehabilitación social y familiar.

En Chile, la esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1,02 % en la población general en estudios realizados en Santiago⁵. Los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar en mayor medida los comportamientos del paciente que interfieren en la convivencia con los demás. Los tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos, con intervenciones de tipo psicosocial, demuestran sistemáticamente el mayor nivel de efectividad, que alcanza a 60 % de los casos.

Desde los inicios de 1990, en el Ministerio de Salud, específicamente en la Unidad de Salud Mental, se comenzaron a desarrollar los lineamientos que en el año 2000 darían paso al Plan nacional de Salud Mental. La importancia de este Plan Nacional se centra en el cambio de paradigma, pasando desde un enfoque tradicional de salud mental, centrado en la atención

⁴ www.MINSAL.cl

⁵ MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, año 2001. Pág. 97

en hospitales psiquiátricos, a un enfoque que centra su accionar en la atención ambulatoria y especialmente comunitaria⁶.

Los lineamientos que sirven de base para la articulación de las diferentes estrategias tendientes a abordar la temática de Salud Mental, se encuentran en el “**Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**”, el cual, en su edición del año 2001, da gran importancia a la intersectorialidad asumida desde las mas diversas instituciones y organismos, públicos y del Estado, para de esta forma, elevar⁷ el nivel de bienestar psicosocial de las personas, familias, grupos y comunidades, en el modelo de desarrollo, en las políticas sociales y en los valores y principios en que se basa la convivencia humana, los cuales son determinantes de las acciones de las instituciones publicas y privadas. Las distintas acciones intersectoriales a desarrollar con el propósito de elevar el nivel de salud mental de la población están dirigidas a la:

- ✓ **Promoción**, actuando sobre los determinantes de la salud
- ✓ **Prevención**, evitando o retrasando la aparición, o atenuar la severidad o duración de los trastornos de salud mental
- ✓ **Detección** temprana, continuidad del tratamiento y rehabilitación en personas y grupos que presentan problemas de salud metal y sus familias.
- ✓ **Favorecer** la reinserción social de las personas con enfermedades mentales, creando redes de apoyo para ellos y sus familias.

La atención de los problemas referentes a la salud mental de la población, se establecen a partir de los tres niveles de atención de salud, abarcando de esta forma a todas aquellas personas que necesiten de la atención especializada en Salud Mental y Psiquiatría. La atención de salud mental esta garantizada, tanto en los consultorios, servicios de urgencia,

⁶ MINSAL (2001) Opp Cit N° 5. Pág. 16

⁷ MINSAL (2001) Opp Cit N° 5, Pág. 23

hospitales, entre otros, para lo cual, la derivación de las personas afectadas de problemas mentales hacia otros profesionales o instituciones con mas capacidad profesional o técnica, es frecuente ya que no todos los servicios de salud cuentan con Psicólogo o Psiquiatra en turnos diarios y continuos.

En el **Nivel Primario**, la atención de personas con esquizofrenia se caracteriza por:

▪ **Grupo de población a la que esta dirigida:**

- ✓ Población **mayor de 15 años** consultantes en establecimientos de **atención primaria, en el sistema publico de salud.**
- ✓ Población **mayor de 15 años** consultantes a **médicos no especialistas, en el sistema de libre elección y privado de salud.**

▪ **Prevalencia poblacional:**

- ✓ **De cada 1.000 personas mayores de 15 años, 5 de ellas presenta esquizofrenia**

▪ **Tipo (s) de establecimiento (s) en que se otorga la atención:**

- ✓ Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales que reciben equipo medico de ronda, Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Servicios de Urgencia y Centros Médicos y consultas privadas de médicos generales.

▪ **Normativa técnica que regula la intervención:**

- ✓ Pautas diagnosticas y de actuación ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria de acuerdo a la CIE 10 (OMS, 1996).

▪ **Forma de acceso a la atención:**

- ✓ **Consulta espontánea** del propio afectado
- ✓ **Consulta de los familiares** (con o sin el paciente presente)
- ✓ **Derivación** desde diversas instituciones sociales, tales como escuelas, lugares de trabajo, iglesias, clubes deportivos, etc.

▪ **Demanda estimada al año:**

- ✓ **Demanda estimada para fase aguda:** el **20 % de los casos** cada año requerirá atención para fase aguda en el nivel primario. Es decir, la demanda es de 1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años.
- ✓ **Demanda para seguimiento y control** en el Nivel Primario de pacientes que se encuentran ya estabilizados en la atención especializada: el 20 % de la prevalencia lograra una estabilización en el nivel secundario que permita continuar tratamiento en el Nivel Primario. Es decir, la demanda es de **1 por cada 1.000 personas mayores de 15 años.**

En nuestro país el tratamiento y rehabilitación para las personas diagnosticadas con esquizofrenia esta garantizado en el Sistema Publico de Salud. Existen diversas instancias a través de las cuales, las personas que tiene la enfermedad pueden acceder para comenzar la rehabilitación en diversas áreas, junto con sus familias.

La organización de servicios para las personas afectadas de esquizofrenia tiene como concepto fundamental, el organizar el sistema de forma que se aborden conjuntamente la supresión de los síntomas de la enfermedad y la promoción de todos los factores que contribuyan a mejores condiciones de vida de las personas, principalmente en los ámbitos de la familia, el estudio, el trabajo y de la vivienda⁸.

⁸ MINSAL Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitacion de las personas afectadas de Esquizofrenia, año 2001. Pág. 41

A partir de la nueva mirada que se brinda a raíz del cambio de paradigma psiquiátrico, la desinstitucionalización de las personas en tratamiento, ha sido un cambio enorme, tanto para las familias y la comunidad, que han tenido que hacerse responsables de sus familiares y miembros, como también para las personas con esquizofrenia, ya que deben insertarse en un medio social que no se encuentra debidamente preparado, para acoger e integrar plenamente a estas personas.

Para ayudar en la tarea de reintegración familiar y social, se han dispuesto dos tipos de servicios:

✓ **Dispositivos dependientes de los servicios de salud:** entre los cuales encontramos:

- **Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria:** es responsable de un área territorial y de una población beneficiaria determinada. Esta compuesto por un equipo multiprofesional que actúan como articuladores de la red de Salud Mental y Psiquiatría. Realiza labores de coordinación de los distintos dispositivos involucrados en la rehabilitación y reinserción, y labores de prevención y promoción de salud en torno al paciente.

- **Atención Psiquiátrica de Urgencia:** idealmente ubicado en el Servicio de urgencias Generales. Se encarga de resolver situaciones que impliquen riesgo vital para el paciente o terceros.

- **Servicio de Hospitalización de Corta Estadía:** ubicado en el Hospital General tipo II o tipo II, con hospitalizaciones no superiores a los 60 días, destinadas a la estabilización de la persona en la fase aguda de la enfermedad. Se realizan actividades integrales de tratamiento como también psicosociales.

- **Servicio de Hospitalización de Mediana Estadía:** destinado a pacientes de alta complejidad, con trastornos mentales graves, recurrentes o persistentes y que interfieren de manera importante en el funcionamiento personal y social. Las hospitalizaciones van desde los 60 días hasta los 12 meses

• **Hospital de Día:** es un servicio adosado y con dependencia administrativa de un servicio de psiquiatría ambulatorio o de un servicio de hospitalización. Es una alternativa a la hospitalización o un complemento de ésta. Evita las internaciones o reduce significativamente su duración. Destinado a pacientes agudos que no requieren ser supervisados en la tarde y en la noche. Funcionan de Lunes a Viernes, con una permanencia de entre 4 a 8 horas.

• **Equipo de Salud Mental de la Atención Primaria:** la capacidad del equipo de salud del Nivel Primario para detectar precozmente los síntomas de la descompensación contribuye a un mejor manejo de la persona afectada y a una mejor utilización de los recursos especializados de salud mental. El equipo de salud es capacitado y supervisado para controlar pacientes con esquizofrenia, que se encuentren estabilizados que hayan completado su fase de rehabilitación en los servicios de psiquiatría ambulatoria. Se encarga también de realizar los controles preventivos de salud general y del tratamiento de la patología pesquisada.

✓ **Dispositivos intracomunitarios:** los cuales son gestionados al interior de la comunidad, para así entregar a ésta la capacidad y responsabilidad de acoger y rehabilitar de manera conjunta a las personas con esquizofrenia. Entre éstos encontramos:

• **Talleres Laborales de Rehabilitación:** atiende personas con discapacidad psíquica que requieren evaluación y rehabilitación específica de sus aspectos vocacionales y destrezas laborales. Deben contar con planes de egreso de acuerdo a los objetivos y metas planteados para sus usuarios. Idealmente realizan programas que van desde aprestos laborales, hasta colocación laboral en empleos no protegidos. Se requiere una jornada de entre 4 a 6 horas

diarias. La ubicación fuera de los ambientes hospitalarios contribuye a la desestigmatización de los pacientes psiquiátricos.

- **Talleres Protegidos:** centros donde se ofrece trabajo remunerado en condiciones especiales a personas que debido a su discapacidad psíquica y/o a condiciones del mercado del empleo, no pueden lograr un trabajo competitivo. El ambiente de trabajo debe estar organizado para dar igual prioridad a la atención terapéutica de apoyo y mantención de habilidades sociales y laborales, como la adaptación al contexto laboral y la productividad. Cuenta con supervisión de profesionales especialistas en rehabilitación, pero el grueso de su equipo está formado por monitores entrenados en el oficio que desarrolla el taller

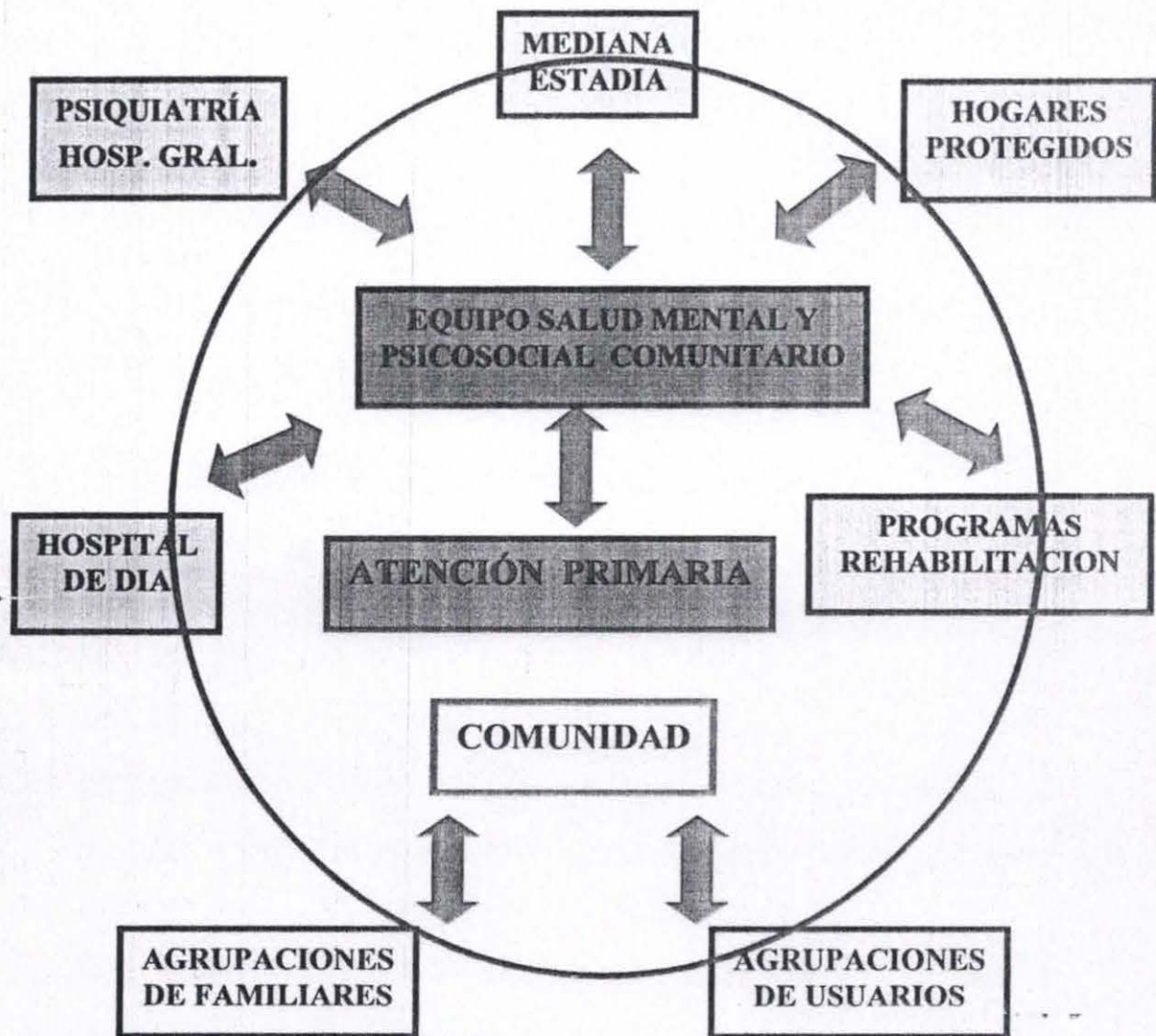
- **Empresas Sociales:** incorporan operarios discapacitados y trabajadores sin discapacidad. Pueden ser administradas por organizaciones de usuarios, organizaciones no gubernamentales, particulares, entre otros. Estas empresas no son autosuficientes, por lo que necesitan subvención.

- **Centros Diurnos de Rehabilitación:** espacios comunitarios de atención ambulatoria para personas que sufren desordenes mentales su propósito es proporcionar a estas personas y sus familias, apoyo para una mejor inserción comunitaria. Su objetivo es la evaluación de las capacidades de las personas y el desarrollo de planes personalizados de rehabilitación y reinserción, poniendo énfasis en las partes sanas. Debe contar con un equipo de profesionales y no profesionales de salud mental especializados en rehabilitación psicosocial. Su administración puede ser realizada por distintas organizaciones y servicios, tanto del sector salud como comunitarios. Idealmente debieran ubicarse cercanos a la residencia de los usuarios.

- **Clubes Sociales:** su propósito es la socialización e inclusión de los pacientes en actividades en las que el tiempo y el quehacer se estructuran de una manera sana y protectora, y en lo posible de la forma más parecida a la vida social de las demás personas. Son instancias de rehabilitación de muy

baja complejidad técnica, que en la gran mayoría de los casos son impulsados por agrupaciones de autoayuda y no requieren personal del sector salud para su funcionamiento.

- **Hogares protegidos:** alternativas de residencia para personas con discapacidad de causa psíquica y soporte familiar inadecuado que les impiden la reinserción comunitaria independiente y que, por ello, requieren de un lugar de acogida. Su objetivo es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad, contribuyendo además al proceso de entrenamiento en habilidades que se relacionan con su desempeño en el hogar, ya que se debe privilegiar la autonomía de la persona. La procedencia de las personas que ingresan a estos hogares puede ser desde los hospitales psiquiátricos o servicios de psiquiatría de hospital general, servicios de psiquiatría ambulatorios o de otros componentes de la red asistencial. Su funcionamiento es diferenciado, tanto de corta estadía hasta residencia prolongada, con distintos grados de supervisión según el grado de autonomía de los habitantes. La administración puede estar a cargo de los usuarios o sus familiares, los servicios de salud, organizaciones no gubernamentales, por particulares y otros. Deben ser acreditados y supervisados permanentemente por las instancias técnicas del servicio de salud en cuyo territorio estén radicados.



A partir de estos antecedentes, existen algunas evidencias que muestran el impacto del cambio de paradigma, desde el “Hospital Psiquiátrico” hacia el nuevo Modelo, centrado en el trabajo en red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría, permitiendo observar los siguientes cambios⁹:

⁹ Información facilitada por la Asistente Social Sra. Verónica Vásquez, Departamento de Salud Mental, Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Año 2006

| Modelo Antiguo Hospital Psiquiátrico | Nuevo Modelo de Red de Salud Mental y Psiquiatría |
|--|--|
| Cuatro (4) centros de referencia nacional | Descentralización en 28 Servicios de Salud |
| Internaciones prolongadas | Tratamiento comunitario |
| Frecuentes reingresos | Prevención de recaídas |
| Familias con pocos recursos (físicos, psicológicos y sociales) | Familias de usuarios se organizan y empoderan |
| Ausencia de centros ambulatorios hacia donde derivar | Red entre: Centros de Atención Primaria de Salud, Equipos de Salud Mental, Hospitales. |

Se puede observar, que la descentralización de la atención de 4 a 28 centros de atención psiquiátrica, además de aumentar la cobertura, posibilita adaptar las diversas realidades y necesidades de las personas de acuerdo al lugar geográfico y social en el cual se encuentran insertos. Por otra parte, también se puede observar el traspaso de la responsabilidad de la rehabilitación e integración social de las personas desde los hospitales psiquiátricos hacia los familiares de los pacientes y sus comunidades, como una forma de disminuir los prejuicios y estigmatizaciones que frente a la enfermedad se generan, como también, comprender y aprender a interactuar con personas que tienen diagnóstico psiquiátrico, interactuando a partir de sus particulares visiones y realidades.

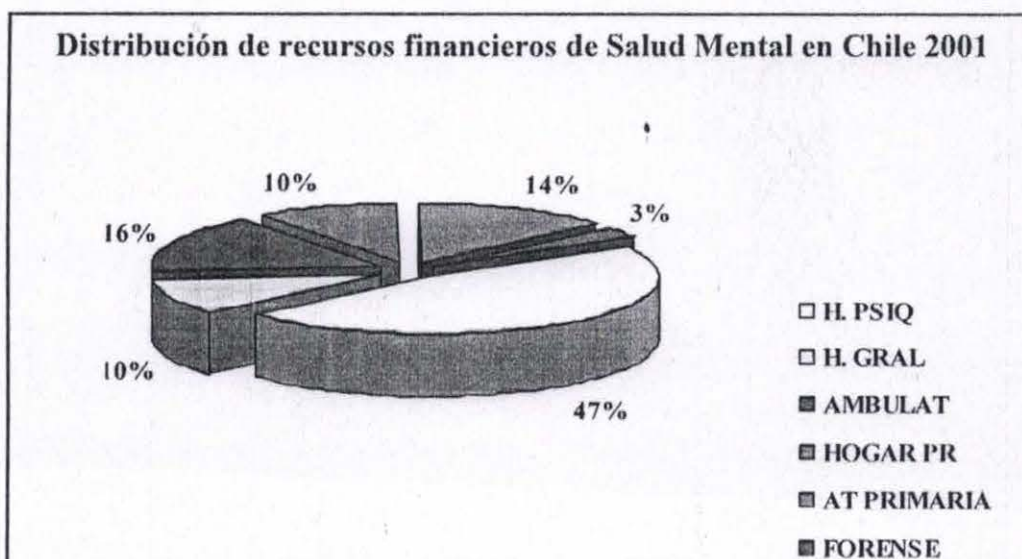
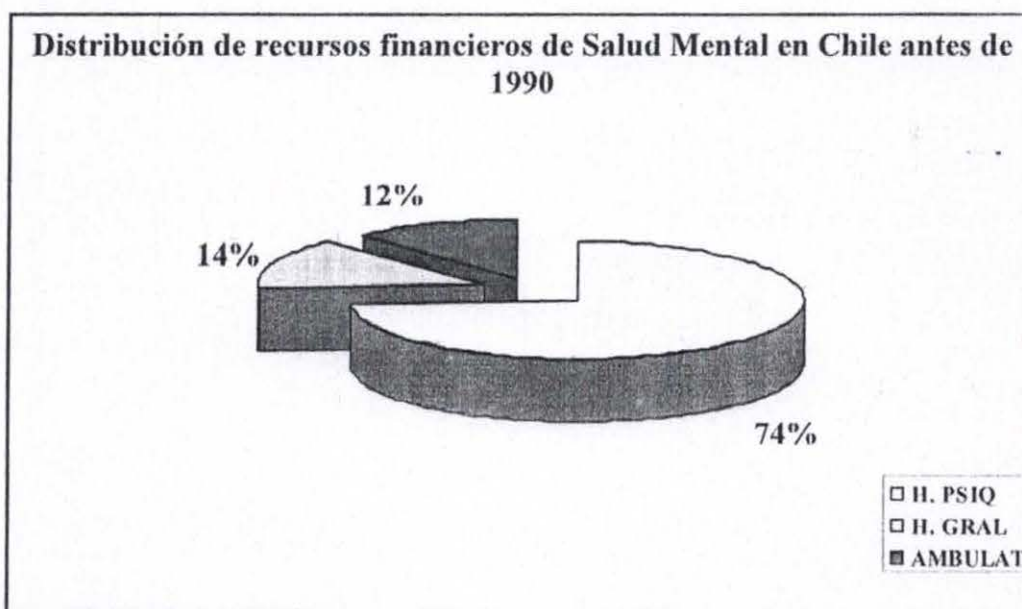
Por otro lado, existen evidencias que permiten señalar que el cambio de paradigma implica una evidente mejora en aspectos relacionados con la enfermedad, por ejemplo, las recaídas y reingresos hospitalarios, como también los índices de suicidio y violencia, tal como lo muestra el cuadro siguiente¹⁰:

| Evidencias sobre atención en Hospital Psiquiátrico y Red de Salud Mental y Psiquiatría | | |
|---|------------------------------|--|
| | Hospital Psiquiátrico | Red de Salud Mental y Psiquiatría |
| Mejoría clínica episodio agudo | +++++ | +++++ |
| Rehabilitación social y laboral | ++ | +++++ |
| Continuidad atención | + | +++++ |
| Mejoría a largo plazo | ++ | +++ |
| Prevención suicidio y violencia | ++ | ++++ |
| Desinstitucionalización | + | +++++ |
| Atención integral de salud | +++ | +++++ |

Un aspecto a considerar son los recursos financieros¹¹ destinados a Salud Mental desde el presupuesto para la Salud, ya que hasta 1990, el 74% del total destinado a Salud Mental, eran destinados a los Hospitales Psiquiátricos, los cuales eran escasos a nivel nacional. Esta situación sufre un cambio a partir del año 2001, ya que solo el 47% de este presupuesto se destina a los Hospitales Psiquiátricos, sumándose a estos ingresos la inclusión de los servicios pertenecientes a la Red de Salud Mental y Psiquiatría:

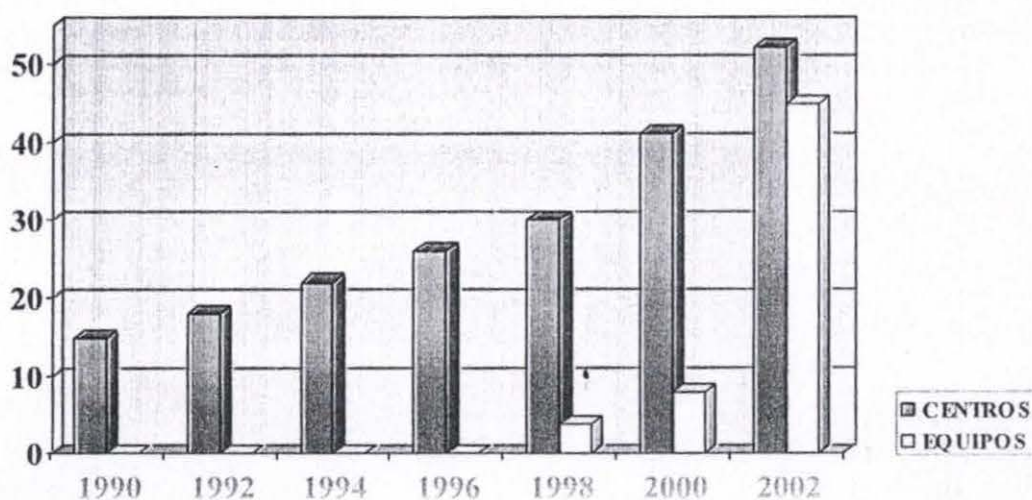
¹⁰ Vásquez (2006) Opp Cit N° 9

¹¹ Vásquez (2006) Opp Cit N° 9



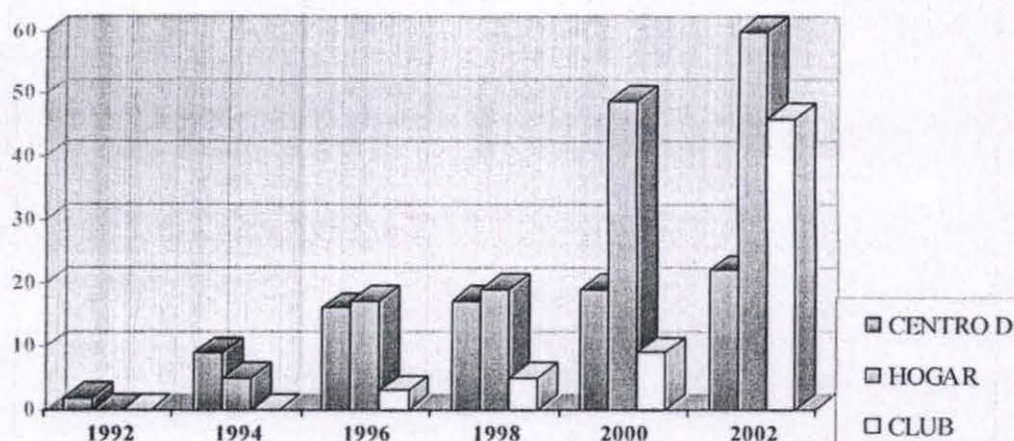
En cuanto a los Centros de Psiquiatría Ambulatoria y Equipos de Salud Mental y Psiquiatría, también ha existido, a partir de 1990, una fuerte alza del número de éstos, especialmente en el año 2002, lo cual ha impactado beneficiosamente en la población que recibe estos servicios, especialmente porque se acercan al plano comunitario, cerca del lugar de residencia, permitiéndose así, un reconocimiento e integración social en el medio de origen. El siguiente cuadro nos muestra el número de Centros y Equipos hasta el año 2002:

Centros de Psiquiatría Ambulatoria y Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Es así como a partir del año 1992, los dispositivos intracomunitarios de atención de Salud Mental, han ido paulatinamente aumentando en número, llegando en el año 2002 a la cifra de 60 Hogares Protegidos en el país. Se observa la creciente participación e interés comunitario, a partir de diversas instituciones y organizaciones, de desarrollar iniciativas orientadas a cambiar la perspectiva de acción y atención de nuestra Salud Mental, especialmente relacionados con los problemas psiquiátricos severos. A continuación, la información del cuadro (proporcionada por el Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio) nos ilustra el crecimiento en cifras de los Centros Diurnos, Hogares Protegidos y Clubes Sociales hasta el año 2002:

Desarrollo de programas de rehabilitación, Centros Diurnos, Hogares Protegidos y Clubes Sociales



Podemos apreciar, que paulatinamente, nuestro país se ha hecho parte de la nueva tendencia de abordar las enfermedades psiquiátricas bajo una nueva mirada, en donde al paciente esquizofrénico se le intenta dar la mejor calidad de vida posible, en un contexto abierto y comunitario, privilegiando el contacto familiar y el reconocimiento tanto del paciente y sus familias, de las características del entorno social, laboral, recreativo, deportivo, de servicios, entre otros, que permitan, paulatinamente generar en la persona las mejores oportunidades para volver a insertarse plena o parcialmente en un ambiente social, alejado de lo hospitalario.

Si bien, nuestro espacio social, no está lo suficientemente informado de la manera de abordar el tratamiento y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos, igualmente al interior de nuestras comunidades, se puede trabajar para integrar a las apersonas y sus familias a las actividades cotidianas de ésta, para así, intentar compensar de alguna forma, en muchos casos, años de lejanía e invisibilidad social, con toda la carga emocional y psicológica extra que esto significa para una persona con diagnóstico psiquiátrico.

1.2-. CONTEXTO PROGRAMATICO. CENTROS DIURNOS DE SALUD MENTAL

A-. Definición de Centro Diurno de Salud Mental:

Un Centro Diurno de Salud Mental es¹²:

- ✓ Un espacio **comunitario**
- ✓ De atención ambulatoria **Extrahospitalaria**
- ✓ Orientado a personas que sufran trastornos mentales, en especial **esquizofrenia** y otros de **tipo psicosociales**.

Su **objetivo principal** es proporcionar **apoyo**, tanto a las personas que participan como a sus familiares, poniendo **énfasis en las partes sanas**. Esto se realiza mediante múltiples actividades que incluyen las áreas psicológicas, sociales, corporales, artísticas, instrumentales, vocacionales y la evaluación inicial de cada usuario, a partir de la cual, se desarrolla un plan de rehabilitación psicosocial terapéutico personalizado que responda efectivamente a las necesidades de la persona.

Cada Centro Diurno es libre para:

- ✓ Desarrollar su propio **perfil**
- ✓ Aplicar su propio **modelo**
- ✓ Generar un **marco teórico** de hacer rehabilitación psicosocial.

¹² MINSAL (2001) Opp Cit N° 8. Pág. 48

Se promueve una **atención personalizada** y de respeto a los **derechos de las personas**. En este sentido, lo más importante es que el Centro Diurno le entregue a la persona que asiste, múltiples y variadas formas de actuar e interactuar, tomando sus propias decisiones, y dándole así la oportunidad de recuperar su autoestima, su independencia y autonomía¹³.

El equipo técnico y profesional de un Centro Diurno debe ser:

- ✓ **Multidisciplinario**
- ✓ **Democrático**
- ✓ **Flexible**
- ✓ **Creativo**
- ✓ **Capaz de intercambiar roles y de permitir.**

Es muy importante que el equipo de trabajo estimule y apoye a las personas en la generación de iniciativas y toma de decisiones, ya que en un Centro Diurno no se promueve la jerarquía tradicional ni rigidez en los roles profesionales¹⁴.

El **objetivo final** de la labor de un Centro Diurno es la **reintegración de la y el participante a la sociedad** mediante un trabajo remunerado y gratificante y la recuperación de una vida armónica en la sociedad. Para estos fines, la persona debe pasar por las siguientes etapas:

- a) **Ingreso, diagnóstico y evaluación.** Diseño de un proyecto terapéutico personal e incorporación a las actividades del Centro Diurno.
- b) **Participación de las actividades** del Centro Diurno. La rehabilitación psicosocial esta en proceso.
- c) **Preparación** de la persona para el reingreso en la sociedad, mediante capacitación laboral

¹³ Huneus (2005) Opp Cit N° 1. Pág. 79

¹⁴ Huneus (2005) Opp Cit N° 1. Pág. 80

d) **Reinserción social y laboral.**

El proceso anterior tarda un periodo aproximado de 18 meses, pero se debe considerar cada caso de manera única, respetando los tiempos y procesos individuales. **No se deben acelerar los egresos**, ya que esto podría provocar una recaída, afectando la autoestima de la persona, asumiendo el retorno al Centro Diurno como una experiencia de fracaso.

En términos generales, la rehabilitación desarrollada en un Centro Diurno tiene dos niveles:

1-. **A nivel de sujeto:**

Funcionalmente se pretende **mejorar habilidades** que la persona tenía, pero ha perdido, evitar el deterioro de capacidades, potenciar las **capacidades residuales** y enseñar a la persona **habilidades nuevas**.

2-. **A nivel del contexto:**

Los objetivos son **desarrollar recursos y apoyos** que se mantengan a pesar de los cambios sociales y que permitan la **inserción del sujeto** en su comunidad en el largo plazo.

Lo anterior se puede lograr a través de estrategias que pretenden:

- ✓ El aprendizaje de conductas sociales
- ✓ El manejo de la cotidianidad
- ✓ El manejo del estrés
- ✓ Brindar apoyo social y afectivo
- ✓ Proporcionar alternativas residenciales y ocupacionales

B-. Principios y Valores de un Centro Diurno de Salud Mental:

- 1-. La Dirección Técnica del Centro Diurno estará a cargo de un o una profesional especializado en salud mental. El **equipo técnico profesional será autónomo y responsable** de todo lo relativo al funcionamiento técnico de la institución
- 2-. La **orientación** de los programas debe ser **pertinente** a las necesidades del grupo, lugar geográfico y cultura
- 3-. El programa del Centro Diurno proveerá una **variedad de actividades**, de acuerdo al punto anterior, para proporcionar así más posibilidades de elección y desarrollo de acuerdo a los intereses de los y las participantes
- 4-. La **orientación de los programas** y servicios ofrecidos debe ser **focalizada en la capacidad y aspectos positivos que presenta la persona**, en lugar de la patología o discapacidad, sin embargo se tendrá presente el favorecer la aceptación de la enfermedad y su tratamiento
- 5-. La **relación** entre los y las participantes y el personal técnico/profesional debe ser **horizontal**, respetando las jerarquías administrativas
- 6-. Se debe favorecer y estimular la **participación activa y responsabilidad** de las y los participantes **en la toma de decisiones** de su proceso de rehabilitación
- 7-. Se orientaran las actividades de modo tal que favorezcan el **asumir roles sociales responsables**
- 8-. El **ingreso** al Centro Diurno debe ser **voluntario**
- 9-. La **participación activa de la familia**, es un factor que favorece el avance del proceso de rehabilitación

CAPITULO I

10-. El centro será un lugar privilegiado para incentivar la practica de los principios básicos del **respeto mutuo**, en especial del **trato igualitario** no importando raza, sexo, religión, condición social o personal

11-. Un aspecto importante a tener en consideración es el mantener **conexiones con otras redes de la comunidad**

12-. El Centro Diurno **no es un centro asistencial**, el énfasis está en trabajar las partes sanas, la consecuencia de la enfermedad. Se debe considerar el apoyo de un Medico Psiquiatra que pueda supervisar la parte farmacológica cuando la o el participante lo requiera.

C-. Modalidad de Atención y Procedimientos:**a) Características de los ingresos a un Centro Diurno de Salud Mental:**

1-. Contar con **información del medico psiquiatra** tratante; diagnostico, observaciones generales, tratamiento y sugerencias

2-. Contar con una **evaluación de discapacidad**

3-. Las personas deben estar **estabilizadas desde el punto de vista psiquiátrico**. Si existiera alguna situación que no se puede manejar en el Centro Diurno, debe derivarse o entregar las orientaciones pertinentes para ser atendido en un centro mas especializado en la sintomatología que la persona presenta (hospital de día, internación psiquiátrica)

4-. Las personas deben ser **mayores de 16 años**

5-. Las personas deben **manifestar expresamente su interés por ingresar** voluntariamente al Centro Diurno

6-. Las personas deben vivir, en lo posible, en el **lugar geográfico cubierto por el Centro Diurno**

7-. El Centro Diurno **reingresará** a la persona las veces que sea necesario.

b) Características de los egresos desde un Centro Diurno de Salud Mental:

1-. El tiempo de **estadía y egreso** dependerá de las **necesidades de el o la participante** expresadas en su plan de rehabilitación personalizado y del cumplimiento de objetivos de ese plan

2-. El **egreso puede verse facilitado por** el surgimiento de **alternativas comunitarias** que sean mas apropiadas para el progreso del proceso de rehabilitación, por ejemplo el ingreso a programas de trabajo, de estudios, de centros culturales y recreativos

3-. El **egreso debe ser originado por la voluntad expresa** de la o el participante

4-. Las **contraveniencias reiteradas a las normas de convivencia** habitualmente aceptadas por las y los participantes, que **atenten contra la seguridad psicológica y/o física del grupo** serán motivo del **egreso del usuario.**

D-. Áreas Básicas de Trabajo en un Centro Diurno de Salud Mental:

Las prioridades y énfasis que el Centro Diurno desarrolle, dependerán de:

- ✓ El **modelo** que realiza el Centro Diurno
- ✓ **Espacio físico** con que cuenta
- ✓ **Recursos humanos** disponibles
- ✓ La **realidad concreta** que cada Centro Diurno posee.

No obstante lo anterior, se recomienda que los Centros Diurnos cubran las siguientes áreas de trabajo:

1-. **Evaluación:** Los y las participantes de un Centro Diurno deberán tener como mínimo una evaluación psiquiátrica de ingreso

2-. **Habilidades sociales:** Mejoramiento de conducta mediante técnicas de habilidades sociales. Esta técnica se puede entregar en forma estructurada, semiestructurada y a través de la observación diaria de comportamientos de las y los participantes que asisten a las actividades del Centro Diurno

3-. **Actividades:** las cuales se realizan con los grupos de participantes y también a nivel Institucional. Las **actividades** a realizar con los y las **participantes** son de tipo:

- ✓ Recreativas
- ✓ Culturales
- ✓ Artísticas
- ✓ Físico-corporales
- ✓ Manuales

- ✓ Instrumentales
- ✓ Terapéuticas con énfasis en lo psicológico.
- ✓ Y orientación y consejería individual a los y las participantes
- ✓ Relacionadas a lo vocacional y laboral. En este aspecto se destaca la función que cumplen las **Empresas Sociales**, las cuales, si bien no forma parte del Centro Diurno como tal, se mantienen muy vinculados a ellos, ya que por lo general se desarrollan de manera conjunta.

La **Empresa Social** es un tipo particular de empresa, sujeta a las exigencias del mercado, que busca contrarrestar algunas de las desventajas de la población a la que está dirigida. Combinan, en equilibrio, la dimensión productiva con la dimensión social. Es, al mismo tiempo, una fuente de ingresos económicos y una vía de reconocimiento social y de incremento de la autoestima y seguridad personal. Por tanto, tiene un carácter emprendedor en lo económico, pero también en lo social. Promueve nuevas relaciones entre los sujetos, donde se repare la fractura cada vez más manifiesta entre lo social y el mercado. Se basa en aprovechar los intercambios sociales y revalorar los recursos malgastados, ocultos y abandonados dentro y fuera de los servicios.

La creación de una Empresa Social requiere del apoyo de políticas de economía social, destinadas a entregar financiamiento u otro tipo de ayudas que permitan su mantención en el tiempo. Por otra parte, se requiere del apoyo de los servicios sanitarios y de rehabilitación y de la comunidad. Este modelo rompe los esquemas de lo público y privado y potencia la incorporación de actores que no eran considerados por el sistema, desarrollando así nuevas formulas de actividad económica. Los ámbitos de intervención señalados no deben ser considerados como paquetes estandarizados por los que pasen todos los sujetos, deben responder a las necesidades particulares de cada persona, a sus motivaciones e intereses. La secuencia del entrenamiento también varía de un sujeto a otro de acuerdo a los objetivos personales planteados.

A **nivel institucional**, se deben mencionar las siguientes **actividades**:

- ✓ **Coordinación intersectorial y trabajo comunitario**
- ✓ **Derivación** de las o los participantes, **coordinación** de recursos humanos y económicos, **trabajo en red** para complementar y continuar el trabajo de rehabilitación desarrollado por el Centro Diurno
- ✓ **Seguimiento y supervisión** cuando las o los participantes dejan de asistir al Centro Diurno.

4-. *Trabajo con familias y Psicoeducación:*

La intervención¹⁵ en esta área busca que la persona con un trastorno mental severo comprenda su situación y alcance un estilo de vida lo más saludable posible acorde con las características de la enfermedad que padece y los cuidados que requiere. La psicoeducación permite que el usuario y su familia adquieran conocimientos y desarrollen una visión realista y a la vez esperanzadora del futuro. Promueve la incorporación activa de la persona con discapacidad y su familia al tratamiento y facilita la aceptación del trastorno por parte de los involucrados.

Los objetivos de esta intervención son:

- ✓ **Aumentar el conocimiento y manejo** de la enfermedad
- ✓ **Mejorar la adherencia al tratamiento** en el usuario
- ✓ **Identificar los factores de riesgo** para así poder prevenir las recaídas
- ✓ **Incrementar el conocimiento sobre los recursos de los servicios sanitarios**

¹⁵ MINSAL (2005) Opp Cit N° 3. Pág. 15

✓ **Mejorar los cuidados** que debe tener el sujeto ante su enfermedad.

Entre las áreas a trabajar están:

✓ Provisión de **información** sobre síntomas, tratamiento y medicación.

✓ **Reconocimiento de síntomas** prodrómicos, anticipatorios de recaídas

✓ **Entrenamiento en el uso óptimo de la medicación.**

La psicoeducación se puede realizar de manera individual o grupal, sólo con el usuario, con éste y su familia o en grupos de usuarios. Este tipo de intervención posee objetivos claros y utiliza, fundamentalmente, técnicas pedagógicas y cognitivo-conductuales.

La psicoeducación¹⁶ persigue reducir los efectos negativos del clima familiar proporcionando apoyo, información, estructura y mecanismos específicos de afrontamiento para tratar con la o el participante. Con la información recibida, se espera que los familiares:

✓ Comprendan cuándo pueden esperar y exigir más a la persona

✓ Se forjen expectativas y planes realistas para el futuro

✓ Comprendan y acepten las limitaciones impuestas por la enfermedad

✓ Establezcan metas apropiadas y asequibles a corto y largo plazo

✓ Disminuyan las presiones a la persona después de los ingresos hospitalarios

¹⁶ Sánchez Sylvia. La emoción expresada familiar en una muestra Costarricense de pacientes esquizofrénicos. Universidad Autónoma de Barcelona. 2001

El Centro Diurno es un muy buen lugar para integrar a los familiares de los y las participantes. Esta integración puede darse de dos maneras¹⁷:

- a) A través de la **psicoeducación**, informando a las familias acerca de la esquizofrenia y como actuar frente a ella.

- b) Y por medio de **talleres terapéuticos**, en los cuales los familiares comparten experiencias y vivencias comunes relacionadas con las y los participantes, compartiendo las dificultades y progresos familiares entorno al tema.

¹⁷ Huneus (2005) Opp Cit N° 1. Pág. 80

1.3-. CONTEXTO INSTITUCIONAL. CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY¹⁸

A-. Reseña Histórica de la Corporación Dr. Carlos Bresky:

La Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky surge de la **iniciativa** de un **grupo de profesionales** del Hospital Del Salvador de Valparaíso (Dr. Iván Nazarala, Psiquiatra, Nelly Günther, Asistente Social, Graciela Rosatti, Enfermera, Olga Briones, Auxiliar de Enfermería) y de un **grupo de familiares de jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia**, en tratamientos ambulatorios e inactivos.

En el año **1979** se trazaron las primeras líneas de acción con el objeto de fomentar la participación de los y las jóvenes en diferentes actividades que fueron organizadas en torno a la idea de un Club. Nace entonces el **Club de Modecate** haciendo referencia al fármaco inyectable más usado en ese momento. Con el **apoyo de la Dirección del Hospital Del Salvador**, sin mayores recursos pero con el entusiasmo de **familiares y equipo profesional** se implementaron **actividades** deportivas, artísticas (teatro y música) y además reuniones de psicoeducación con los familiares.

El entusiasmo siguió creciendo como también el número de participantes lo que motivó a iniciar gestiones para obtención de la personalidad jurídica la que se publica en el Diario Oficial el *20 de Marzo de 1979*. Parte de la primera directiva la constituyeron la Sra. Eliana Cabanilla, como Presidenta, el Señor Belisario Gallardo, Tesorero; el equipo técnico lo conformaban los profesionales mencionados con anterioridad.

El Hospital en sí no parecía ser el lugar más indicado para realizar actividades que tenían por objetivo la reinserción socio-laboral de personas marginadas por motivos psiquiátricos, razón por la cual prontamente se traslada a un local cedido en comodato por el Servicio de Salud Valparaíso-

¹⁸ Material extraído desde libros, publicaciones, revistas y pagina web elaboradas por la Corporación Dr. Carlos Bresky

San Antonio en Calle Simón Bolívar, pleno centro de la ciudad de Valparaíso. A las actividades que ya se estaban realizando se agregó un taller laboral protegido de carpintería en el cual jóvenes se capacitaron y lograron pequeños ingresos que fueron fuertes incentivos para continuar y buscar una reinserción laboral real.

El año 1985 el terremoto no permite continuar funcionando en la calle Simón Bolívar y se hace necesario volver al interior del Hospital Del Salvador; el taller de carpintería deja de funcionar y sólo se realizan algunas actividades que permiten mantener a los y las jóvenes ocupados y ocupadas en algunos talleres artísticos. A pesar de lo anterior este periodo fue importante ya que se participó en varios Congresos sobre Rehabilitación Psiquiátrica (en Viña del Mar, Santiago y Putaendo), las y los participantes estuvieron presentes en las Primeras Olimpiadas para Discapacitados, se realizaron Campamentos y un sin fin de actividades con sus familias.

El año 1991 marca una nueva etapa: dos Asistentes Sociales (Rosa Navarro y Nelly Günther) y algunos familiares (Gloria Caballero, Maria Victoria Vargas, Helen Mac Queen y otros) se unen para dar nueva vida a la Corporación, **obteniendo un recinto del Servicio de Salud en comodato, esta vez al interior de parque El Litre**, en dependencias que pertenecían al ya desaparecido Hospital Jean et Marie Thierry. Se conforma una nueva directiva, se organizan talleres y se contratan profesionales que no son funcionarios del Hospital Del Salvador, lo cual es una **iniciativa innovadora**, adelantándose a lo que se hacía en rehabilitación en Salud Mental hasta ese momento. Al coincidir con las iniciativas de la reforma psiquiátrica del momento, se obtiene todo el apoyo y ayuda financiera de parte de la Unidad de Salud Mental encabezada por el Dr. Alfredo Pemjean del Ministerio de Salud y luego se firma un convenio entre el Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio con la Corporación Dr. Carlos Bresky.

En el año 1996 inicia sus funciones un **segundo** Centro Diurno de Salud Mental **en la ciudad de Peñablanca** y se firma un convenio con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Desde su creación el Centro Diurno de Peñablanca trabaja ofreciendo programas de rehabilitación psicosocial a personas discapacitadas domiciliadas principalmente en Quilpue, Villa Alemana y Peñablanca en convenio con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Estos programas buscan la **autonomía y la reinserción** de las y los participantes a través de talleres especialmente desarrollados a partir de sus iniciativas, necesidades y propuestas de actividades.

Se han realizado numerosas y exitosas iniciativas; se han obtenido recursos del FONADIS (*Fondo Nacional de la Discapacidad*) que han permitido la ejecución de numerosos proyectos y se han realizado diferentes cursos de capacitación con recursos del SENCE (*Servicio Nacional de Capacitación y Empleo*).

A las actividades de los Centros Diurnos se agrega un **Club Social** instancia que facilita la integración y el crecimiento de personas **con y sin discapacidad**. En octubre del año 2002 la Corporación Bresky y su Club Social obtienen el Premio de Innovación Ciudadana.

B-. Corporación Bresky: Alternativa Innovadora en Salud Mental:

La Corporación Bresky es una organización de la sociedad civil dedicada a la rehabilitación psicosocial de hombres y mujeres en problemas psiquiátricos, en Valparaíso y Peñablanca. A partir de la experiencia del equipo de trabajo gestante de esta Corporación, se da origen al **primer Centro Diurno de Salud Mental del país**, modelo que ha sido replicado a lo largo de Chile por diferentes asociaciones de familiares y equipos profesionales. En este sentido, la Corporación Bresky ha constituido una **experiencia antecesora de la actual reforma psiquiátrica** del país.

La Corporación esta integrada por personas en tratamiento psiquiátrico, sus familiares, un equipo transdisciplinario y un grupo de voluntarios. Esta organización es una alternativa de rehabilitación y de reinserción social, es decir, avanza hacia la optimización de los recursos personales, familiares y comunitarios que permitan que las personas afectadas alcancen una mejor calidad de vida y al mismo tiempo reconquisten su naturaleza de ciudadanos con derechos y deberes.

Una de las claves del trabajo de la Institución es la **recuperación** frente a sí mismo y a la sociedad, **del sujeto de derechos** que hay tras cada persona en tratamiento psicosocial. Lo anterior solo es posible en la medida que se potencie la articulación entre quienes viven esta realidad con sus familiares, amigos y equipo de acompañamiento terapéutico, y el entorno social en sus dimensiones individuales y colectivas.

Alejándose de las visiones más tradicionales de los problemas de salud mental, la Corporación se sustenta en una **concepción que reconoce** en quienes la padecen **a un sujeto con iguales deberes y derechos** que el resto de la población. Se sostiene que las personas con enfermedades mentales por causa psíquica vivencian periodos de estabilidad intercalados por crisis agudas, cuyos episodios se vuelven cada vez más manejables y no implican menoscabo intelectual permanente o irreversible.

El modelo de rehabilitación desarrollado por la Corporación resulta innovador por la **diversidad de disciplinas y capacidades** que concurren a él: salud mental, arte, educación, recreación y participación cívica, vinculando entre sí a participantes con familiares y amistades mentalmente *sanos*, individuos anteriormente aislados y reclusos en sus casas u hospitales, con organizaciones o iniciativas sociales y culturales.

Lo innovador es el enfoque desmedicalizado y la integralidad del modelo de rehabilitación. Familia y persona definida como discapacitada psíquica y equipo profesional interdisciplinario confluyen en un espacio solidario, de ayuda mutua, de interés y aprendizaje colectivo, sobre el autocuidado y la integración plena del discapacitado en la vida social y cultural local.

Esta es una experiencia legitimada localmente, tanto a nivel de servicios públicos, como de la comunidad local. Cuenta con estrategias coherentes de salida a espacios públicos y utiliza los medios de comunicación locales para la visibilización de objetivos y actividades. Esta es una experiencia altamente eficiente, ya que inserta a los y las participantes en la vida cultural y social, le entrega un rol en la comunidad, lo habilita para el trabajo remunerado, lo transforma en un sujeto aceptado por los otros y los faculta para ejercer derechos ciudadanos y participar en diversos espacios públicos, mas allá de lo relacionado con la salud.

C-. Principios y Objetivos de la Corporación Dr. Carlos Bresky:

a) Principios orientadores:

- 1-. **Interdependencia**, la mayoría de las personas cuentan con los recursos necesarios para funcionar por si mismas, si se les permite intentarlo. Las acciones se fundan en el supuesto de que la personalidad tiene una fuerte tendencia a moldearse si se le da la oportunidad para ello.
- 2-. Se busca alcanzar una **meta mínima concreta**, la cual es eficaz para evitar la desmoralización general observada en personas con diagnósticos crónicos.
- 3-. Se acepta explícitamente la **cosmovisión de los y las participantes**, sus **valores y cultura**; los y las terapeutas le comunican desde el propio lenguaje del otro y desde su perspectiva.
- 4-. El estilo comunicacional privilegia la **acción**. Las estrategias permiten desarrollar un proceso colectivo de **discusión y reflexión**, socializar el conocimiento individual, enriquecer éste y potenciar el conocimiento colectivo, permitir una experiencia recursiva común y una creación colectiva de conocimiento.
- 5-. La **participación es voluntaria**, el acceso a puertas abiertas, el apoyo de los familiares es altamente deseable, pero no determina exclusión en los casos en que ella no se produzca. *Es inherente al trabajo de la institución el protagonismo de las personas en tratamiento.*

b) Objetivo General y Específicos:

Objetivo General: La corporación Bresky se encamina por la consecución de los objetivos generales de los Centros de Salud Mental el cual se enmarca en:

“El conjunto de iniciativas que busca actualizar la defensa de los derechos de todas las personas, a que se promuevan, faciliten e investiguen todas las alternativas factibles para mejorar, sino cambiar sus condiciones actuales de aislamiento social, de marginalidad laboral, de pobreza y deterioro de la salud”.

Objetivos Específicos:

- ✓ Facilitar la **reinserción social y laboral** de personas con discapacidad psíquica.
- ✓ Ofrecer un **espacio de acompañamiento** especializado a personas definidas como discapacitadas mentales por causas psíquicas y a sus familiares directos.
- ✓ Favorecer una **mejoría en la calidad de vida** de los y las participantes y **disminuir desventajas sociales** causadas por enfermedades psiquiátricas, los efectos colaterales de los medicamentos y la estigmatización.
- ✓ **Desarrollar** toda clase de **iniciativas que apoyen** a personas con enfermedades mentales en su proceso de rehabilitación.
- ✓ Ofrecer a dichas personas y sus familiares **alternativas de capacitación y formación profesional**, mediante el desarrollo de cursos, prácticas y actividades similares.
- ✓ **Planificar, ejecutar y difundir** toda actividad educativa y sensibilizadora hacia la comunidad en relación con la **prevención en salud mental**.

- ✓ **Planificar, organizar y ejecutar** actividades que faciliten la **resocialización** de personas con problemas psiquiátricos.

- ✓ **Celebrar convenios**, con personas naturales o jurídicas que permitan o **faciliten el cumplimiento de los objetivos** de la Corporación.

- ✓ **Colaborar con los servicios de salud**, tanto públicos como privados, en la labor de rehabilitación de personas con problemas psiquiátricos enfermedades mentales.

- ✓ **Obtener los fondos y recursos financieros** necesarios para el desarrollo de los objetivos señalados precedentemente.

D-. Características de la Corporación Dr. Carlos Bresky:

a) Modalidad de trabajo:

La experiencia de trabajo a través de la iniciativa de Centro Diurno de Salud Mental resulta **innovadora** en varios sentidos¹⁹:

✓ Está inspirado en una **concepción no medicalizada** de la enfermedad psíquica, en donde se reconoce y acepta el diagnóstico médico de esquizofrenia, pero al interior de la Institución no se trabaja en base a la enfermedad, sino en las partes sanas que la persona mantiene, redescubriendo potencialidades y capacidades a partir de un enfoque psicosocial. Se reconoce en quienes tienen esquizofrenia a un **sujeto con iguales deberes y derechos** que el resto de la población. Al interior de la Institución no se cuenta con Médicos Psiquiatras, permitiendo que los y las participantes se relacionen en un espacio alejado de lo hospitalario. **Se confía** en las **potencialidades** de las personas y **no se centra en su patología** de ingreso.

✓ Reconoce en ellos y en sus familiares un **déficit de atención y protección socio-sanitaria**, dada la precariedad de los sistemas previsionales del sector público y privado en estas materias y la reducción de las prestaciones de salud que reciben de parte de éstos cuando están afiliados. Se le brinda **principal atención a la rehabilitación psicosocial**, sin la adecuada protección y estructura de apoyo a este último nivel, las familias de los y las participantes sufren un efecto devastador en su situación, no sólo emocional, sino socio-económica, especialmente en las mujeres que se dedican a cuidar a sus familiares enfermos.

¹⁹ MINSAL, Hogar de Cristo, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central. "Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social". Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central, 2005

✓ Por otro lado, la experiencia busca **impactar** no sólo a las y los participantes, familiares, amigos y profesionales directamente implicados en el proceso de rehabilitación e integración, sino también a la **comunidad de entorno**. Una de las líneas de trabajo está dirigida a sensibilizar intencionadamente a la comunidad política local, empresarial, sanitaria y social, a través de múltiples eventos culturales y de difusión, presencia en medios de comunicación de masas y demostraciones callejeras. El propósito es devolver a los y las participantes su calidad de **sujetos visibles y colaboradores** con el desarrollo local, para luchar en contra de los prejuicios que los atan al campo de la anormalidad patológica, la marginalidad, la improductividad, la pobreza o la peligrosidad. A través de acciones de difusión se pretende generar en la comunidad una visión mas positiva acerca de lo que es la Esquizofrenia, buscando disminuir la discriminación y estigma social asociado a esta patología.

El **modelo de rehabilitación** de la Corporación Dr. Carlos Bresky opera simultáneamente en tres niveles distintos²⁰:

1-. **Participantes**

2-. **Familiares**, de modo que aprendan a tratar a los y las participantes de acuerdo a los ciclos de la enfermedad y recuperación. También para que defiendan los derechos de las y los participantes ante autoridades provisionales, sanitarias y equipos clínicos tratantes.

3-. **Comunidad de entorno**, con el fin de reducir la desconfianza y practicas de estigmatización y discriminación que inhiben o retrasan los esfuerzos de los y las participantes por integrarse a la vida social y comunitaria, en igualdad de condiciones que sus pares sin enfermedad o tratamiento psíquico de por vida.

²⁰ Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, Corporación Bresky. "Experiencias en Salud Mental". 2004

En cuanto al trabajo a nivel administrativo, existen dos modalidades:

1-. Un equipo de trabajo, en el cual se desempeñan profesionales ligados al área de intervención, ya sea, Asistentes Sociales, Psicólogos e Ingeniero, quienes conforman el equipo de trabajo estable, encargados de desarrollar e implementar labores de tipo administrativo, gestión de redes, atención de las y los participantes que así lo requieran, entre otras tareas.

2-. Un equipo de encargados de taller o monitores, quienes desarrollan las actividades diarias de trabajo socio terapéutico con las y los participantes por medio de diversas actividades en áreas artísticas, musicales, cognitivas, culturales, entre otras.

b) Modalidades de atención:

La Corporación Bresky cuenta con tres modalidades de atención, las cuales son:

1-. Centro Diurno Valparaíso y Peñablanca:

Funciona por la modalidad de Talleres Socio Terapéuticos, los cuales se caracterizan por funcionar en dos jornadas:

✓ **Grupo jornada de la mañana: signos leves de enfermedad**, en donde el cuadro clínico se encuentra estabilizado tanto medica como farmacológicamente. Participan personas con diagnóstico de esquizofrenia, **sin otras patologías** asociadas. Los y las participantes se comunican, interactúan y desenvuelven en el entorno sin mayores dificultades.

✓ **Grupo jornada de la tarde: presentan multiplicidad diagnóstica**, en donde se **asocian otras patologías** por ejemplo retardo mental al diagnóstico de esquizofrenia. El grado de **deterioro físico y mental** se hace más evidente, debido a los largos periodos de institucionalización, tanto hospitalaria como en Hogares Protegidos. Este grupo de participantes requieren mayores cuidados y atenciones. La mayoría de este grupo de participantes han sido abandonados por sus familiares y viven en Hogares Protegidos.

2-. Residencia Las Palmas:

Nace de la necesidad de contar con un lugar apropiado para acoger a personas con diagnóstico de esquizofrenia, las cuales contando con recursos económicos, no encuentran alternativas que garanticen por un lado, la satisfacción plena de sus necesidades, y por otro, un adecuado trato y atención especializada relacionada con el trastorno esquizofrénico. Los residentes cuentan con sus familias, sin embargo, éstas no tienen la idoneidad para convivir con una persona con diagnóstico psiquiátrico, por lo que la Residencia es una alternativa que se orienta a dar una atención personalizada e integral, abarcando áreas recreativas, psicosociales, entre otras.

3-. Empresa Social *fa*²¹:

La Empresa Social *fa* (**Fusionarte**), nace bajo el alero de la Corporación Bresky, en el año 2003. Se crea a través de las experiencias y aprendizajes acumulados de una variada cantidad de proyectos anteriores, en relación a la empleabilidad de personas con discapacidad psíquica, esto combinando las actividades del Centro Diurno, sin perder el horizonte y misión de la Corporación.

La Empresa Social *fa* como tal, está determinada por el desarrollo de tres áreas artísticas artesanales que son: **Cerámica, Vitro Fusión, Orfebrería** y adicionalmente, los trabajos realizados en **Papel Reciclado**. Talleres que se visualizaron como actividades de explotación y desarrollo, de acuerdo a distintas áreas de desarrollo, durante un periodo de 5 años, donde el primer año consistió en la selección de los participantes, monitores y reorientación de funciones del personal estable, comenzando con la adquisición de maquinarias y acondicionamiento del lugar físico de trabajo, compras de materias primas, capacitación y generación de espacios de trabajo.

²¹ Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, Corporación Bresky (2004) Opp Cit N° 20

Los principales **objetivos** que persigue la Empresa Social *fa* son:

- 1-. **Crear una Empresa Social** cuya actividad comercial trabaje en las áreas de la **artesanía semi-industrializada**, donde participen en un mismo espacio físico **personas con y sin discapacidad**.
- 2-. **Capacitar** en 3 áreas artesanales como Cerámica, Vitro Fusión y Orfebrería, **a personas con y sin discapacidad**, siendo **beneficiarios directos los y las participantes de los talleres de los Centros Diurnos (Valparaiso y Peñablanca)** que la Corporación mantiene. **Beneficiar** también a los **familiares directos** de estos, entregándoles las herramientas para que desarrollen la actividad en forma particular o como participante de los talleres Bresky.
- 3-. **Crear plazas de trabajo para personas con discapacidad psíquica**, las que **tienen mínimas posibilidades para encontrar una fuente laboral** en el mercado **debido a un prejuicio arraigado** por empresarios y personas en general, de trabajar con personas que tengan algún trastorno psíquico.
- 4-. **Crear las condiciones de auto sustentabilidad** de la actividad empresarial propuesta por la Corporación Bresky, **a través de la venta de productos que se generen por cada taller**.
- 5-. **Generar excedentes de recursos** a través de las ventas, **para la asignación de un estímulo por el trabajo de las y los participantes** de los talleres, motivándolos a tener un compromiso más real con la iniciativa. En segundo lugar llegar a proporcionar un sueldo dentro de la legalidad establecida por ley, enmarcándonos dentro de las condiciones normales de competencia de libre mercado.
- 6-. **Otorgar los espacios** para que nuevas **personas con discapacidad se puedan capacitar** y posteriormente participar de la actividad productiva con un pago por el trabajo que desempeñen en los talleres Bresky o en forma particular.

La Empresa Social *fa* funciona de forma independiente al desempeño del Centro Diurno. Se orienta a brindar instancias de capacitación laboral y empleo para las y los participantes del Centro Diurno, quienes luego de avanzar en sus procesos individuales de rehabilitación, son invitados a participar de la Empresa Social *fa*, como una forma de apresto laboral, en donde eventualmente, pueden recibir remuneración por el trabajo realizado al interior de esta.

La Empresa Social es un espacio de integración, en donde participan personas con y sin diagnóstico médico de esquizofrenia:

- ✓ **Participantes sin diagnóstico médico de esquizofrenia:** son voluntarias que conocen el trabajo del Centro Diurno, ya sea por experiencias familiares o laborales, y que colaboran con las actividades propias de la empresa.
- ✓ **Participantes con diagnóstico médico de esquizofrenia:** provienen de los talleres realizados en el Centro Diurno. Después de participar de estos talleres, y luego de una evaluación de su desarrollo y avances en materias psicosociales, se les invita a participar de la Empresa Social *fa*, cumpliendo con responsabilidades y obligaciones propias de un trabajo, tales como puntualidad, responsabilidad en los quehaceres, limpieza y orden, dedicación al trabajo, entre otras.

El principal objetivo de la Empresa Social *fa* es lograr una mayor **reinserción social** de los y las participantes de la Corporación. Se pretenden brindar distintas **posibilidades laborales** a las personas y familias que en ella participan. Esta propuesta está enfocada a la desestigmatización de las personas afectadas con trastornos psíquicos, mediante propósitos de socialización e inclusión en actividades que ocupen el tiempo libre en forma sana y protectora, de manera similar a la vida social de las personas sin diagnóstico. Esta iniciativa otorga además **sustentabilidad económica**, tanto para sus participantes como para el autofinanciamiento necesario para la continuidad de esta empresa. Además sus participantes adquieren un sentimiento de responsabilidad social ya que responden a los requerimientos y

necesidades de sus clientes. Es importante la noción de normalidad y cotidianidad en las acciones de reinserción, familiarizarlos con ambientes de trabajo para crear condiciones regulares.

En casos excepcionales, algunas personas han logrado **integrarse** satisfactoriamente **al mercado informal** por periodos extensos y otros han mejorado sus condiciones de vida emprendiendo negocios particulares. Es necesario mantener un espacio de trabajo y capacitación en el tiempo para acoger a las personas vinculadas.

E-. Cobertura de la Corporación Dr. Carlos Bresky:

a) Característica de los y las participantes:

El perfil ideal de personas con las que trabaja la Institución es la de ex pacientes jóvenes, con pocas recaídas y buen pronóstico de su enfermedad, a los cuales se les invita a participar en múltiples talleres de rehabilitación social, de expresión artística y comunicativa, así como también participar en otras actividades culturales y cívicas locales.

- Número : 30 personas en Valparaíso y 30 en Peñablanca
- Edades : Entre 21 y 60 años
- Sexo : Mujeres y hombres
- Nivel socioeconómico : Generalmente bajo y eventualmente medio
- Nivel educacional : Básico, medio, técnico y universitario
- Tipo de diagnóstico : Especialmente esquizofrenias
- Requisitos de ingreso : Las personas al ingresar deben estar bajo tratamiento medico y compensadas médicamente

b) **Sistema de ingreso e incorporación a las actividades del Centro Diurno:**

- **Derivación desde un hospital o consulta espontánea:** en esta instancia se realiza el **primer acercamiento** de la o el futuro participante, tanto por recomendación médica en el Hospital Del Salvador u Hospital Gustavo Fricke, o por iniciativa propia.
- **Entrevista:** la cual es realizada por la **Asistente Social o el Psicólogo** de la Institución. Esta entrevista busca recoger datos de orden familiar, personal y socioeconómico de la o el participante, sus motivaciones para integrarse, sus proyecciones, sus intereses, entre otros.
- **Semana de marcha blanca:** durante este tiempo se espera que la o el participante **se integre a las actividades**, se sienta cómodo con éstas, se integre a los grupos, comparta con sus pares y que en definitiva se sienta a gusto con el entorno, tanto profesional como con el resto de participantes. Si lo anterior no sucediera, entonces se conversa con el o la participante acerca de la conveniencia de asistir a las actividades, se indaga sobre otro tipo de problemáticas y se invita a continuar el proceso de integración a las actividades cuando se sienta cómodo, en confianza y seguro del entorno que ofrece la Institución.

c) **Tiempo de permanencia:**

La permanencia en el Centro Diurno se estima en 2 años consecutivos como máximo, no obstante los egresos no deben ser forzados, sino que éstos deben responder a la voluntad del participante, como también de acuerdo a los avances que realice en su proceso de rehabilitación. Se establece la posibilidad de reingresar a las actividades del Centro Diurno las veces que sea necesario, sin importar las interrupciones o deserciones que las y los participantes hayan efectuado en sus procesos individuales de rehabilitación.

F-. Actividades de la Corporación Dr. Carlos Bresky:

La Corporación Bresky se dedica fundamentalmente a la promoción de la Salud Mental en la Quinta Región y se especializa en acciones de rehabilitación integral. Busca comprender el **potencial óptimo** de las personas en rehabilitación a través del mejor manejo y tratamiento posible, para esto, centra su atención en las partes sanas de la persona, de forma que las vinculaciones se realizan de acuerdo a las **potencialidades y capacidades** y **no se centran en la discapacidad o enfermedad**. Esto adquiere sentido cuando los y las participantes acuden a la Institución en busca de espacios recreativos y relacionales, basados en el **respeto mutuo y trato horizontal**.

Para realizar lo anterior, se intenta que los participantes trabajen en torno a una meta común, ayudando a las familias de éstos a ajustar sus expectativas respecto al cambio; se atienden las necesidades sociales y clínicas, explorando constantemente expectativas.

En sus dos sedes, la Corporación Bresky desarrolla actividades variadas y flexibles, bajo las modalidades de *Centro Diurno de Salud Mental* y *Empresa Social fa*. Entre las actividades que se realizan se cuentan:

a) Centro Diurno de Salud Mental:

✓ Consejería psicosocial a los y las participantes y sus familiares:

Su objetivo es **orientar** a los y las participantes en temas o situaciones que despiertan su interés o preocupación. Se acompaña a las familias cuando éstas lo requieren para servir de guía o **apoyo** en situaciones estresantes, dificultades en el tratamiento de la o el participante, entre otros.

✓ Talleres Socio Terapéuticos:

Los cuales comprenden las actividades realizadas por los participantes en los grupos, tanto de la jornada de la mañana como de la tarde. Estos

talleres se orientan en áreas tales como: **expresión plástica y artística, de acondicionamiento físico, de música y de actualidad.**

✓ **Participación en actividades de coordinación de recursos para el autofinanciamiento:**

Para esto se **coordinan redes** en busca de oportunidades económicas o financieras que posibiliten la realización de objetivos planteados por la Institución, orientados a brindar una atención de calidad para los y las participantes. La coordinación es realizada por la totalidad del equipo de trabajo y se centra tanto en espacios públicos como privados.

✓ **Difusión de información relacionada con la Corporación Bresky:**

Esta instancia posibilita que se difunda el trabajo realizado por la Institución, llegando a espacios **comunitarios, laborales, académicos y estudiantiles, organizacionales, entre otros.** De esta forma, la Corporación es conocida y reconocida tanto en el país como en el extranjero, básicamente por su forma de trabajo, sus propuestas innovadoras en el campo de la rehabilitación, además de los resultados positivos obtenidos a lo largo de los años que se ha mantenido en el ámbito de la Salud Mental. Los mecanismos de difusión utilizados con mas frecuencia son: revistas especializadas en el área de Salud Mental, libros, diarios locales, publicaciones en Internet, afiches, eventos artísticos, programa radial en la radio Stella Maris, entre otros.

✓ **Participación en actividades de prevención y promoción de la Salud Mental:**

Se ha brindado una especial importancia a los vínculos que Corporación mantiene con la comunidad vecina. De esta forma, se han generado estrategias que posibilitan la **participación de actores de diversos sectores** en actividades y eventos realizados por la Corporación, tanto al interior de sus recintos, como también, en espacios alejados de éste. Otro

aspecto a destacar es el trabajo grupal y comunitario con diversos **Colegios y Liceos de Valparaíso**, instancias en las cuales, se promueve y difunden temáticas relacionadas con Salud Mental, posibilitando la comprensión de los y las jóvenes acerca de estas materias, poco habladas y estigmatizadas socialmente. Se espera que la promoción y difusión de estos tópicos posibiliten un cambio en la forma de ver y tratar a las personas que tienen algún trastorno mental, confiando en que la educación es la herramienta que permitirá cambiar la visión sobre la esquizofrenia.

b) Empresa Social *fa*:

✓ **Talleres de capacitación e inserción laboral:** esta instancia posibilita que personas con y sin diagnóstico de esquizofrenia compartan un espacio de capacitación en oficios artesanales, generando de esta forma espacios y oportunidades laborales y financieras, tanto para ellos mismos, como también para permitir el autofinanciamiento y continuidad de la empresa. Los talleres que actualmente se imparten son: Vitro Fusión, Cerámica, Orfebrería y Papel Reciclado.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

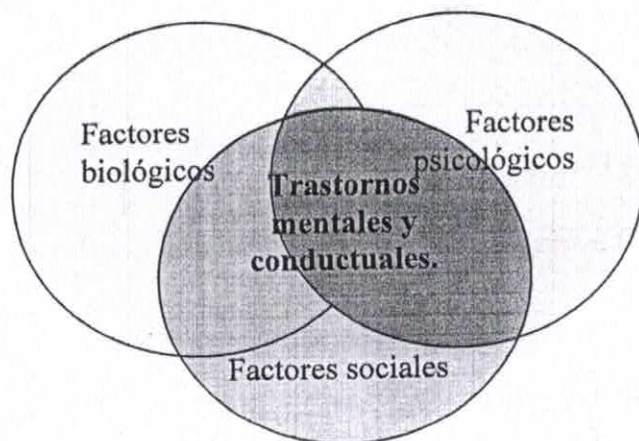
2.1. SALUD MENTAL: ANTECEDENTES CONCEPTUALES

El acceso a la salud es un derecho establecido universalmente, enmarcado en la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, adoptada y proclamada el 10 de diciembre de 1948, la cual en su artículo 25 N° 1 señala que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

Lo anterior nos indica que la salud y bienestar de una persona o familia se relaciona con múltiples factores que pueden o no estar al alcance de las personas en el momento indicado. Es por esta razón que el concepto de salud entregado por a **Organización Mundial de la Salud (O.M.S)** nos indica que: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Hoy en día se considera que **la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales** (fig. 1)²², los cuales se interrelacionan, dando el carácter dinámico del concepto de salud.

²² O.M.S. Informe sobre la salud en el mundo: "Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas", Editorial Sadag, año 2001. Pág. 4



La OMS define la Salud Mental como un componente integral de la salud, por medio de la cual una persona aprovecha su potencial cognitivo y afectivo, así como su capacidad de relacionarse.²³

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, mas evidente resulta la importancia básica de la Salud Mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.²⁴ De aquí nace la preocupación creciente de dar acceso oportuno a los servicios de salud mental a toda la población, ya que se entiende que los rigores de la vida moderna influyen en la salud mental, física y social.

Es importante destacar que **no existe una definición única de Salud Mental**, ya que “en las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas este concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción propia de la eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales”²⁵, por lo que la amplitud del concepto no indica la importancia y el grado de interacción que genera en muchos de los aspectos de la vida de los sujetos y sus familias.

²³ O.M.S. “Por la salud en el mundo, si a la atención no a la exclusión”, año 2001. Pág. 32

²⁴ O.M.S (2001) Opp Cit N° 22. Pág. 5

²⁵ O.M.S (2001) Opp Cit N° 22. Pág. 5

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente, y las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser - junto con los accidentes y las enfermedades crónicas - uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas²⁶. En la aparición y persistencia de los problemas de Salud Mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres. Grupos nuevos y más numerosos alcanzan niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas.

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.

- **Características de los trastornos mentales:**

Los trastornos mentales y del comportamiento se caracterizan por una combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento, y de las relaciones con los demás, tal es el ejemplo de la esquizofrenia, retraso mental, depresión, entre otras. Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de afectividad anormal no son signos, por si solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastorno, estas anomalías deben

²⁶ MINSAL (2001) Opp Cit N° 5. Pág. 9

ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o mas facetas de la vida ²⁷

Para comprender los trastornos mentales, se debe considerar que existen tres factores en interacción, los cuales por separado, no dan cuenta de la realidad particular de los trastornos mentales más comunes. De esta forma, el Informe Sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanza, nos señala que los factores biológicos, psicológicos y sociales son estudiados de manera conjunta, para así vislumbrar los inicios y proyecciones de la enfermedad.

Se entenderán como **factores biológicos** todos aquellos relacionados con la edad, sexo, genética, características y funciones neuronales, etc. Es decir todas aquellas que dependen directamente del sujeto y no a factores ambientales desencadenantes.

Los **factores psicológicos** individuales son especialmente importantes durante los primeros años de vida, ya que los cuidadores juegan un papel importante en la estabilidad psicológica de los niños, ya que la entrega de cariño, seguridad, cuidados, estimulación social, entre otros, incide fuertemente en la estabilidad emocional y es un predictor de la posibilidad de padecer trastornos mentales, ya que estos en algunos casos se asocian a comportamientos maladaptados aprendidos especialmente por la observación de otros a lo largo del tiempo.

Por otra parte, los **factores sociales** se relacionan con la pobreza, urbanización, evolución tecnológica o cambios sociales, y la repercusión que genera en la Salud Mental de los individuos, esto especialmente vinculado a los factores estresantes que los cambios de la vida moderna implican. En este sentido, toda la población de un país asume la "carga psicosocial" de la vida moderna, que ha sido definida como "la limitación mas importante para la

²⁷ O.M.S, (2001) Opp Cit N° 22. Pág. 21

calidad de vida de las personas en las sociedades actuales". Esta carga se expresa como estrés crónico asociado a incertidumbre y condiciones en el trabajo, accidentes, violencia, abuso de alcohol y drogas, falta de identidad, individualismo, competitividad, etc.²⁸

²⁸ MINSAL (2001). Opp Cit N° 5.

2.2. SALUD MENTAL Y TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO

a) Conceptualización:

La esquizofrenia integra el grupo de enfermedades denominadas **psicosis**, la cual se caracteriza por un **quiebre absoluto con la realidad**. Popularmente muchas de las conductas y síntomas esquizofrénicos han definido el concepto de *locura*.

La esquizofrenia es una enfermedad que **afecta de preferencia a sujetos jóvenes**, con un **curso habitualmente crónico** y que **produce diversas incapacidades psíquicas, familiares, sociales y laborales**. Estas se traducen en un alto costo para el paciente, la familia y la sociedad. El riesgo de que una persona presente este cuadro a lo largo de su vida ha sido estimado por los estudios epidemiológicos en alrededor del **1%**. Esta enfermedad ha sido mal entendida y temida por la población general. Solo en años recientes ha comenzado a estar presente en medios de comunicación y se han establecido grupos de familiares y pacientes que son vitales en el tratamiento y rehabilitación²⁹.

A partir de los aportes de las neurociencias, Timoty Crow propone en 1980, la distinción de **dos tipos de esquizofrenia, la de tipo I y la de tipo II**. **La esquizofrenia tipo I, se caracteriza por síntomas positivos** (o productivos), ausencia de alteraciones cognitivas y anormalidades anatómicas demostrables, buena respuesta al tratamiento con neurolépticos, hiperactividad dopaminérgica en algunas áreas cerebrales y una posible reversibilidad del cuadro. **En la esquizofrenia tipo II, existen síntomas negativos**, hay alteraciones cognitivas, una escasa respuesta a los neurolépticos, alteraciones estructurales cerebrales y una irreversibilidad del cuadro.

²⁹ Florenzano (1999) Opp Cit N° 2. Pág. 82

- **Visión Médica:**

La esquizofrenia como cuadro mental se caracteriza por **distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones**, estas últimas en forma de entorpecimiento o falta de adecuación de las mismas. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de si misma **Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas.**³⁰

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y comunicación, la organización de comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la voluntad, la motivación y la atención,³¹

Actualmente **existen dos sistemas clasificatorios que dan cuenta de las características diagnosticas de la esquizofrenia, estos son el CIE 10 y el DSM-IV.** Para observar sus diferencias y similitudes citaremos lo señalado en el documento "Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia" del Ministerio de Salud:

³⁰ Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud

³¹ DSM-IV. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Editorial Masson S.A, año 2002

Criterios diagnósticos para la esquizofrenia.

| CIE-10 | DSM-4 |
|--|---|
| <p>Presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un periodo de un mes o más.</p> <p>a) Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.</p> <p>b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.</p> <p>c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.</p> <p>d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).</p> <p>e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.</p> <p>f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.</p> <p>g) Manifestaciones catatónicas, tales</p> | <p>A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado; por ejemplo, descarrilamientos frecuentes o incoherencia, (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos; por ejemplo, aplanamiento afectivo, álogia o abulia.</p> <p>*Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la</p> |

| | |
|---|--|
| <p>como excitación, posturas características, flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.</p> <p>h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.</p> <p>i) Un cambio consistente de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social</p> | <p>alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: (1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o (2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p> |
|---|--|

Para cada síntoma característico de la esquizofrenia, existe una conceptualización que hace referencia a las peculiaridades de cada síntoma, entre ellos tenemos:

✓ **Ideas delirantes:** son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas: de persecución, de autorreferencia,

somáticos, religiosos o grandiosos. Las ideas delirantes son consideradas extrañas si son claramente improbables o incomprensibles.

✓ **Alucinaciones:** pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditiva, visual, táctil, olfativa y gustativa), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales. Éstas son experimentadas generalmente como voces, ya sea conocidas o desconocidas que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona.

✓ **Pensamiento desorganizado:** (“trastorno formal de pensamiento”) ha sido considerado por algunos autores como la característica simple mas importante de la esquizofrenia. **El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede saltar de un tema al otro (perdida de asociaciones), las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (tangencialidad) y en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible (incoherencia).**

✓ **Comportamiento gravemente desorganizado:** puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la **agitación impredecible**. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene.

✓ **Comportamientos motores catatónicos:** incluyen una **importante disminución de la reactividad al entorno**, que algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las ordenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas extrañas o inapropiadas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

✓ **El aplanamiento afectivo:** comprende **restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional**, lo cual es especialmente frecuente y esta **caracterizado por la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal**. Si bien, en ocasiones, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo, el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido.

✓ **La alogia o pobreza del habla:** se manifiesta en una **disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla**

✓ **La abulia:** esta caracterizada por una **incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin**. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

Por otra parte, **las características clasificatorias de la esquizofrenia**, es decir, aquellas que conducen finalmente al diagnóstico de la enfermedad, **se dividen en cuatro grandes dimensiones**, las cuales son:

✓ **Síntomas positivos:** alucinaciones y delirios

✓ **Síntomas negativos:** alogia, aplanamiento afectivo, abulia, apropositividad

✓ **Síntomas cognitivos:** trastornos del pensamiento, trastornos de la atención

✓ **Síntomas afectivos:** discreta falta de sintonía con los contenidos y con el interlocutor, hasta llegar a un franco embotamiento afectivo.

Entre las formas clínicas de la esquizofrenia, encontramos³²:

- ✓ **Esquizofrenia Paranoide:** es la forma mas frecuente, en donde predominan las **alucinaciones** (auditivas principalmente) y el **delirio** (generalmente de persecución)
- ✓ **Esquizofrenia catatónica:** el compromiso se da principalmente a nivel de la **psicomotricidad**. Puede variar desde el mutismo y estupor hasta la agitación y agresividad.
- ✓ **Esquizofrenia hebefrénica:** los **trastornos conductuales** como el payaseo permanente (a diferencia de una persona normal que se modula en las distintas situaciones), una tendencia a la **pseudo filosofía** (lo que les da una apariencia metafísica) y el **consumo de drogas en forma sintomática** son frecuentes en este tipo de esquizofrenia.
- ✓ **Esquizofrenia simple:** es una forma crónica, insidiosa, con un paulatino empobrecimiento en que no destaca ninguna de las características antes enunciadas. Lo central es el **autismo, desgano, la apropositividad vital** (falta de perseverancia y repercusión afectiva de un proyecto de vida) y la **desconcentración primaria** (consiste en la imposibilidad de coger el significado de una palabra o de no poder concentrarse a pesar del esfuerzo puesto en ello, sin que existan factores distractores externos). Estos tres últimos síntomas son elementos comunes a todas las formas de esquizofrenia.

Para el DSM-IV³³, existe otro tipo de clasificación, en la cual a pesar de mantenerse los síntomas y características propias de la enfermedad, su clasificación varía de la anterior:

- ✓ **Tipo paranoide:** presencia clara de **ideas delirantes o alucinaciones** auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Algunos datos sugieren que el pronóstico

³² Florenzano (1999) Opp Cit N° 2. Pág. 84

³³ DSM-IV (2002) Opp Cit N° 31. Pág. 350

para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en los que respecta a la actividad laboral y la capacidad para llevar una vida independiente.

✓ **Tipo desorganizado:** sus características principales son el **lenguaje desorganizado**, el cual puede ir acompañado de risas que no tienen clara conexión con el sentido del discurso, **comportamiento desorganizado**, el cual puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y la **afectividad aplanada** o inapropiada. predomina la disgregación del pensamiento, desorganización de la conducta y afectos inapropiados

✓ **Tipo catatónico:** marcada **alteración psicomotora** que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, ecolalia (repetición patológica de una palabra o frase que acaba de decir otra persona) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona) Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Se pueden mantener posturas rígidas en contra de cualquier intento de ser movido. El movimiento involuntario se caracteriza por la adopción voluntaria de posturas inapropiadas o raras o realizar muecas llamativas

✓ **Tipo indiferenciado:** presencia de **síntomas** que cumplen con el **Criterio A** de esquizofrenia, pero **que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.**

✓ **Tipo residual:** debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos, o dos o más síntomas positivos atenuados. Este curso puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa de la

enfermedad. Puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

- **Visión Social:**

La esquizofrenia, como muchas otras enfermedades, genera gran impacto al interior del ambiente familiar. Existe gran **desconocimiento a nivel social sobre las características del trastorno**, girando entorno a el un sinnúmero de **prejuicios** que dan paso a situaciones que afectan tanto a la persona que enfrenta la enfermedad, como a su entorno mas cercano. Estas situaciones inciden de una u otra forma en que el **índice de mortalidad de la población con esquizofrenia, sea el doble que el de la población general**³⁴, situación que se asocia al descuido por parte del paciente y sus familias, las pobres condiciones de vida, enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y las limitaciones de acceso a los sistemas de salud. La **incidencia de suicidio en los pacientes esquizofrénicos es 12 veces mayor que en la población general**³⁵, lo cual se puede asociar a las realidades estresantes, poco acogedoras y pobres de dispositivos comunitarios que den respuesta eficaz a las necesidades medicas, farmacológicas, psicosociales, recreativas, laborales, entre otras, a las cuales las personas con esquizofrenia, al igual que cualquier otro sujeto, tiene derecho a optar y exigir al interior de su comunidad.

Otro aspecto social importante a considerar es que esta enfermedad afecta, preferentemente, a personas en su etapa productiva. Un estudio realizado en la región metropolitana³⁶ (año 1996) revela que el 60% de estas personas corresponden a las categorías de adultos jóvenes, adultos y adultos medios, es decir, aquellos en plena edad laboral. Otros estudios señalan que solo alrededor del 10% de las personas afectadas por la esquizofrenia se mantienen trabajando con un desempeño cercano al esperable para su condición previa. La esquizofrenia tiene un importante peso en la

³⁴ MINSAL (2001) Opp Cit N° 8. Pág. 11

³⁵ MINSAL (2001) Opp Cit N° 8. Pág. 11

³⁶ MINSAL (2001) Opp Cit N° 8. Pág. 13

discapacidad de una población. Para dimensionar la magnitud de este daño, se utiliza un indicador que corresponde a los años de vida saludable (AVISA) perdidos en un años determinado. Del total de años perdidos por todas las enfermedades en el país, la esquizofrenia es responsable de un 1,87%, ocupando el lugar número 14 en el ranking de las 100 enfermedades más importantes en Chile³⁷. Con relación al AVISA perdidos por enfermedad psiquiátrica en Chile, la esquizofrenia causa el 15% de la pérdida en el grupo de edad entre los 15 y 44 años, ubicándose en el tercer lugar de importancia después de la dependencia alcohólica y los trastornos depresivos.

La discapacidad asociada a esta enfermedad, implica drásticos cambios, tanto en la persona como en sus familias, lo cual puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, por ejemplo:

- ✓ Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación)
- ✓ Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas)
- ✓ Funcionamiento en Roles Familiares
- ✓ Funcionamiento en Roles Sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).

Lo anterior se relaciona a aspectos económicos, a las formas de relacionarse, al uso del tiempo libre, entre otros, esto nos invita a referirnos a discapacidad diferenciando lo medico de lo social, ya que si no se realiza esta separación, la recuperación y rehabilitación de las personas se ve disminuida, ya que se pone de relieve la patología, dejando de lado las partes sanas, las capacidades de la persona que deben ser reforzadas tanto por la familia como por su comunidad.

³⁷ MINSAL (2001) Opp Cit N° 8. Pág. 13

Médicamente, los trastornos mentales impiden el normal desempeño laboral, académico, social, familiar, entre otros, debido principalmente a las características propias de la enfermedad, sin embargo esto no implica en ningún caso, marginar a las personas de éstas y otras actividades y espacios, sino más bien, brindarlos de acuerdo a las posibilidades y necesidades de los propios sujetos. Desde una perspectiva psicosocial, **se espera que la persona al ser diagnosticada con algún trastorno mental, no cambie drásticamente su vida, sino que a partir de las potencialidades y habilidades propias del sujeto se generen las rutas necesarias para brindarle en todos los espacios, las mayores y mejores posibilidades de rehabilitación.** De esta forma, la discapacidad declarada por trastornos mentales no significa de forma alguna que la persona deja de participar de forma activa en su entorno social, sino que lo hace de acuerdo a sus capacidades, intereses y habilidades, lo cual debe estar inserto como legítimo derecho al interior de las comunidades.

Otro aspecto social relevante es **el impacto que la esquizofrenia genera en las familias, y en especial en aquellos familiares que se hacen responsables del cuidado de la persona.** Los datos disponibles muestran que la mayoría de las personas con esquizofrenia viven con sus familiares. **La enfermedad genera reacciones al interior de la familia, entre las cuales encontramos:**

- ✓ **Sufrimiento** de los familiares y de otras personas viviendo en contacto con los pacientes, especialmente **relacionado con el desconocimiento de la enfermedad, su evolución, pronóstico,** entre otros.
- ✓ El **deterioro económico** relacionado con la necesidad de **mantener al paciente y la pérdida de productividad de la familia.**
- ✓ Las **reacciones emocionales a la enfermedad** tales como culpa y temor al futuro.
- ✓ El **estrés** de enfrentarse a conductas anormales.

- ✓ La **disrupción** de rutinas familiares.
- ✓ Los problemas **derivados de enfrentar el retraimiento social y conductas interpersonales extrañas.**
- ✓ **Restricción** de actividades sociales.

Existen estudios que muestran que el estrés familiar está mucho más relacionado con la apatía, la inactividad o la falla en cumplir con los deberes sociales por parte del paciente que con la presencia de síntomas positivos o trastornos conductuales. Otros estudios muestran que la hostilidad, la violencia y la disrupción de las rutinas familiares normales son las principales fuentes de desgaste familiar³⁸.

El **estigma social relacionado con la esquizofrenia** es quizás el **costo social mas frecuentemente observado.** A partir de las creencias erróneas de la enfermedad se desprenden numerosas consecuencias adversas: el **uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja.** A esto se suma la creencia de que las personas con esquizofrenia serían violentas, criminales, peligrosas, entre otras ideas y estigmas que perjudican la imagen y autoestima de estas personas.

Este estigma esta presente en distintas esferas de nuestro país, con grados variables según el ambiente cultural en el cual la persona se desenvuelve. Sin embargo, es a través de los medios de comunicación en donde el estigma se observa con mayor frecuencia, ya que la masividad de la información, genera mayor impacto a nivel social. *Siempre que hay un crimen y sobre todo si es espantoso, la prensa de inmediato rotula la autor de enfermo mental, esquizofrénico o desquiciado, sin saber realmente lo que están diciendo*³⁹ Podemos observar cotidianamente noticias relacionadas con hechos violentos, los cuales son adjudicados a personas con algún trastorno

³⁸ MINSAL (2001) Opp Cit N° 8. Pág. 13

³⁹ Huneus (2005) Opp Cit N° 1. Pág.46

mental, especialmente esquizofrenia. De esta misma forma, muchos delincuentes han adoptado "fingir" alguna patología mental para ser declarados por la justicia como no imputables, razón por la cual, los hospitales psiquiátricos están colapsados de delincuentes que pasan sus días internados en un hospital, con el inherente riesgo, tanto para el resto de los pacientes psiquiátricos, como para los profesionales de la salud que allí se desenvuelven. A esta situación se une el hecho de ocupar camas hospitalarias, las cuales muchas veces son necesarias para atender a pacientes con dificultades realmente siquiátricas.

Estas situaciones generan dudas y temor en el entorno social de una persona con esquizofrenia, considerándolos así como "delincuentes", "asesinos", "violadores", entre otros términos, calificaciones que no ayudan a la vinculación social, rehabilitación y normal desarrollo social de una persona con diagnostico medico. Es así como el estigma social opera desde diversas realidades, las cuales en su conjunto, no ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, sino que las marginan de las posibilidades de rehabilitación que deben existir en la comunidad.

2.3. SITUACIONES PROFESIONALES EN SALUD MENTAL

a) Profesión y Profesionalidad:

El profesional es una persona que sabe gestionar y manejar una situación profesional compleja. Lo anterior conjuga los siguientes elementos⁴⁰:

- ✓ **Saber actuar y reaccionar con pertinencia.** Se refiere a saber que hacer e ir mas allá de lo prescrito, además de saber elegir en una urgencia, saber arbitrar, negociar y saber encadenar situaciones según su finalidad.
- ✓ **Saber combinar recursos y movilizarlos en un contexto.** Implica saber construir competencias a partir de recursos y saber sacar partido no solo de los recursos incorporados, sino también de los recursos de su entorno.
- ✓ **Saber transferir.** Memorizar múltiples situaciones y soluciones tipo, saber tomar perspectiva y saber darse cuenta e interpretar los indicadores de contexto.
- ✓ **Saber aprender y aprender a aprender.** Implica sacar lecciones de la experiencia, transformando su acción en ella. Se relaciona con el saber describir como se aprende y funcionar en un doble circuito y aprendizaje.
- ✓ **Saber comprometerse.** Utilizar la subjetividad, saber correr riesgos y saber emprender.

La profesionalidad entendida como la capacidad de actuar como un profesional, no se limita a la posesión de un conjunto de conocimientos y competencias, ya que la profesionalidad supone que uno no solo es actor en su contexto profesional, sino autor de su profesionalidad singular. La

⁴⁰ Le Boterf. Año 2001

profesionalidad se adquiere y desarrolla por medio de la experiencia acumulada en situaciones profesionales y de la formación.

La profesionalidad puede describirse como un cuerpo coherente y estructurado de recursos personales y competencias que tiene como función principal **saber gestionar una situación profesional compleja**⁴¹. La profesionalidad se desarrolla en torno a los siguientes componentes:

- ✓ **Identidad profesional**, el cual le da sentido a la construcción y mantenimiento de las competencias.
- ✓ **Ética profesional**, la cual orienta las prácticas y las decisiones.
- ✓ **Ejes de profesionalismo**, orientan la construcción y organización del cuerpo de conocimientos y competencias.
- ✓ **Variedad de recursos y experiencias**, lo cual permite disponer de esquemas operativos movilizables en situaciones diversas.
- ✓ **Capacidad de reflexión y distancia crítica**, con relación a las representaciones, las competencias, los recursos, las maneras de actuar y de aprender. El saber de la práctica se completa y orienta por el saber sobre la práctica.
- ✓ **Reconocimiento** por parte del medio profesional.

⁴¹ Le Boterf (2001) Opp Cit N° 40.

Se pueden distinguir **tres niveles de profesionalidad**:

1-. Principiante, la persona posee **poca autonomía** y se caracteriza por tener una **visión parcial de una situación**. Su saber es **aun general y poco contextualizado**.

2-. Profesional confirmado, se caracteriza por un **grado de autonomía que permite tomar las iniciativas pertinentes** y que se basa en un dominio o maestría de las dimensiones principales del proceso de construcción de competencias.

3-. Experto, la persona no solo dispone de un **pleno dominio de sus competencias**, sino que también **tiene la capacidad para construirlas instantáneamente a partir de una viva y clara comprensión de las situaciones**.

Las **experiencias y las prácticas profesionales constituyen elementos importantes en la construcción de la profesionalidad**. Para ello la persona debe saber y tener perspectiva de análisis para sus propias prácticas, para de esta forma transformar lo vivido en un experiencia meditada. **La reflexión es uno de los componentes esenciales de la profesionalidad**, consiste en que el profesional sepa tomar perspectiva en relación a sus prácticas, con sus representaciones, con sus formas de actuar y de aprender. Esta reflexión es la que permite volver a invertir sus experiencias y sus prácticas en situaciones profesionales diversas⁴².

⁴² Le Boterf, Opp, Cit N° 40

b) Situaciones profesionales:

Una situación profesional se define como un **conjunto de misiones y actividades técnicas, humanas y de organización que la persona asegura no solo en su propio puesto de trabajo, sino también en relación con las demás personas, los otros puestos y la estructura profesional en su conjunto**. Una situación profesional es un puesto que se pone en relación, también es un puesto en desarrollo: la situación profesional se modifica bajo la influencia de factores de evolución (tecnológicos, económicos, de organización, de la evolución de las demandas de los clientes o socios, etc.)⁴³.

Las situaciones profesionales son reales: **corresponden a los puestos de trabajo que se tienen de forma efectiva en el momento dado**. A partir del análisis de estas situaciones profesionales reales es posible identificar una cartografía de situaciones profesionales tipo. Estas constituyen familias de situaciones profesionales reales que están cerca por sus misiones, actividades y por las competencias que exigen.

Dentro de las variables descriptivas de un empleo o situación profesional, podemos identificar⁴⁴:

1-. La finalidad del empleo: cada empleo o situación profesional se caracteriza por una o algunas finalidades específicas **que precisan los resultados o los servicios esperados**. Esta finalidad se describe en función del contexto particular donde se ejerce.

2-. Las actividades: son las actividades genéricas de varios puestos de trabajo que pertenecen a la misma familia de empleo.

3-. La relación con los demás empleos: precisan las relaciones de cooperación que el empleo debe mantener con los demás.

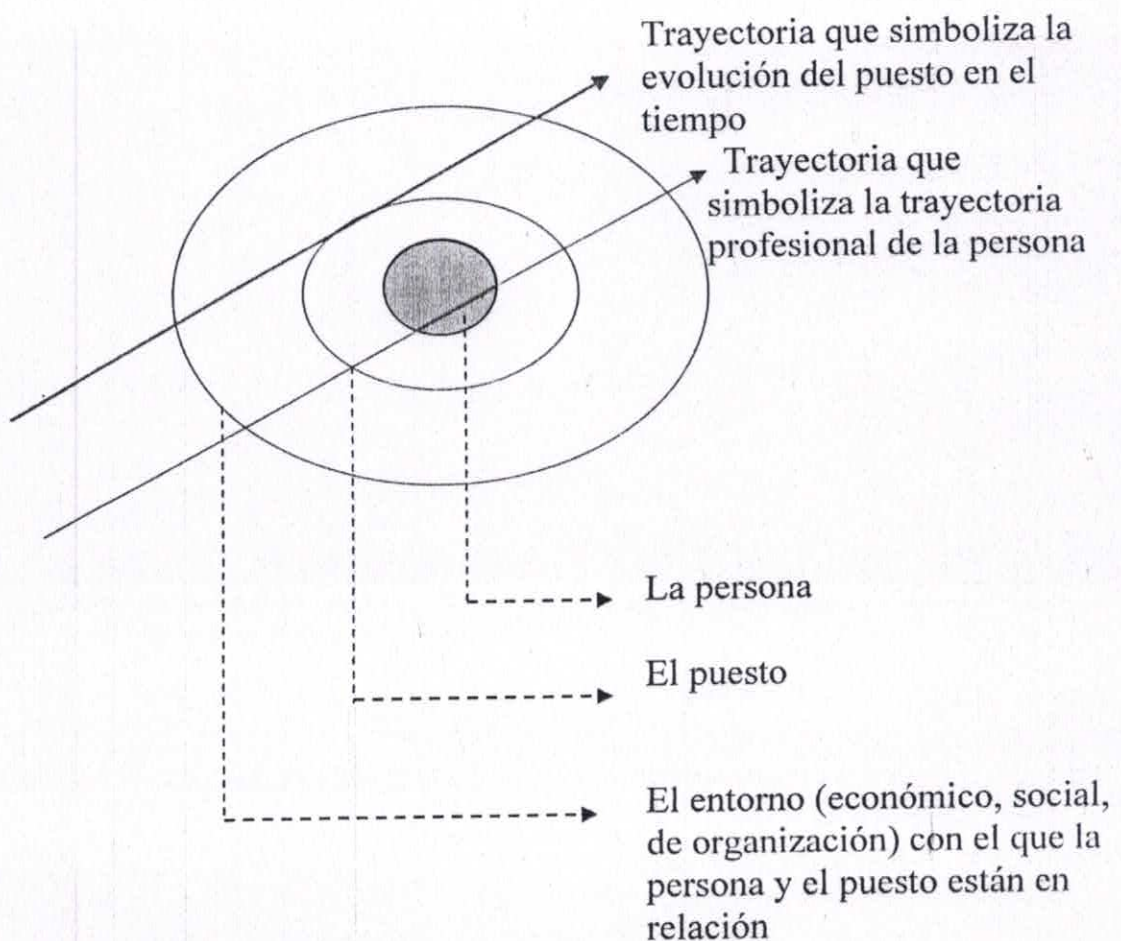
⁴³ Le Boterf (2001) Opp Cit N° 40. Pág. 226

⁴⁴ Le Boterf (2001) Opp Cit N° 40. Pág. 243

4- Campo de autonomía y responsabilidad: se situará el grado de autonomía en la toma de decisiones, la estimación de los proyectos, la ejecución de las actividades.

5- Nivel de complejidad del empleo: se indicaran los problemas, más o menos complejos que hay que solucionar en este empleo.

El siguiente esquema ilustra la noción de situación profesional:





CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A continuación se precisan los referentes metodológicos utilizados en el Seminario de Título, de acuerdo al siguiente orden:

3.1. Fundamentación Metodológica

3.2. Organización Metodológica del proceso de Seminario de Título

A. Delimitación del proceso de sistematización

B. Objetivos de sistematización

C. Colectivo de las Situaciones Profesionales a sistematizar

D. Estrategias de recolección de información de las Situaciones Profesionales definidas para sistematizar

E. Plan de análisis

F. Validación de los resultados de la sistematización

3.1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La sistematización es una actividad de producción de conocimiento sobre la práctica (Santibáñez, 1995). Permite visualizar, ordenar, entender, comunicar la práctica profesional, con el objeto de generar una reflexión que permita reorientarla. Asimismo, hace posible el comprender su estructura y dinámica, permitiendo visualizar y valorar el ejercicio cotidiano de los profesionales como una fuente de vinculación entre la práctica y la teoría. En base a lo anterior, la sistematización puede definirse como *“un proceso a través del cual los sujetos saben de su experiencia para poder comprenderla, interpretarla y comunicarla para lograr un nuevo tipo de conocimiento”* (Santibáñez, 1995:1). Esta metodología busca ofrecer un espacio en el que los participantes de la sistematización puedan opinar y expresarse abiertamente, señalando lo más significativo para ellos y dejando en evidencia los sentimientos, intereses y motivaciones que estuvieron presentes en la práctica, en su percepción y aproximación a ella.

3.2. ORGANIZACIÓN METODOLÓGICA DEL PROCESO DE SEMINARIO DE TÍTULO

A-. Delimitación del proceso de sistematización:

Tomando como referencia las Situaciones Profesionales declaradas en el documento “Orientaciones Técnicas para la Rehabilitación Psicosocial de Personas con Discapacidad de Causa Psíquica” (MINSAL 2005) y teniendo presente el desempeño cotidiano desarrollado por el equipo de trabajo de la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Valparaíso, se seleccionan para ser sistematizados en la presente experiencia las siguientes Situaciones Profesionales:

- **Nivel de Trabajo de Grupo:** Reuniones Psicoeducativas con Familiares y Talleres Socio Terapéuticos.
- **Nivel de Trabajo de Comunidad:** Coordinación de Redes y Empresa Social *fa.*

B-. Objetivos de sistematización:**a) Objetivo General:**

Sistematizar las principales Situaciones Profesionales desarrolladas al interior de la Corporación Dr. Carlos Bresky en los niveles de Trabajo de Grupo y Comunidad.

b) Objetivos Específicos:

- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales desarrolladas en la Corporación Dr. Carlos Bresky en el Nivel de Trabajo de Grupo, correspondientes a las Reuniones Psicoeducativas con Familiares y Talleres Socio Terapéuticos.
- Caracterizar y analizar las variables constitutivas de las Situaciones Profesionales desarrolladas en la Corporación Dr. Carlos Bresky en el Nivel de Trabajo de Comunidad correspondiente a Coordinación de Redes y Empresa Social *fa.*

C-. Colectivo de las Situaciones Profesionales a sistematizar:**a) Colectivo:**

El colectivo de sistematización se encuentra conformado por el equipo de trabajo que se desempeña en la Corporación Dr. Carlos Bresky.

D-. Estrategias de recolección de información de las Situaciones Profesionales definidas para sistematizar:**a) Análisis Documental:**

El análisis documental está conformado por la revisión y estudio de los documentos técnicos de la Corporación Dr. Carlos Bresky (lista de participantes, fichas sociales, compendios de práctica o Tesis de Trabajo Social desarrolladas en la Institución) además de la revisión de libros, revistas y textos elaborados o publicados por la Corporación.

b) Observación Participante:

Corresponde a una observación semiestructurada, cuyo propósito se centra en conocer la manera en que se desarrollan las Situaciones Profesionales en el ejercicio profesional cotidiano, en los Niveles de Trabajo de Grupo y Comunidad. Se espera profundizar aquellas Situaciones Profesionales más recurrentes al interior de la Corporación Dr. Carlos Bresky y generar registros fotográficos y escritos que den cuenta de las características de cada una de éstas.

c) Entrevista Semi-Estructurada:

La entrevista que se aplica al colectivo tiene como propósito levantar información relevante sobre las Situaciones Profesionales desarrolladas en la Corporación Dr. Carlos Bresky, en los ámbitos de Grupo y Comunidad con el objeto de que los entrevistados describan desde su experiencia y marco de referencia las diversas perspectivas, visiones y opiniones en torno a las variables descriptivas definidas.

E-. Plan de análisis:**a) Categorías de Análisis:**

- **Categorías Teórico conceptuales:** Variables constituyentes de la Situación Profesional (Le Boterf, 2001):

- ✓ **Contexto:** El entorno institucional con el cual los y las profesionales y su puesto están en relación.

- ✓ **Finalidades:** Objetivos y propósitos de cada ámbito de intervención.

- ✓ **Actividades y tareas:** Etapas que se llevan a cabo en los ámbitos de intervención.

- ✓ **Relaciones con los demás empleos:** Manera en que se desarrolla el profesional, tanto al interior, como fuera de la Institución.

- ✓ **Campo de autonomía y responsabilidad:** Toma de decisiones y actividades a cargo.

- **Categorías inferidas desde la experiencia:** Determinadas de acuerdo a la dinámica real de la Situación Profesional.

F-. Validación de los resultados de la sistematización:

Para la validación de la información se utiliza la consulta o juicio de expertos, realizada en modalidad de entrevista al equipo profesional perteneciente a la Corporación Dr. Carlos Bresky

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El capítulo que a continuación se presenta, sistematiza la información recogida a partir de entrevistas, observación participante y revisión de material bibliográfico y documentos de uso interno desde la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Valparaíso y que dan cuenta de las situaciones profesionales que aquí se desarrollan.

Las situaciones profesionales que se presentan son las siguientes:

- 4.1. Reuniones Psicoeducativas con Familiares
- 4.2. Coordinación de Redes
- 4.3. Talleres Socio Terapéuticos
- 4.4. Empresa Social *fa*

A partir de lo anterior, el informe se estructura sobre la base de los siguientes referentes:

- Contextos
- Finalidad
- Actividades
- Relaciones con otros empleos
- Nivel de autonomía y responsabilidad
- Complejidades

4.1. SITUACIÓN PROFESIONAL

REUNIONES PSICOEDUCATIVAS CON FAMILIARES

Contextos de las Reuniones Psicoeducativas con Familiares en el Centro Diurno de Salud Mental.

Las Reuniones Psicoeducativas con Familiares son un espacio en el cual se establece una **relación directa y cercana** entre el Centro Diurno y los padres, madres o familiares de las y los participantes. Las reuniones se realizan de manera mensual, esperando que en este periodo de tiempo se observen **avances o dificultades** en los procesos de rehabilitación individual de cada participante. Esta observación es realizada tanto por la familia en los respectivos hogares, como también por la Asistente Social o Psicólogo por medio del contacto diario con el o la participante, como también, por los informes entregados por los monitores de los diversos talleres.

A través de las Reuniones Psicoeducativas con Familiares se posibilita:

- ✓ **Incorporar conceptos** relacionados con la esquizofrenia en la vida cotidiana de padres, madres y familiares.
- ✓ **Apoyar** a madres, padres y familiares en la comprensión de la esquizofrenia.
- ✓ **Aclarar dudas** respecto de la esquizofrenia, sus características, sintomatología, tratamiento, rehabilitación, entre otros.
- ✓ **Incentivar** la continuidad del tratamiento médico y farmacológico.
- ✓ **Brindar un espacio de acogida** para los padres, madres y familiares, que promueva la **participación y expresión** de las vivencias, complejidades y fortalezas adquiridas a nivel familiar y personal.

✓ **Generar**, a partir de las de experiencias familiares y personales, **acuerdos compartidos** sobre las mejores formas de actuar frente a situaciones específicas que involucren a los y las participantes y sus familias.

Durante la Reuniones Psicoeducativas con Familiares, **trabajan en dupla la profesional Asistente Social y el Psicólogo** de la Institución. Las temáticas abordadas durante la reunión son previamente definidas y programadas. Durante el desarrollo de ésta, ambos profesionales se potencian en la labor de acoger y contener emocionalmente a padres, madres y familiares. También se acompañan en la labor de orientar desde su experticia profesional en diferentes aspectos y temáticas abordadas. Se aprecia que dentro de la Reuniones Psicoeducativas con Familiares **no existe una diferenciación entre la labor desempeñada por el Psicólogo y la Asistente Social**, ya que ambos realizan las actividades de manera conjunta, apoyándose en los diálogos, reforzando ideas y promoviendo la participación del grupo de padres, madres y familiares.

Finalidad de las Reuniones Psicoeducativas con Familiares en el Centro Diurno de Salud Mental.

Las Finalidades de las Reuniones Psicoeducativas con familiares son:

- ✓ **Brindar un espacio de apoyo**, que posibilite la **comprensión** de la esquizofrenia, para **generar mejores espacios familiares**, en donde el conocimiento de la enfermedad permita crear espacios que potencien las habilidades de los y las participantes, en donde se entienda la rehabilitación desde una mirada positiva, desmedicalizada, centrada en los y las **participantes como sujetos y no como pacientes**, situación en la cual *esperan* que los rehabiliten, sino que involucrando a la familia al proceso conjunto de rehabilitación y mejoramiento de destrezas, ignoradas o inutilizadas por la enfermedad.
- ✓ **Mantener contacto permanente** entre el Centro Diurno y madres, padres y familiares, enterándose éstos acerca de los avances de los y las participantes en sus procesos de rehabilitación.
- ✓ **Generar espacios de expresión**, en donde las preguntas, opiniones, comentarios, experiencias personales, entre otros, invitan a padres, madres y familiares a crear y compartir sus propias definiciones y respuestas ante situaciones relacionadas con la esquizofrenia, vividas por el grupo en general. De esta forma, evidencian que sus problemas son comunes, que sus experiencias también son compartidas por otros familiares, lo cual elimina la carga emocional de convivir con un ser querido que a menudo es discriminado y estigmatizado, convirtiendo estos aprendizajes en fortalezas que potencian la labor realizada en el Centro Diurno.
- ✓ **Fomentar la participación** de madres, padres y familiares en las actividades y proyectos llevados a cabo en la Institución. Para esto se les invita a participar de la elaboración y ejecución de actividades, ya sea recreativas, participativas, de difusión, entre otras, para de esta forma,

hacerlos partícipes de la Corporación Bresky, al igual que sus familiares, participantes activos de ésta.

Actividades de las Reuniones Psicoeducativas con Familiares en el Centro Diurno de Salud Mental

Las Reuniones Psicoeducativas con Familiares se desarrollan principalmente por medio de tres actividades, las cuales son llevadas a cabo por la dupla conformada por el Psicólogo y la Asistente Social del Centro Diurno:

1-. Invitación a reunión: a pesar de que las reuniones están establecidas de antemano, existiendo el acuerdo de realizarlas el primer Viernes de cada mes a las 15:00 Hrs. igualmente se debe recordar la realización de la reunión por medio de invitaciones escritas o llamados telefónicos, ya que de no ser así, la concurrencia es baja, impidiendo obtener los resultados que persigue esta actividad Institucional. Por esta razón, la invitación a reunión tiene por finalidad **recordar la realización** de ésta, como también, **comprometer la asistencia y participación** de madres, padres y familiares. Por lo general, esta invitación es realizada por el quipo de profesionales, siendo más efectiva la invitación realizada por medio de llamados telefónicos, ya que de esta forma, existe mayor compromiso por asistir, no existiendo la excusa de no haber recibido la información.

2-. Preparación del material y revisión de éste por parte de los profesionales a cargo:

a) **Preparación del material:** los contenidos que serán expuestos en las Reuniones Grupales con Familiares están determinados con anterioridad, existiendo un **programa con los temas y subtemas** que serán abordados. Este programa es ejecutado de manera conjunta por los profesionales a cargo, existiendo características para la intervención realizada por éstos:

✓ **El Psicólogo** se encarga de guiar y exponer los temas durante la reunión. Entrega los contenidos desde una perspectiva **teórica y conceptual**, enfatizando en aspectos clínicos, rasgos de la enfermedad, denominaciones,

entre otros, lo cual confiere a su intervención un carácter explicativo desde una mirada médica, posibilitando la comprensión de factores clínicos que son ignorados u olvidados por madres, padres y familiares durante la cotidianidad de las acciones y vínculos establecidos con sus familiares.

✓ **La Asistente Social** recoge los contenidos expuestos por el Psicólogo, y a partir de su experiencia en el tema, **logra traspasarlos a la realidad cotidiana** de las familias, en situaciones que ellos entienden como propias, generando entre los asistentes, un ambiente que permite compartir experiencias, realizar preguntas, entregar consejos o recomendaciones de parte de los familiares hacia otros. La intervención de la Asistente Social permite que madres, padres y familiares comprendan la enfermedad desde una perspectiva social, vinculada a la familia, en donde se promueve una visión positiva del trastorno, se destacan habilidades y progresos de los participantes, como también, se recuerda la importancia del apoyo familiar dentro del proceso de rehabilitación.

La dupla profesional se potencia en la labor de apoyar e informar a madres, padres y familiares, ya que relacionan la visión teórica y conceptual, con la experiencia y empatía que se logra entre los familiares cuando éstos reconocen en el otro problemáticas comunes y compartidas, en donde existen similitudes en las formas de vivenciar la enfermedad.

b) Revisión del material y reunión de coordinación: se observa que antes de comenzar las Reuniones Psicoeducativas con Familiares, existe una **pequeña reunión de coordinación entre ambos profesionales**, en donde se revisan los temas a tratar durante la sesión y los subtemas que están programados. Durante esta etapa, el Psicólogo revisa el material preparado junto a la Asistente Social, realizándose así de manera conjunta las correcciones.

3-. **Desarrollo de la Reunión Psicoeducativas con Familiares:** durante el desarrollo de la reunión, se pueden establecer tres momentos:

- a) **Bienvenida y recopilación de información:** en esta etapa, se da la bienvenida a los familiares, se agradece su presencia y se recuerdan los contenidos tratados durante la reunión anterior, se invita a madres, padres y familiares a participar de la exposición de los temas tratados, los acuerdos alcanzados, los aprendizajes, entre otros. De esta forma, se **revisan los contenidos ya expuestos**, posibilitando que padres, madres o familiares que no asistieron a la reunión anterior, estén al tanto de los contenidos y temas tratados.
- b) **Desarrollo de la reunión:** luego de la revisión de los temas ya tratados, se da inicio a la reunión de acuerdo a los **temas y subtemas programados**. En esta etapa, es el **Psicólogo quien entrega los contenidos** y guía principalmente el desarrollo de la reunión. Se observa que la **Asistente Social** se mantiene atenta a las reacciones de padres, madres y familiares, de manera tal que se anticipa a las preguntas, disgustos o molestias que los temas tratados provocan. La profesional mantiene una **posición conciliadora entre las visiones profesionales y personales** de cada familiar. Por otra parte también se observa que la profesional en todo momento entrega señales positivas acerca de la enfermedad, no **problematiza ni negativiza** lo expuesto, sino que por el contrario, rescata desde las malas experiencias familiares, aprendizajes y lecciones. Incentiva una visión positiva de la enfermedad, rescatando las habilidades resilientes de los participantes y es promotora del diálogo, la comprensión y cariño de padres, madres y familiares hacia los participantes.

Durante el desarrollo de la reunión, se invita a participar a padres, madres y familiares, para que opinen, realicen preguntas, planteen sus opiniones y puntos de vista acerca de los temas tratados. Se genera un espacio en donde **las familias comparten sus experiencias**, se rescatan aspectos positivos de la enfermedad, se comparten consejos acerca de cómo enfrentar

la esquizofrenia al interior del hogar, entre otros. Este es el **momento más importante de la reunión**, ya que posibilita que sean los propios familiares quienes compartan sus problemas o dificultades, permitiendo que el grupo intente darles una solución por medio de la experiencia o comentarios que la dinámica grupal genera. **Son los propios familiares quienes encuentran soluciones o respuestas a problemáticas comunes**, siendo la participación y confianza alcanzada al interior del grupo un aspecto clave, ya que se logran acuerdos y consensos de forma grupal, con escasas intervenciones profesionales, las cuales generalmente tienden a recalcar una visión positiva e integradora de las visiones y puntos de vista que se logran al interior del grupo, promoviendo el respeto, la diversidad de opiniones, pero por sobre todo, no problematizando los temas o situaciones abordadas en grupo.

c) Conclusiones y cierre: de acuerdo a los temas tratados y las conclusiones o acuerdos que éstos generan al interior del grupo, la dupla profesional se encarga de recopilar la información y elaborar en conjunto con los familiares las conclusiones finales que el tema inicial ha generado. Padres, madres y familiares entregan sus últimos comentarios y finalmente se da por finalizada la reunión, invitándolos participar y asistir el mes siguiente.

Relaciones con otros empleos presentes en las Reuniones Psicoeducativas con Familiares en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. Relación con otros empleos al interior del Centro Diurno:

Las Reuniones Psicoeducativas con Familiares son realizadas por el **Psicólogo y la Asistente Social del Centro Diurno**, quienes mantienen contacto permanente y gestionan las acciones tendientes a realizar esta actividad, las cuales se enmarcan dentro del trabajo diario realizado al interior de la Institución. Se observa que por lo general no se realizan gestiones o reuniones específicas para esta actividad, ya que la programación de los temas y subtemas a tratar se encuentra elaborada con anterioridad. Se aprecia además, que las coordinaciones y gestiones realizadas conjuntamente por estos profesionales no solo tienen relación con la preparación de las Reuniones Psicoeducativas con Familiares, sino que **ésta actividad se organiza y desarrolla muy vinculada al equipo de profesionales**, al igual que el resto de las actividades realizadas en el Centro Diurno, existiendo también en su desarrollo, el apoyo o colaboración de otros profesionales que participan en la coordinación de la actividad, por ejemplo, ayudando a elaborar las invitaciones o realizando los llamados telefónicos.

b-. Relación con otros empleos externos al Centro Diurno:

Se observa que no existe relación aparente con otros empleos, por lo que las Reuniones Psicoeducativas con Familiares son coordinadas y desarrolladas en forma exclusiva por los profesionales encargados de ésta en la Institución. Aun cuando la participación de otros profesionales (Terapeutas Ocupacionales, Psiquiatras, Psicólogos, entre otros) ha estado presente en reuniones anteriores, no es una práctica realizada con frecuencia. Se reconocen los beneficios y oportunidades del contacto de padres, madres y familiares con otros profesionales, pero al interior del Centro Diurno y especialmente con las Reuniones Psicoeducativas con Familiares se privilegia la confianza y comodidad que padres, madres y familiares encuentran en los

profesionales con los cuales han mantenido mayor contacto a través del tiempo, por lo que se privilegia la realización de las reuniones con profesionales conocidos y de confianza, con los cuales existe una relación previa, en donde de forma mutua se logran reconocer características personales que posibilitan una mayor afinidad y confianza para tratar temas complejos relacionados con la enfermedad. También esta continuidad profesional permite detectar avances o retrocesos en madres, padres y familiares con respecto a la relación con sus hijos o parientes, como también, lograr detectar ciertas problemáticas que no serían posibles de evidenciar si no existiera un conocimiento de la historia familiar o la evolución de la familia en torno a la enfermedad. De esta forma, la continuidad y permanencia estable de la dupla psicosocial beneficia el desarrollo de las reuniones, especialmente porque éstas pretenden ser un espacio de participación y expresión para madres, padres y familiares, lo cual se fomenta con la confianza y conocimiento mutuo que existe entre profesionales y familiares.

Niveles de autonomía y responsabilidad presentes en las Reuniones Psicoeducativas con Familiares en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. **Autonomía profesional en las Reuniones Psicoeducativas con Familiares:** se observa que el Psicólogo y la Asistente Social encargados de preparar y realizar la reunión con familiares tienen un nivel de autonomía relacionado con su área específica de intervención, es decir la que dice relación con su profesión. Sin embargo, la **flexibilidad de roles** presente en la concepción de Centro Diurno, permite que ambas profesiones se compatibilicen de forma tal, que en términos prácticos, ambos profesionales ejercen tareas y funciones de forma similar. Esto permite que al momento de realizarse la reunión con familiares, entre ambos profesionales se genere:

✓ **Comprensión y entendimiento** en las acciones realizadas. De esta forma, la flexibilidad de roles permite conocer la forma de intervenir y los objetivos que el o la profesional tiene en términos profesionales, es decir, los **por qué de su practica profesional**. En este sentido, la Asistente Social sabe el por qué de las acciones profesionales desarrolladas por el Psicólogo en la reunión con los familiares, ya que comprende que este profesional entrega información relacionada con la enfermedad, recalca aspectos positivos y negativos relacionados con ésta y entrega información médica orientada a comprender bajo esta mirada la esquizofrenia. Del mismo modo, el Psicólogo conoce los objetivos y motivaciones de la Asistente Social al momento de realizar las reuniones con familiares, ya que la profesional rescata el aspecto social, la participación, la visión positiva de la enfermedad y se centra especialmente en las potencialidades y habilidades de los participantes, para de esta forma, entregar información alentadora que incentive a madres, padres y familiares para continuar realizando esfuerzos para mejorar la calidad de vida de sus familiares.

✓ **Apoyo en el momento de tratar temáticas complejas.** Ambos profesionales se apoyan y refuerzan en situaciones en donde existe mayor tensión a causa de las temáticas tratadas. La experticia de los profesionales en sus áreas de intervención, asociado al hecho de conocer y mantener contacto relativamente permanente con padres, madres y familiares permite tener un conocimiento acerca de las reacciones que se podrían suscitar al tratar ciertos temas, como también, apoyar profesionalmente al compañero cuando estas reacciones realmente generan molestia o tensión al interior del grupo.

✓ **Alternarse en el rol de terapeuta y co terapeuta.** Debido a que no existe una diferenciación que permita definir quien guía o ayuda en la reunión, a través de la observación se estima que ambos profesionales actúan tanto como terapeuta y co terapeuta de forma alternada y sin generar complicaciones en la dinámica del grupo.

b-. Responsabilidad profesional en las Reuniones Psicoeducativas con Familiares: en términos generales, ambos profesionales encargados de realizar la reunión con familiares tienen el mismo grado de responsabilidad para que ésta se efectúe y persiga objetivos beneficiosos para el grupo. Esta responsabilidad compartida también garantiza que la ausencia forzosa de uno de éstos no genere grandes inconvenientes en el desarrollo de la reunión, ya que padres, madres y familiares conocen y confían en ambos profesionales, siendo la presencia de ambos optima, pero ante eventualidades, la ausencia de uno de éstos no afecta la continuidad ni el grado de integración y participación grupal. Esto se ve potenciado por la continuidad de la asistencia de madres, padres y familiares, ya que muchos de ellos participan durante años, por lo que esta situación también ayuda en la contención grupal, en apoyar la dinámica de grupo y a guiar en ciertas situaciones el diálogo grupal.

No obstante lo anterior, existe la responsabilidad, también compartida, de realizar las reuniones de acuerdo al programa elaborado, ya que éste trata temáticas de forma gradual y de acuerdo a los temas ya conocidos durante reuniones anteriores. Este programa es utilizado a modo de guía y en ningún

caso de forma exclusiva o total, ya que las reuniones se modifican de acuerdo a los temas o situaciones surgidas al interior del grupo y que son importantes de tratar, ya que obedecen a la contingencia e interés inmediato de los asistentes. De esta forma, se puede entender también como responsabilidad de los profesionales, ceder espacio y entregar la libertad para modificar y guiar situaciones grupales no programadas, ya que estas situaciones también son parte de la participación y derecho de padres, madres y familiares de expresarse y compartir experiencias de acuerdo a situaciones vivenciadas de forma reciente, lo cual puede ayudar a encontrar soluciones o sugerencias oportunas a los temas contingentes tratados.

Complejidades presentes en las Reuniones Psicoeducativas con Familiares en el Centro Diurno de Salud Mental.

Las complejidades presentes en las Reuniones Psicoeducativas con Familiares tienen relación con el grupo de personas que lo conforma, es decir, los padres, las madres y los familiares que a ella asisten. Las complejidades que se presentan son:

✓ **Edad de los asistentes:** padres, madres y familiares que asisten a las reuniones mensuales en su gran mayoría son personas mayores, con un promedio de edad que está dentro de la clasificación de **tercera edad** (mayores de 60 años), por lo que presentan algún tipo de dificultad para **comprender y aceptar ciertos temas**, especialmente vinculados con la independencia y autonomía progresiva que deben asumir los y las participantes. Esto se relaciona con la capacidad de los asistentes de cambiar la visión que tienen de la enfermedad, ya que aun después de asistir a variadas reuniones y charlas a lo largo de su participación en la Corporación Bresky, igualmente realizan preguntas y dicen cometer acciones que ya han sido aclaradas y discutidas de forma grupal como no beneficiosas o restrictivas para el o la participante. De esta forma, se considera que la edad de los asistentes influye fuertemente en la capacidad que éstos tienen para realizar cambios profundos en sus formas de actuar, pensar y relacionarse con su familiar esquizofrénico, ya que mantienen **ideas preconcebidas** acerca de la enfermedad o sus características. Esta situación, aun siendo importante, no se considera un obstáculo en la continuidad y objetivos de las Reuniones Psicoeducativas con Familiares, ya que finalmente, el gran objetivo de éstas es brindar un espacio de participación y encuentro para los familiares, en donde se discutan temas comunes y puedan expresar sus emociones, sentimientos, opiniones, entre otros, respecto a la esquizofrenia.

✓ **Escasa participación en actividades anexas:** se observa que entre los asistentes a las Reuniones Psicoeducativas con Familiares, existe escasa motivación o interés por participar activamente de acciones realizadas por el Centro Diurno, y que benefician directamente y potencian las habilidades de los y las participantes. En este sentido, se observa que para motivar la participación de los asistentes a las reuniones en actividades institucionales, se deben explicar frecuentemente los objetivos, sus beneficios y características, entre otras, donde finalmente, muchos familiares se excusan por falta de tiempo, actividades comprometidas con anterioridad, entre otras. De esta forma, muchas veces, madres, padres y familiares no participan de actividades realizadas en el marco de los objetivos trazados por la Institución para potenciar las habilidades y características personales de los y las participantes en sus procesos individuales de rehabilitación. Por esto mismo, se considera una complejidad la falta de participación e interés por generar actividades con las y los participantes, especialmente porque se restringen los espacios de vinculación familiar, en donde los y las participantes demuestran a su entorno familiar sus progresos grupales, muestren las actividades que realizan, sus amigos, entre otros, en actividades y espacios muy valorados por ellos y ellas. Si la familia participa de estas actividades, potencia los avances de rehabilitación alcanzados en el Centro Diurno, además de favorecer en los y las participantes el reconocimiento en ellos de roles sociales, vinculados a la participación y ocupación de espacios propios y comunitarios.

Esta complejidad se puede relacionar con la anterior, ya que la edad de los asistentes a las reuniones también es un factor importante que influye en la participación e interés de madres, padres y familiares por participar en actividades anexas que tengan relación con la rehabilitación de su familiar participante.

4.2. SITUACIÓN PROFESIONAL COORDINACIÓN DE REDES

La Coordinación de Redes es una **situación profesional transversal** en el Centro Diurno, es decir, la totalidad de profesionales que aquí se desempeñan realizan ésta labor, de acuerdo a los objetivos y necesidades de la institución en un momento específico. Del mismo modo, esta situación profesional se presenta de forma cotidiana, abarcando los siguientes ámbitos de acción:

- ✓ **Talleres de participantes:** actividades realizadas por los profesionales y monitores con los participantes del Centro Diurno y que implica la coordinación de redes para satisfacer propuestas generadas al interior de éste.
- ✓ **Desempeño profesional:** tiene relación con las actividades y experticia que el profesional tiene o adquiere para hacer frente a diferentes situaciones relacionadas con la Coordinación de Redes. Se desarrolla tanto en el desempeño Institucional como también con los participantes del Centro Diurno y sus familias.
- ✓ **Actividades realizadas por los estudiantes en practica:** los alumnos en practica coordinan diferentes tipos de redes (ya sea en Recursos Económicos y/o Recursos Humanos) tanto por requerimientos académicos, como también por compromisos adquiridos con la institución.

La situación profesional "Coordinación de Redes", tiene dos áreas de acción:

a-. Coordinación de Redes en Recursos Económicos

b-. Coordinación de Redes en Recursos Humanos.

Contextos de la Coordinación de Redes en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. **Coordinación de Redes en Recursos Económicos.**

La Coordinación de Redes en Recursos Económicos obedece a la necesidad de buscar alternativas que posibiliten financiar diversas acciones u objetivos institucionales. La Corporación pertenece a la sociedad civil y no persigue fines de lucro, por lo que resulta necesario gestionar mecanismos que permitan contar con recursos financieros para mantener económicamente la Institución. Esto implica que los y las profesionales se esfuerzan para elaborar estrategias y actividades tendientes a captar más y mejores beneficios económicos.

Para comprender la Coordinación de redes de la Institución en esta área, debemos conocer las fuentes de financiamiento, las cuales son:

- ✓ **Fondos adjudicados a través de proyectos aprobados por Organismos del Estado:** se refiere a proyectos aprobados por FONADIS, SENCE y FOSIS. Por medio de estos recursos, se implementan nuevos talleres o actividades para los participantes del Centro Diurno.
- ✓ **Convenios de prestación de servicios celebrados con los Servicios de Salud Valparaíso - San Antonio y Viña del Mar - Quillota:** montos en dinero recibidos mensualmente de acuerdo a la asistencia de los participantes a los talleres realizados por la Institución
- ✓ **Aportes de los socios de la Corporación Bresky:** los cuales se traducen en aportes en dinero realizados por un reducido número de socios de la Institución.
- ✓ **Eventos Culturales:** los cuales se realizan gracias al aporte y patrocinio de diversas Empresas de la región, quienes colaboran para que la

Corporación Bresky genere ingresos por medio de la presentación de eventos artísticos, culturales o musicales.

Estas fuentes de financiamiento significan un aporte importante para el Centro Diurno, no obstante, estos recursos no logran cubrir las diferentes necesidades que aquí se generan, por lo que la Coordinación de Redes para buscar alternativas económicas es fundamental a la hora de dar continuidad a las actividades que aquí se realizan, y que son la base de la rehabilitación de los y las participantes y sus familias. Es por esta razón, que la Coordinación de Redes en Recursos Económicos es fundamental para buscar alternativas que permitan cubrir las necesidades de la institución y brindar un servicio de calidad para los participantes.

Para lograr una eficaz Coordinación de Redes en Recursos Económicos, se deben desplegar capacidades que permitan gestionar recursos de forma integrada, es decir, que abarquen los siguientes aspectos:

- ✓ **Aspectos económicos:** relacionado con buscar fuentes de financiamiento, gestionar posibilidades u ofertas económicas.
- ✓ **Aspectos sociales:** relacionado con la redacción de informes, elaboración de proyectos con características sociales, reuniones, conversaciones, contacto entre equipos profesionales, instituciones u organizaciones.
- ✓ **Relacionados con la experticia de los /las profesionales en el área de Salud Mental a la cual se dedican:** se vincula a la difusión de los temas y actividades realizados al interior del Centro Diurno. Se transfieren los conocimientos y formas de hacer o actuar en torno a la Salud Mental de acuerdo a la perspectiva del Centro Diurno, por medio de los proyectos, entrevistas o reuniones con las fuentes de financiamiento.

Se destaca al interior de la Institución, que todos los profesionales se esfuerzan por Coordinar Recursos Económicos, por lo que la **transversalidad de esta actividad** es evidente en la mayoría de las acciones y actividades realizadas en el ámbito Institucional.

La gestión realizada por la Coordinación de Redes en Recursos Económicos es apoyada por el encargado de la Vinculación con Empresas, tarea tendiente a buscar financiamiento, beneficios o posibilidades relacionadas con el ámbito económico al interior de empresas u organizaciones, para así dar cumplimiento a dos objetivos:

- ✓ **Difundir** el trabajo y enfoque de la Corporación Bresky
- ✓ **Gestionar** un posible financiamiento u aporte.

Las gestiones realizadas por esta vía permiten la apertura de posibilidades económicas que no se encuentran visibles en lo cotidiano, pero que están insertas en el mercado, de manera tal que solo la gestión, las consultas, reuniones y difusión de información de la labor Institucional permiten que estos requerimientos sean atendidos en las diferentes empresas u organizaciones que se encuentran dispuestas a entregar recursos económicos o materiales por la vía social.

b-. Coordinación de Redes en Recursos Humanos.

Comprende acciones o actividades vinculadas a:

- ✓ **Reuniones:** comprende la coordinación de reuniones entre profesionales, equipos de trabajo, empresarios, entre otros, con el fin de comprometer aportes o beneficios, coordinar las asesorías, charlas o capacitaciones, o para dar a conocer el trabajo del Centro Diurno

✓ **Voluntariado:** la Empresa Social recibe voluntarios con y sin diagnóstico médico que deseen aprender un oficio y ayudar en la producción de la Empresa Social.

✓ **Contactos para Asesorías, charlas y/o capacitaciones:** se solicita la presencia de personas o profesionales para asesorar a los profesionales en ciertas áreas o temas, como también para que realicen actividades tendientes a informar a los participantes.

La observación permite distinguir que existe Coordinación de Redes con personas y profesionales vinculados anteriormente a la institución y también con profesionales y personas ajenas a ésta:

✓ Cuando un profesional de la Institución necesita del apoyo de otro profesional, equipo de trabajo, instituciones u organizaciones, y **existe vinculación anterior** entre éstos, entonces la gestión la realiza el propio profesional institucional. Este tipo de coordinaciones de red muestran un **mayor nivel de compromiso**, tanto por el trabajo realizado, como también con los participantes del Centro Diurno.



Asistentes Sociales de la Municipalidad de Villa Alemana realizan una charla a los participantes del Centro Diurno de Peñablanca sobre los beneficios Municipales en torno a la discapacidad.

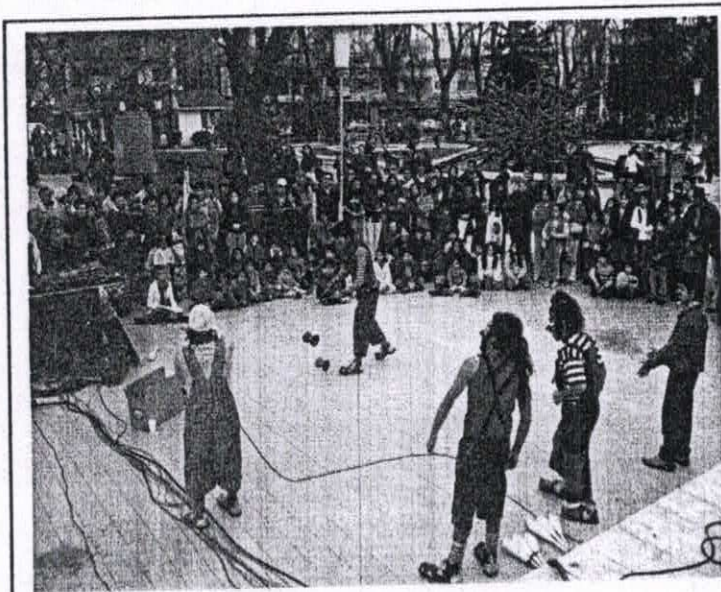
✓ Si la gestión tiende a coordinar el apoyo de profesionales, equipos de trabajo, instituciones u organizaciones ajenos o **no vinculados anteriormente** con la Institución, entonces el primer acercamiento lo realiza la Asistente Social o Psicólogo del Centro Diurno, quienes entregan la información necesaria para que el profesional, institución u organismo solicitado conozca y comprenda la labor aquí realizada, facilitando de esta forma el aporte solicitado.

La Coordinación de Redes en Recursos Humanos posibilita el contacto de la Institución con otros organismos de diversas áreas, lo cual permite que tanto participantes como profesionales se contacten con otras personas, instituciones o beneficios, los cuales solo a través de la Coordinación de Redes son posibles de conocer. Ésta favorece también que los profesionales de la Institución se contacten con otros, facilitando la retroalimentación de información y experiencias, difundiendo el trabajo realizado, de manera tal que la Corporación Bresky es conocida y reconocida en diferentes puntos del país y del extranjero.

Finalidad de la Coordinación de Redes en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. **Coordinación de Redes en Recursos Económicos**, ya que las gestiones realizadas en esta área permiten acceder a fondos que son necesarios para mantener las actividades cotidianas de la Institución. Esta gestión es realizada de manera constante y por todos los/las profesionales, de manera tal que esta arraigada en el quehacer institucional.

b-. **Coordinación de Redes en Recursos Humanos**, vinculada a recibir experiencias o información proveniente de otros profesionales, equipos de



Actividad realizada en la Plaza de Quillota, ciudad en la cual se inicio la Campaña de Socios 2006 de la Corporación Bresky

trabajo, instituciones u organismos, como también la difusión del trabajo realizado en el Centro Diurno, ya que por medio del contacto entre profesionales de diferentes áreas, la labor desarrollada en la Institución es conocida, lo cual permite mantener mayores contactos entre personas relacionadas

con el área de Salud Mental y otras afines. Esto también favorece la Coordinación de Redes en Recursos Económicos, ya que estas relaciones permiten conocer y acceder a alternativas financieras que están disponibles y que por medio del contacto profesional o relaciones de amistad son posibles de conocer.

Actividades de la Coordinación de Redes en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. Actividades de la Coordinación de Redes en Recursos Económicos:

1-. Detección de oportunidad financiera y aprobación del equipo: a través de:

- ✓ Organismos gubernamentales
- ✓ Instituciones
- ✓ Empresas
- ✓ Entidades extranjeras

Por medio de estas vías es posible acceder a financiamiento económico para diferentes propuestas, necesidades o actividades planificadas por el Centro Diurno. El conocimiento acerca de estos fondos se obtiene a través de:

- ✓ **Contacto** entre profesionales o equipos de trabajo
- ✓ **Apertura** de bases al conocimiento público
- ✓ **Difusión** en medios de comunicación
- ✓ **Invitaciones** a participar realizado por las entidades financiadoras
- ✓ **Investigación o gestiones** realizadas al interior del Centro Diurno con empresas o instituciones de manera formal.

Una vez que se tiene claridad acerca de las bases o requisitos para postular o acceder a estos fondos, durante la reunión de equipo se discuten asuntos como:

- ✓ La **posibilidad de participar** en la adjudicación de fondos
- ✓ Los **beneficios directos** que estos fondos entregarían a la Institución
- ✓ El **tipo de proyecto** a presentar y su enfoque.

De esta forma, se configura el escenario general que sostendrá al proyecto. Si se trata de vinculaciones realizadas por la Institución con empresas u organizaciones, igualmente se discuten las posibilidades de continuar con la vinculación, como también los beneficios que se obtendrán. De esta forma, la ruta de acción se orienta principalmente a enviar información vía mail, coordinar reuniones informativas u otras estrategias que permitan mantener la vinculación como también gestionar aportes económicos o materiales.

2.- Elaboración de documentos, proyectos o reuniones de gestión: a partir de las resoluciones alcanzadas en la etapa anterior, se comienza a elaborar el proyecto que será presentado finalmente. Generalmente existe una división de las labores o tareas a realizar, esto se debe al escaso tiempo que los profesionales tienen para realizar estas actividades, por lo que se organizan en *comisiones*, las cuales trabajan en áreas específicas del proyecto. Esta forma de trabajo es coordinada por la directora del Centro Diurno, como también por el Psicólogo, de forma que la labor realizada se mantiene en constante retroalimentación entre los diferentes profesionales de la Institución. Al final de este proceso de trabajo, los resultados, informes o proyectos elaborados son revisados por la Directora y Psicólogo de la Institución, especialmente para revisar si existe concordancia entre lo expuesto en el proyecto y las líneas de acción u objetivos que el Centro Diurno tiene.

En cuanto a las vinculaciones mantenidas entre la Institución y empresas u organizaciones, el tipo de trabajo realizado durante esta etapa se relaciona con la coordinación de reuniones informativas, envió de mail o fax con documentos o información que permita a la empresa formar una imagen del trabajo realizado en el Centro Diurno.

3-. Resultados: luego de un proceso de selección, existen dos posibilidades:

✓ **Aprobación de proyecto**: al recibir la respuesta positiva por parte de la entidad financiadora, inmediatamente se gestionan los tramites administrativos y formalidades (firmas, convenios, compromisos, etc.) necesarias para hacer entrega de los dineros o materiales solicitados.

✓ **Reprobación de proyecto**: instancia en la cual se evalúan las falencias, errores o debilidades a la hora de preparar o presentar el informe.

4-. Inicio de las actividades planificadas: una vez recibidos los fondos, se comienzan a prepara las actividades programadas en el proyecto presentado, se compran los elementos necesarios para el funcionamiento de éste, como también se destinan los fondos recibidos para los objetivos inicialmente planteados.

Las actividades realizadas se orientan principalmente hacia los participantes del Centro Diurno y la Empresa Social, éstas permiten brindar una mejor atención, mayores comodidades y servicios.

b-. Actividades de la Coordinación de Redes en Recursos Humanos: comprende las acciones desarrolladas al interior de los talleres con los participantes, como también, por los profesionales durante su desempeño Institucional.

— 1-Identificación de satisfactores:

a) **Con los grupos de participantes**: la identificación de satisfactores la realiza el profesional o monitor a cargo del taller por medio de:

- ✓ **Observación diaria** de los y las participantes
- ✓ **Inquietudes** particulares o grupales de las y los participantes
- ✓ **Diagnósticos** realizados a los y las participantes.

De esta forma se detectan necesidades, inquietudes o problemáticas que son posibles de solucionar por medio de:

- ✓ Charlas
- ✓ Asesorías.

b) **Con el equipo profesional:** la identificación de satisfactores se detecta en el trabajo diario, por medio de:

- ✓ **Inquietudes** generadas a partir del quehacer diario
- ✓ **Necesidades** surgidas desde la práctica profesional
- ✓ **Iniciativas** tendientes a conocer o hacer, vinculadas con entregar un mejor servicio profesional.
- ✓ **Reuniones de equipo**, en las cuales a través de la conversación se visualizan las necesidades y posibles satisfactores.

2-. Aprobación del equipo de trabajo:

a) **Con los grupos de participantes:** luego de detectar las inquietudes de los participantes de manera individual o grupal, se realizan las consultas al equipo de trabajo sobre:

- ✓ La **importancia** del tema
- ✓ La **pertinencia** de abordarlo
- ✓ Los **canales de gestión**
- ✓ El **impacto y beneficios** de esta actividad para los participantes
- ✓ **Proyecciones** de la actividad

Luego de la discusión con el equipo de trabajo, se toman decisiones concernientes al abordaje o no de la situación. Durante este momento se analiza también la importancia de contar con informes o medios de verificación audiovisuales que permitan tener registro de la actividad.

b) **Con el equipo profesional:** la aceptación de sus propuestas está asociado al consentimiento del equipo de trabajo, en aspectos como:

- ✓ **Objetivos** que cumple la actividad
- ✓ **Temáticas** que pretende abordar
- ✓ **Proyecciones** de la actividad
- ✓ **Líneas de acción Institucional** en la cual se enmarca la actividad

3-. Gestión de Recursos Humanos:

a) **Con los grupos de participantes y/o equipo profesional:** si las actividades propuestas o diagnosticadas por los participantes como también al interior del equipo de trabajo o profesionales son aprobadas por la Institución y su Directora, se continúa con la etapa de Coordinación de Recursos Humanos. Para este fin, las/los profesionales se deben contactar con aquellas personas que de alguna manera pueden ayudarles a realizar esta actividad. Para esto se utilizan redes profesionales, de amistades o con otras instituciones, de forma tal que se realizan gestiones tendientes a resolver aquello detectado en un comienzo. De esta forma, se compromete la ayuda de manera formal o informal, se acuerdan fechas, carácter de la ayuda, entre otros.

4-. Realización de la/las actividad/es:

a) **Con los grupos de participantes:** una vez acordada la ayuda, ésta se materializa a través de:

- ✓ **Asesorías** en temas de interés para los participantes del Centro Diurno
- ✓ **Charlas** sobre temas específicos
- ✓ **Voluntariado** por parte de alumnos en práctica de diversas carreras.

Estas actividades, gestionadas a partir de necesidades o inquietudes de los participantes, se orientan generalmente a brindar mayor información a éstos, para así motivar su independencia, su capacidad de decisión y la apertura a actividades y organismos que se desempeñan fuera del ambiente familiar o institucional conocido por ellos (hospital o Corporación Bresky).

b) **Con el equipo profesional:** en cuanto a las actividades concebidas por los profesionales, estas se desarrollan principalmente a través de:

- ✓ **Visitas** desde y hacia el Centro Diurno
- ✓ **Reuniones** con profesionales, autoridades o empresarios
- ✓ **Difusión de información** de la Institución, o recepción de información de otros organismos o instituciones.

5-. Reconocimiento de beneficios:

a) **Con los grupos de participantes y/o equipo profesional:** finalizada la actividad, se realiza una pequeña evaluación de lo acontecido, en donde:

- ✓ Se destacan los **aspectos positivos y negativos** de ésta
- ✓ Sus **beneficios**
- ✓ **Impacto** que produjo o producirá a futuro.

Esta evaluación se realiza con algunos o con la totalidad de los/las profesionales de la institución, quienes preguntan sobre el desarrollo general de la actividad y realizan comentarios tendientes a clarificar su impacto. Es también durante esta etapa de la Coordinación de Redes en Recursos Humanos en donde se analiza la factibilidad de proseguir bajo esta línea de trabajo, realizando actividades similares.

Es importante destacar que esta evaluación no tiene un carácter formal, por lo que se realiza principalmente a modo de dar a conocer lo ocurrido durante ésta, y no para realizar informes escritos o evaluaciones cuantitativas.

Relaciones con otros empleos presentes en la Coordinación de Redes en el Centro Diurno de Salud Mental

La finalidad de la Coordinación de Redes en el Centro Diurno es **mantener contacto con otras organizaciones o instituciones privadas y públicas** para que a través de la

información, elaboración de proyectos, vinculación profesional, etc. se logren **beneficios** tanto en Recursos Humanos como en Recursos Económicos. De este modo, y de acuerdo a la magnitud del trabajo realizado en esta área, la vinculación con otros profesionales y empleos es vital para lograr los resultados esperados. Esta tarea no solo se



La Gestión de Redes facilita que otras profesiones y personas en general conozcan el trabajo de la Institución, acercándose a la Comunidad. En la fotografía, niños del Jardín Infantil aledaño acompañan a la Corporación Bresky en una actividad musical.

limita al área de Salud Mental, sino que abarca una amplia gama de profesiones que tienen o no relación con la temática de trabajo de la Institución.

Las relaciones profesionales no solo se presentan al interior de la Corporación Bresky, es decir, entre las diversas profesiones, capacidades y entrenamientos específicos que cada profesional tiene, sino que se presentan también con otras profesiones, externas a la Institución, de modo tal que la vinculación y **Coordinación de Redes** son esenciales tanto **al interior como también fuera del espacio laboral**, ya que a partir de éstas se configuran diversas situaciones que permiten conseguir el objetivo final de la Coordinación de Recursos, el cual es desarrollar una labor profesional para los participantes del Centro Diurno de la mejor calidad.

La relación con otros empleos se hace mucho mas evidente cuando se Coordinan Recursos Humanos o Económicos. La **ruta de acción** depende básicamente si el/la profesional de la Institución conoce o no a la persona que desea contactar, de esta forma, se pueden configurar **dos situaciones**:

a) El o la profesional Institucional conoce a el o la profesional requerido/a: si el profesional requerido es conocido/a por la o el profesional institucional, entonces se recurre a la **relación de amistad o relación profesional** que pueda existir. Para el contacto se utilizan **redes informales y formales**, tales como llamados telefónicos, cartas, envío de mail, etc. En algunos casos y según requerimientos institucionales, para concretar acuerdos o formalizar peticiones es necesario elaborar cartas o informes.

b) No existe relación profesional anterior con el o la profesional requerido/a: por el contrario, si el o la profesional requerido/a no es conocido/a por la o el profesional de la Institución, entonces se recurre a la ruta formal para su ubicación, la cual se puede describir:

1-. Contacto con la o el profesional requerido por medio de llamadas telefónicas, envío de cartas y en algunos casos envío de mail.

2-. Una vez contactado el profesional, se entrega información concerniente a la Corporación Bresky y su labor, posterior a esto se realiza la **petición** que da origen al contacto entre profesionales, de manera tal que se solicita su ayuda, ya sea en términos materiales, humanos o económicos.

3-. Se comprometen formalmente los aportes. Si por el contrario, la gestión resulta negativa, es decir no logra el objetivo esperado, igualmente se considera exitosa ya que ha permitido conocer a otro profesional, ámbito de acción o del quehacer que en otra ocasión nuevamente podrá ser de utilidad, existiendo la ventaja de que la Corporación ya es conocida por el profesional y su entorno laboral (empresa, institución, organización, etc.)

Niveles de autonomía y responsabilidad presentes en la Coordinación de Redes en el Centro Diurno de Salud Mental

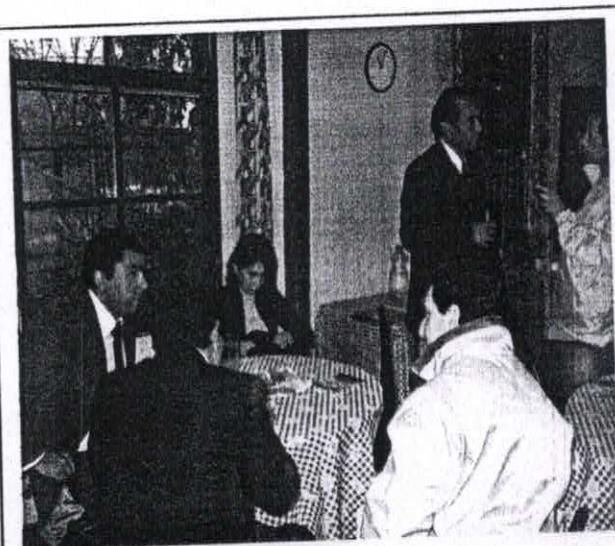
En la coordinación de redes realizada al interior del Centro Diurno, es posible observar dos niveles de autonomía, las cuales son posibles de visualizar a través de la observación realizada. Estos niveles son:

a) **Vinculado específicamente a la profesión o actividad:** en este ámbito se distinguen todas aquellas **actividades que tienen directa relación con la profesión** o actividad que la persona realiza al interior del Centro Diurno. En este sentido, se enmarcan todas aquellas coordinaciones tendientes a desarrollar un trabajo de calidad, orientado a las necesidades y requerimientos de los participantes. Cuando existe alguna necesidad o petición por parte del grupo de participantes o existen inquietudes profesionales, la Coordinación de Redes para obtener respuesta a estas demandas son desarrolladas por los mismos profesionales involucrados. La **autonomía** de la Coordinación de Redes en este sentido está **ligada a los quehaceres propios de su desempeño profesional**, abarcando áreas que solo a él o ella le competen por **experticia**. Sin embargo, ésta **autonomía está sujeta a los lineamientos** o directrices que la Institución tiene, encargándose de supervisar estas actividades la Directora del Centro Diurno y el Psicólogo, de forma tal, que aun cuando existe autonomía para plantear necesidades o inquietudes de orden profesional ligado a la Coordinación de Redes, esta debe ser aprobada por la Directora del Centro, ya que de esta forma, se garantiza que esta gestión tiende a obtener respuestas orientadas dentro de los lineamientos o directrices que la Corporación Bresky tiene.

b) **Relacionado con el equipo de trabajo:** cuando las acciones tendientes a coordinar redes se realizan en equipo, éstas se caracterizan por estar mediatizadas por el carácter de la coordinación, es decir quien tiene **mayor relación profesional con la red** a coordinar tiene mayor autonomía para tomar decisiones o realizar gestiones. En cambio, quienes no están tan

familiarizados con el tema en cuestión o no tienen relación anterior con la red, se dedican a fortalecer las acciones ya realizadas.

En cuanto a las responsabilidades presentes en la Coordinación de Redes, se debe mencionar que todos los miembros que forman parte de la Institución son de alguna forma responsables de coordinar y aumentar el número de alternativas que conforman la red. Se puede distinguir durante la observación, que la responsabilidad en este sentido



Autoridades Regionales y profesionales de la Corporación Bresky durante el lanzamiento de las bases de proyectos FONADIS 2006

es transversal, ya que abarca todas las personas que aquí se desenvuelven, tanto participantes, sus familias, profesionales, monitores y alumnos en practica. Esta situación detectada a través de la observación, se debe al nivel de compromiso que las personas adquieren con la Institución, tratando de esta forma de buscar y entregar todas las alternativas que estén disponibles para lograr gestiones exitosas.

Complejidades presentes en la coordinación de redes en el Centro Diurno de Salud Mental.

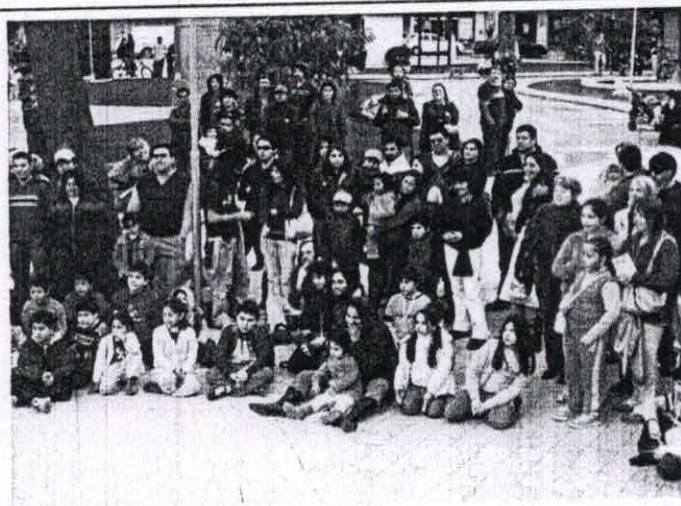
a-. **Complejidades de la Coordinación de Redes en Recursos Económicos:** las principales dificultades se vinculan a:

- ✓ **Encontrar** fuentes de financiamiento que abarquen el área de Salud Mental, con montos que permitan realizar proyectos o conseguir objetivos deseados por la Institución
- ✓ **Determinar** cuales necesidades o propuestas institucionales serán financiadas, ya que al ser éstas muchas, la decisión del que hacer o proponer por medio de estas vías se vuelve difícil.

b-. **Complejidades de la Coordinación de Redes en Recursos Humanos:** la mayor complejidad tiene relación con la coordinación de las diferentes personas y profesionales, tanto para **reuniones, entrega de información o para que realicen el aporte profesional** para el cual han sido contactados. La coordinación de personas es quizás mas compleja porque se relaciona con profesionales o personas con los cuales hay que **conciliar** diferentes posiciones o posturas frente a diversos asuntos, por lo que la negociación es vital para lograr finalmente un **objetivo consensuado** y de interés para el Centro Diurno.

Una **complejidad compartida** por ambas áreas, pero que **también puede considerarse como una oportunidad** para la Institución, es el hecho de que cada vez que se Coordinan Redes para obtener Recursos, con profesionales, instituciones u organismos con los cuales **no se tiene relación o vinculo anterior**, es necesario contarles sobre la **labor Institucional, el tipo de atención y sus características**, como también intentar de transmitir al otro un espíritu positivo en torno a esta área de intervención profesional. Esto se torna una **dificultad cuando no se comprende** la labor del Centro Diurno, cuando se **confunde con espacios Hospitalarios o médicos**, cuando se cree

que se trabaja bajo el **termino de “pacientes” y no de “sujetos”**, la cual implica ver al otro bajo una lógica de respeto de sus derechos, potencialidades, debilidades, diferencias y semejanzas, tal como con cualquier otra persona. La complejidad resulta entonces de la falta de comprensión del medio, como también de la poca información que se tiene en torno a este tema. Es por esto que también se considera una **oportunidad**, ya que a través de las coordinaciones en estas áreas, se puede **dar a conocer el trabajo del Centro Diurno**, como también informar sobre esta temática, lográndose la difusión tanto del trabajo de la Institución como del área en la cual desarrollan su actividad.



La coordinación de redes facilita que más personas tengan acceso e información acerca del trabajo que se realiza en el Centro Diurno.

En la imagen, la comunidad de Quillota se informa y entretiene durante el show de lanzamiento de Campaña de Socios 2006 en esa ciudad.

4.3. SITUACIÓN PROFESIONAL "TALLERES SOCIO TERAPÉUTICOS"

Contexto de los Talleres Socio Terapéuticos en el Centro Diurno de Salud Mental:

La Corporación Bresky, en su sede de Valparaíso, cuenta con diversos Talleres Socio Terapéuticos:

- ✓ **Taller de desarrollo cognitivo y habilidades sociales** a cargo de una profesional Psicopedagoga.
- ✓ **Taller de grafica** a cargo de un Profesor de Artes
- ✓ **Taller de Música** a cargo de un profesional Profesor de Música.
- ✓ **Taller de actividad física y vida saludable** a cargo de una Tecnóloga en Deportes
- ✓ **Taller de actualidad** a cargo de una profesional Asistente Social.

Estos talleres cumplen con objetivos particulares para cada uno de ellos, teniendo un punto de unión, el cual es entregar **instancias de rehabilitación** en diversas áreas, para así paulatinamente **desarrollar en las y los participantes, habilidades y fortalezas** que le ayudaran a **enfrentar de mejor manera los procesos de vinculación social y comunitaria** que deben experimentar para participar activamente en la sociedad.

Los Talleres Socio Terapéuticos efectuados con los y las participantes del Centro Diurno, se realizan de Lunes a Viernes, en **dos jornadas** (de 9:00 a 13:00 Hrs. y de 14:30 a 17:00 Hrs.) las cuales se diferencian por el grado de complejidad con la cual la esquizofrenia se manifiesta en las personas:

✓ Los y las participantes de la **jornada de la mañana** presentan **menor grado de deterioro físico y mental** asociado al trastorno. En su mayoría, las **personas viven con sus familias**, quienes son un apoyo importante para el o la participante y la Institución, ya que contribuyen en la labor rehabilitadora. Los y las participantes de esta jornada en su mayoría **han culminado estudios medios y superiores**, algunos de ellos tienen una profesión y han trabajado remuneradamente en algún empleo. Las habilidades motrices y comunicacionales no están demasiado alteradas, por lo que los Talleres Socio Terapéuticos son un espacio para compartir, ocupar el tiempo libre y participar en actividades que mantengan y refuercen las habilidades de las y los participantes.

✓ Los y las participantes de la **jornada de la tarde** tienen **mayor grado de deterioro físico y mental**. Presentan **multidiagnostico**, es decir, alguna otra patología además de la esquizofrenia, principalmente, retardo mental. Algunos de los y las participantes han sido abandonados por sus familiares, por lo que **viven en hogares protegidos**. Muchos **no han culminado estudios** básicos y son pocos los que han logrado obtener los estudios medios o superiores, encontrándose en su mayoría incompletos. Presentan **dificultades motrices y comunicacionales**, por lo que los Talleres Socio Terapéuticos son un espacio en el cual desarrollan habilidades sociales y de comunicación, adquieren y refuerzan destrezas, como también, aspectos relacionados con la higiene y presentación personal.

Los Talleres Socio Terapéuticos son un **espacio de participación y encuentro**, en donde además de los objetivos propios de cada taller, se pretenden desarrollar habilidades vinculadas a:

✓ La capacidad de las y los participantes para **integrarse a grupos**, ya sea de pares o amigos, laborales, recreativos, entre otros.

- ✓ Potenciar la **autonomía** en labores de la vida diaria, toma de decisiones en diversos ámbitos, entre otros.

- ✓ **Participar** de espacios comunitarios, tanto en actividades desarrolladas por el Centro Diurno, como también a partir de iniciativas propias al interior de su comunidad.

- ✓ **Desarrollar habilidades**, ya sea artísticas, musicales, laborales, educativas, entre otras, las cuales se encuentran presentes en las y los participantes, y que se invisibilizan ya sea a causa de la enfermedad o por no conocer estas características con anterioridad.

Finalidad de los Talleres Socio Terapéuticos en el Centro Diurno de Salud Mental

Los Talleres Socio Terapéuticos son la base del trabajo de rehabilitación que desempeña el Centro Diurno. Se desarrollan de acuerdo a los **objetivos específicos que cada área de intervención plantea**, ya sea artística, física, cognitiva, entre otros. Sin embargo, la realización de los Talleres Socio Terapéuticos comparten las siguientes finalidades:

- ✓ **Rescatar una visión positiva** acerca de las proyecciones individuales de rehabilitación de cada participante
- ✓ **Fomentar las relaciones interpersonales** basadas en el **respeto y el dialogo**
- ✓ **Promover estilos democráticos** de intervención y participación
- ✓ **Respetar y aceptar los procesos individuales de rehabilitación**, comprendiendo avances y dificultades durante éste, trabajando de manera conjunta para superar estas últimas.

Es así como el objetivo de los Talleres Socio Terapéuticos es ser un **espacio de rehabilitación** que abarca diversas áreas, en **donde también se consideran aspectos relacionados con:**

- ✓ Higiene
- ✓ Presentación personal
- ✓ Salud y autocuidado
- ✓ Respeto de normas y valores universalmente aceptados (Derechos Humanos).

Cada taller tiene objetivos de acuerdo a sus características. A partir de la observación, estos objetivos se identifican como:

✓ **Taller de desarrollo cognitivo y habilidades sociales.**

Su finalidad es trabajar con los y las integrantes del taller en actividades de tipo psicopedagógicas, que estimulan y refuerzan aspectos relacionados con:

- **Concentración**
- **Memoria**
- **Capacidad de aprendizaje**

Se caracteriza por trabajar en grupos, pero las actividades se realizan de manera individual, **privilegiando los procesos personales de aprendizaje y concentración**. El trabajo realizado de forma dual, es decir, enfocado en el grupo y en cada participante de forma individual, permite que los y las participantes que tienen mayores habilidades en actividades complejas ayuden y colaboren con sus compañeros que tienen dificultades en algunas áreas o que no pueden desarrollar actividades más simples. De esta forma se estimula la cooperación y apoyo hacia las y los participantes con mayores dificultades.

✓ **Taller de Música.**

Su objetivo es **incentivar** entre los y las participantes **la expresión a través de la música**, principalmente por medio de la ejecución de algún instrumento musical y del canto. Este taller posibilita:

- Que las y los participantes **adquieran conocimientos y habilidades** de tipo musical, tales como reconocer símbolos y tiempos musicales. También se potencia el conocimiento de diversos ritmos, tipos de melodías y estilos musicales, ampliando su rango de conocimiento en esta área.
- Que los y las participantes **comprendan y desarrollen la importancia de trabajo en equipo** para lograr objetivos comunes, en este caso, interpretar piezas musicales de manera grupal.



En el Taller de Música se trabaja principalmente el folclor nacional por medio de ritmos y melodías típicas.

✓ **Taller de grafica.**

Su finalidad es **desarrollar e incentivar la capacidad creativa** de los y las participantes, por medio de actividades manuales y artísticas. Se trabaja por medio de moldes o plantillas, en donde se estimula a que los y las participantes desarrollen sus propios diseños, para luego traspasarlos a trabajos decorativos o utilitarios. Se utilizan para esto diversos materiales, ya sean:

- Cartulina
- Pintura
- Lápices
- Plumones
- Aluminio
- Materiales de desecho, entre otros



Mesón de trabajo con los materiales a utilizar durante la actividad del Taller de grafica.

✓ **Taller de actividad física y vida saludable.**

La finalidad de este taller se orienta a entregar pautas para mejorar la calidad de vida de las y los participantes por medio de la actividad física, la alimentación, la vida saludable y la adopción de factores beneficiosos y positivos relacionados con el autocuidado. Este taller tiene dos grandes finalidades:

- **Objetivos de orden físico:** los cuales se vinculan con el grupo que se desempeña en la **jornada de la mañana**. Con este grupo se trabaja principalmente bajo una lógica de mantención física, en donde lo que predomina es el ejercitamiento de la musculatura.
- **Objetivos de orden lúdico:** se relaciona con el grupo de la **jornada de la tarde**, con los cuales la lógica de intervención está orientada a entregar una actividad de tipo lúdica en donde se ejerciten habilidades relacionadas con la motricidad gruesa, tales como saltar, correr, equilibrarse, entre otras.

✓ **Taller de actualidad.**

La finalidad del taller radica en la **capacidad de lectura y análisis** que los y las participantes puedan realizar a partir de los temas de actualidad y contingencia noticiosa, tanto del país como del resto del mundo. Se espera que los y las participantes a través del trabajo grupal puedan escoger **libre y democráticamente** una noticia extraída de un medio de comunicación escrito, para luego **leerla y realizar un análisis y reflexión**. De esta forma, se posibilita que se mantengan informados del acontecer noticioso, como además, se **estimula la habilidad lecto-escritora** que muchas veces es olvidada por la falta de uso.



Grupo de trabajo durante el desarrollo del Taller de Actualidad

Actividades de los Talleres Socio Terapéuticos en el Centro Diurno de Salud Mental

Cada taller a partir de sus objetivos, tiene **diferentes actividades**. Éstas son **realizadas por los monitores o profesionales** encargados, quienes las orientan de acuerdo al área de intervención profesional a la cual se dedican, y a la finalidad rehabilitadora que los talleres tienen como misión principal.

Para fines operativos, se describirán de forma general las actividades realizadas por cada taller descrito:

✓ Taller de desarrollo cognitivo y habilidades sociales.

Las actividades del taller tienen relación con el **entrenamiento individual de las capacidades de memoria, concentración y aprendizaje** de los y las participantes, para lo cual se utilizan:

- Plantillas
- Moldes
- Puzzles
- Imágenes
- Letras, entre otros

Estos elementos se utilizan en el desarrollo de ejercicios, tareas y actividades, las cuales deben ser resueltas por ellos y ellas a partir de las indicaciones recibidas por la encargada del taller.

Las **actividades** se organizan de acuerdo a su **complejidad en relación a las características y capacidades individuales** de cada participante. Se espera que los y las participantes logren solucionar los problemas y ejercicios propuestos de forma concentrada, posibilitando la adquisición de nuevos conocimientos y relaciones causa-efecto.

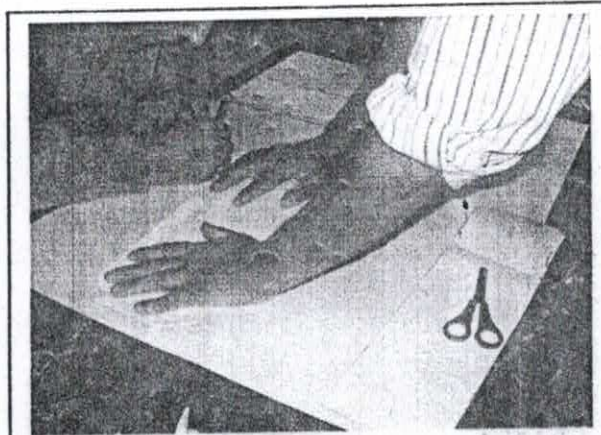
Las actividades de este taller se realizan de forma **individual**, es decir, cada participante realiza un ejercicio o tarea **de acuerdo al grado de dificultad y concentración que puede lograr de forma progresiva, evitándose así la frustración** por no alcanzar las metas u objetivos propuestos. Por otra parte, **las actividades igualmente son desarrolladas de forma grupal**, es decir, en compañía e interacción del grupo de participantes. Esta **dualidad en la forma de intervención** posibilita que los o las participantes con mayores habilidades apoyen a sus compañeros que tienen dificultades para resolver las problemáticas planteadas. De esta forma, se **estimula la cooperación y apoyo**, entre los miembros del grupo, como también el **sentimiento de superación y logro**.

✓ Taller de grafica.

Las actividades de este taller se orientan a desarrollar en las y los participantes la **imaginación y la capacidad creativa en aspectos de diseño y color**, donde la aplicación de **técnicas graficas y de diseño** a piezas y objetos, posibilita que se elaboren trabajos que se pueden utilizar tanto de forma **decorativa como funcional**.

Las actividades a cargo del monitor se realizan de preferencia a partir de los **moldes o plantillas que los propios participantes elaboran**, con los cuales se construyen artículos que tienen un objetivo útil, es decir, cumplan un objetivo posterior a su creación, para así evitar la realización de trabajos al estilo de *artes manuales*, en donde no existe una utilidad o función clara sobre éstos. En este sentido, se busca que los integrantes del taller elaboren objetos que pueden ser utilizados al interior de la Corporación Bresky, ya sea letreros, afiches, dibujos decorativos, murales, entre otros, en donde las y los participantes, como también los profesionales, estudiantes y publico en general puedan apreciar y contemplar los trabajos realizados.

Al interior de este taller también se trabaja bajo una lógica de cooperación, en donde los y las participantes que tienen mayores habilidades apoyan a sus compañeros que tienen dificultades durante la realización de las tareas planteadas. Se observa que el encargado de taller ayuda a las y los participantes durante la realización de labores complejas, tales como medir o cortar, disminuyendo la pérdida innecesaria de material por errores de cálculo, como también, para evitar los accidentes o problemas relacionados con cortes o heridas.



Participantes del Taller de Grafica realizando trabajos por medio de moldes.

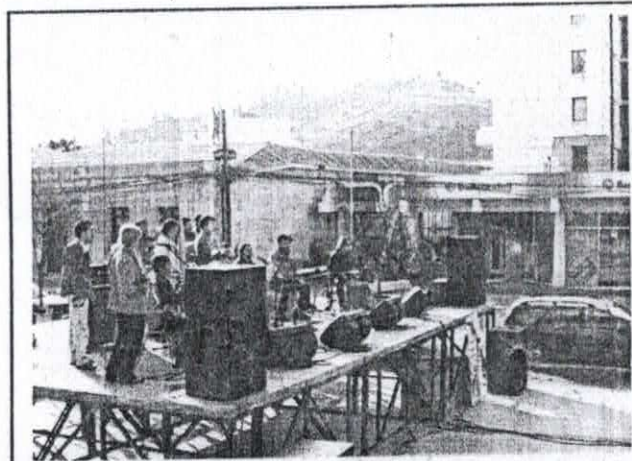
✓ Taller de Música.

Las actividades del Taller de Música buscan incentivar entre las y los participantes la **apreciación e interpretación musical** de diversos estilos y ritmos, por medio del conocimiento y entendimiento de las diferentes formas de manifestación musical, especialmente referidas al **folclor chileno**. Este taller cuenta con una **variedad de instrumentos de percusión, cuerda, viento**, entre otros, los cuales han sido **adquiridos por medio de fondos de proyectos** adjudicados para estos fines, como también, **instrumentos fabricados por los y las participantes**.

Las actividades del taller posibilitan que los integrantes de éste, conozcan diversos estilos musicales, comprendan su origen y puedan interpretarlos por medio de los instrumentos con los cuales cuentan. El

encargado del taller es un profesor de música, quien a través del tiempo ha **entregado diversos conocimientos** a las y los participantes, **desde los básicos, referidos a tipos de instrumentos, ritmos, melodías**, entre otros, **hasta conocimientos complejos referidos a la ejecución de instrumentos y la interacción grupal orientada a interpretar piezas musicales de forma colectiva**, coordinando en este sentido aspectos relacionados con tiempo musicales, pausas y silencios asociados a la canción o pieza a interpretar.

Las actividades de este taller implican **gran cantidad de ensayos** para que así las y los participantes logren recordar las melodías, como también, el momento y duración de las intervenciones que deben realizar. Es así como durante el periodo de realización de este taller, han sido numerosas las piezas ensayadas e interpretadas en diversos lugares, ya sea en presentaciones en el Hospital Del Salvador, eventos de la Corporación Bresky, invitaciones a eventos artísticos, entre otros.



Grupo de participantes del Taller de Música durante una presentación en Quillota.

✓ **Taller de actividad física y vida saludable.**

Las actividades de este taller incluyen aquellas referidas a la **actividad física** como tal, y también actividades tendientes a **promocionar un estilo de vida saludable** para las y los participantes:

- Las actividades relacionadas con el **ámbito físico** se orientan a **ejercitar la musculatura y habilidades físicas y motrices** de las y los integrantes del taller, especialmente debido a que a partir de las **características propias de la enfermedad**, las personas **tienden a mantenerse inactivas y sedentarias**, aumentando las probabilidades de padecer **enfermedades crónicas** tales como obesidad o diabetes. Por ello, este taller invita a los integrantes a realizar actividad física, para así beneficiar su salud y al mismo tiempo, entretenerse en **actividades físicas de tipo lúdico**, que permiten la interacción grupal y el trabajo en equipo.

- Las actividades orientadas a promocionar **estilos de vida saludables** tienen por objetivo difundir información referida a **como mantenerse sanos**, lo cual implica mantener una alimentación equilibrada, evitar el consumo excesivo de tabaco, visitar al médico tratante y consumir los medicamentos en las dosis e intervalos recomendados, entre otros. Esta información entregada de forma constante y de acuerdo a las características individuales y grupales, posibilita que las y los integrantes **internalicen los contenidos**, permitiéndose un **cambio paulatino en las formas de pensar y actuar** frente a aspectos relacionados con la **salud y autocuidado**.

✓ **Taller de actualidad.**

Las actividades del Taller de Actualidad se orientan a **incentivar el conocimiento** de las y los participantes por el **acontecer noticioso nacional y extranjero** para así mantenerse informados acerca de los hechos que ocurren a su alrededor. A partir de este objetivo, se trabajan otras áreas, especialmente las relacionadas con la capacidad de **lectura y análisis** que los y las participantes desarrollan tanto de forma **individual como grupal**. Las actividades se orientan a que a partir de un medio de comunicación escrito, el **grupo de trabajo logre escoger de forma democrática y consensuada un artículo** o reportaje, el cual debe ser leído por uno o mas integrantes, para posteriormente realizar un resumen o análisis de lo comprendido en la lectura, el cual se desarrolla de forma grupal. Estos análisis se exponen en el **diario**

mural de la Institución, para que el resto de los y las participantes, profesionales, estudiantes y público en general se informen y lean los trabajos realizados.

Se espera que los integrantes del taller refuercen sus habilidades de lectura y de comprensión lectora, como también aspectos relacionados con la escritura, realizada tanto de forma manual, como a través del computador, posibilitando que las y los participantes adquieran conocimientos relacionados con el uso de tecnología computacional e Internet.

Relaciones con otros empleos presentes en los Talleres Socio Terapéuticos en el Centro Diurno de Salud Mental

✓ Relaciones con otros empleos al interior de la Institución:

Los Talleres Socio Terapéuticos incluyen en sus actividades y funciones, a **profesionales encargados de potenciar diversas áreas**, tanto musicales, artísticas-manuales, físicas, cognitivas, entre otras, por lo que las **relaciones con otros empleos al interior de cada taller siempre están presentes**. A partir de la convivencia diaria, los profesionales y monitores se **encuentran y comparten experiencias** de los talleres que realizan, encontrándose diferencias y similitudes en las formas de interacción grupal, los procesos de rehabilitación individual, motivación hacia el trabajo realizado por las y los participantes, entre otros. Así los espacios institucionales posibilitan el intercambio de experiencias entre los profesionales, compartiendo impresiones acerca de los y las integrantes del grupo, las expectativas y proyecciones del taller realizado, entre otras.

Las actividades que los profesionales y monitores realizan están a cargo de la Directora Técnica del Centro Diurno, por lo que los lineamientos y objetivos de la Institución con relación a los procesos de rehabilitación son entregados por ella, para así posibilitar que los talleres realizados se orienten a los objetivos que la Institución se plantea en términos de rehabilitación, participación, y desarrollo de habilidades en las y los participantes. Esto implica la comunicación permanente entre la Asistente Social y los profesionales o monitores, lo cual establece relaciones profesionales y laborales basadas en el dialogo, comunicación, intercambio de opiniones o intereses, entre otros, beneficiando directamente la intervención que se realiza con las y los integrantes de los Talleres Socio Terapeuticos.

✓ **Relación con otros empleos externos a la Institución:**

Las relaciones con otras profesiones se desarrollan especialmente a partir de actividades realizadas fuera del espacio Institucional, ya sean:

- **Actividades comunitarias**, en donde se difunden los objetivos y características principales del Centro Diurno, ya sea en espacios cercanos a la Institución, o en ferias, eventos, muestras, seminarios, conferencias, entre otras.
- **Actividades artísticas**, las cuales están a cargo de los talleres que siguen esta línea como el Taller de Grafica y el Taller de Música. Aquí los y las integrantes presentan sus trabajos o interpretan piezas musicales de forma grupal.
- **Visitas**, a espacios artísticos, culturales, recreativos, entre otros, para así cambiar de ambiente de trabajo, potenciar la vinculación social y conocer o disfrutar de las alternativas que el entorno ofrece en estas áreas.

A partir de estas actividades, se conocen y comparten experiencias con otras profesiones, relacionadas o no con las áreas de trabajo institucional, lo cual permite ampliar las redes de profesionales con las cuales el Centro Diurno puede entablar lazos de cooperación. Por otra parte, las relaciones establecidas al exterior del Centro Diurno, posibilitan que las y los participantes conozcan a otros y otras profesionales, amplíen sus espacios de participación y se integren al medio social a través de sus trabajos y logros asociados a sus procesos grupales e individuales de rehabilitación y trabajo.

Niveles de autonomía y responsabilidad presentes en los Talleres Socio Terapéuticos en el Centro Diurno de Salud Mental

Con relación a la autonomía de los profesionales encargados de los Talleres Socio Terapéuticos, esta se caracteriza por tener dos niveles:

✓ Una **autonomía ligada al área de trabajo** en la cual se desarrollan las actividades o **autonomía profesional**. En este sentido, la autonomía en la toma de decisiones, actividades a realizar, lineamientos de éstas, entre otras, dependen directamente de la profesión del encargado del taller y su experticia en esta área. Es así como cada profesional o monitor se desenvuelve en su taller de acuerdo a sus capacidades y habilidades relacionadas con su área de desempeño profesional.

✓ Una **autonomía ligada al desempeño Institucional, o autonomía laboral**. En este sentido, la autonomía esta ligada a los lineamiento laborales que el Centro Diurno entrega, los objetivos y finalidades que cada taller debe perseguir para cumplir su labor integradora y rehabilitadora.

Los profesionales deben conciliar tanto las visiones de la autonomía profesional como la autonomía laboral, para así conformar un abanico propio de autonomías que pueden desarrollar al interior de sus talleres.

Muy relacionado a lo anterior se encuentra el hecho de que la autonomía en el ambito institucional y profesional esta a cargo de la Directora Técnica del Centro Diurno, la profesional Asistente Social, quien también debe conciliar tanto las visiones profesionales particulares de cada monitor o encargado de taller con las visiones propias de la Institución. En este sentido, las autonomías propias de cada desempeño se logran a partir de los consensos y acuerdos compartidos en estas áreas, en donde desde los ámbitos profesionales e institucionales se respetan las formas de actuar y los espacios que se configuran como propios de la profesión.

Con relación a la responsabilidad, esta también tiene dos niveles:

✓ Una **responsabilidad asociada a la labor realizada con los y las participantes** en el taller. En este sentido, la responsabilidad se asocia al trabajo que se realiza al interior de los talleres, en donde además de las actividades propias y específicas que cada encargado de taller programa, se deben ocupar de promover y difundir otros tipos de temáticas, relacionadas con:

- **Autocuidado** de aspectos relacionados con la salud e higiene.
 - **Respeto** hacia las personas, las formas de pensar, actuar, entre otros.
 - **Tolerancia** respecto a las opiniones o visiones propias con respecto a las visiones y opiniones de otras personas, sean estos participantes, profesionales, estudiantes, familiares y con las personas en general.
 - **Promover el dialogo**, como forma de resolución de conflictos. También como una manera de expresión de los sentimientos, emociones u opiniones personales.
 - **Propiciar la participación**, ya sea en el espacio del taller, como fuera de éste, creándose las instancias necesarias para que las y los participantes adquieran confianza y seguridad para empoderarse de los espacios de participación tanto al interior de la Institución como fuera de ésta.
- ✓ Una **responsabilidad Institucional** con respecto a los objetivos, valores y orientaciones del Centro Diurno. En este sentido, la responsabilidad profesional se orienta a que los **encargados de los talleres respondan positivamente a las orientaciones que la Institución entrega** como pautas de intervención, las cuales se caracterizan principalmente por la **visión positiva hacia la recuperación de las y los participantes**, una mirada desmedicalizada de la enfermedad, en donde **al interior del Centro Diurno**

se trabaja desde una perspectiva psicosocial, y no médica, es decir, se restringe el recuerdo de la enfermedad, para dar paso a aspectos resilientes y positivos en cada participante. Esta responsabilidad tiene relación tanto con la intervención profesional realizada en los talleres, como también con el trato, relaciones interpersonales y comunicación que se establece entre el encargado o encargada de taller y los participantes, en donde a través de la observación, las y los participantes paulatinamente adquieren y adoptan para si los valores y orientaciones que el Centro Diurno mantiene.

Complejidades presentes en los Talleres Socio Terapéuticos en el Centro Diurno de Salud Mental

Tras la observación, se pueden mencionar las siguientes complejidades:

1-. Asociadas a las y los participantes.

Al interior de los talleres existen inconvenientes relacionados a las **características de la enfermedad, en donde las y los participantes se muestran poco atentos, intranquilos o por el contrario, muy sedentarios y ensimismados.** Esto afecta la dinámica de los talleres, ya que las y los encargados de los talleres deben **motivar largamente** a las y los integrantes, ya sea de forma grupal o individual, para que de esta forma, se animen a participar o realizar las tareas encomendadas. También en algunas ocasiones, las o los participantes se muestran poco cooperadores, demasiado intranquilos y perturbadores con el trabajo realizado por sus compañeros, ocasiones en las cuales, son invitados a reconsiderar sus acciones o abandonar por algunos minutos el taller, para así no afectar la dinámica y logros alcanzados por el resto del grupo.

Otra complejidad, también asociada a las y los participantes, es que los **tratamientos farmacológicos,** los medicamentos que consumen aumentan los deseos de beber agua. Por esta razón, durante la realización de los talleres, son **numerosas las interrupciones para tomar medicamentos, beber agua, y también acudir al baño.** Estas situaciones **afectan la continuidad de las tareas,** ya que desconcentran al resto de los y las integrantes, y se debe volver a incentivar para que realicen las actividades.

Una situación particular que comparten tanto el grupo de profesionales como también las y los encargados de taller, se vincula al hecho de que **las características de las y los participantes del grupo de la mañana y tarde son muy diferentes.** De esta forma:

✓ El grupo de la mañana es observado como un grupo poco cohesionado y tímido, en donde existen mayores dificultades para realizar trabajos grupales o que impliquen la corporalidad y expresión.

✓ Por el contrario, el grupo de la tarde es más cohesionado, ligado al hecho de que muchos de ellos viven en Hogares Protegidos comunes, son más alegres y expresivos y muestran mayor interés por los trabajos grupales.

...lo que pasa es que son más alegres, desinhibidos, pero puede que les cueste más hacer otras cosas, ciertas cosas, pero de que son desinhibidos, de todas maneras...

Reunión de equipo. (L)

Estas diferencias implican cierto nivel de dificultad para los y las monitores, ya que se deben adaptar a las características tanto grupales, como individuales de participación y trabajo.

2-. Estudiantes en práctica.

Son numerosos los y las estudiantes en práctica de diversas carreras y Universidades que acuden a la Corporación Bresky para realizar sus labores académicas. Esta situación, implica que muchos de ellos y ellas deban **participar de los talleres para comprender la dinámica de intervención** del Centro Diurno. Debido a que los espacios destinados a los talleres son reducidos, la presencia de un mayor número de personas afecta la dinámica del grupo, ya que en ocasiones se reúnen más de 20 personas en una sala pequeña, en donde el espacio y ventilación no permiten un buen desempeño grupal.

A lo anterior, se suma el hecho de que quizás por el área de trabajo de la Institución, durante los primeros acercamiento de los y las estudiantes, existe una **distancia corporal y de comunicación hacia las y los participantes**, lo cual no favorece su integración a las dinámicas propias del

Centro Diurno. También se observa cierta **apatía y desinterés** de las y los estudiantes que asisten a los talleres, ya que lo hacen como observadores, **no participando y colaborando** con las actividades, lo cual los diferencia al interior del grupo, ya que los y las participantes no los integran como pares, sino como profesionales que vienen a observarlos y analizarlos. Estas situaciones se contradicen con la visión no jerárquica que el Centro Diurno tiene, en donde el trato es igualitario, democrático y basado en la comunicación.

A partir de estas situaciones, las y los encargados de grupo han acordado que cuando existan estudiantes en practica que no colaboren o participen de las actividades, o que no signifiquen un aporte al taller, y que dificulten la realización de éste, es mejor invitarlos a no asistir a los talleres, o que reconsidere su visión y actitudes hacia el taller y los y las participantes.

...si alguien esta leyendo el diario... o no esta aportando a la dinámica, no esta siendo propositivos, para apoyar y en el fondo no esta ayudando, mejor decirlo, mejor plantearlo "altiro"... estudiantes en practica con cara de lata, haciendo la hora...lo prioritario es el trabajo con las personas en rehabilitación, los estudiantes vienen a hacer un aporte, a aprender en la acción, y si están en una "pará" pasiva... sin saber lo que estamos haciendo, decirles, flaco... mejor la próxima semana no vengan...

Reunión de equipo. (A)

3-. Espacios compartidos.

Debido a que los **Talleres Socio Terapéuticos se realizan en la sala multiuso de la Corporación Bresky, los espacios de trabajo son compartidos.** en esta sala se encuentran objetos que se utilizan en las clases de Actividad Física y Vida Saludable, Gráfica y Desarrollo Cognitivo y Habilidades Sociales. De esta forma, muchas veces **el espacio no permite que estos objetos queden ordenados o en sitios adecuados que garanticen**

el normal funcionamiento de los otros talleres. Esta situación molesta tanto a los y las encargadas de taller, como a los y las participantes, ya que realizan sus actividades en espacios aun mas reducidos, visualmente sucios y sin una armonía visual que permita el descanso e incentive la imaginación y creatividad, muchas veces necesaria para la realización de los talleres.

...de repente el cuento del orden, por ejemplo yo igual encuentro que hay materiales de desechos...si hiciste tu taller, ordena...

Reunión de equipo. (T)

4.4. SITUACIÓN PROFESIONAL EMPRESA SOCIAL *fa*

Contextos de la Empresa Social *fa* en el Centro Diurno de Salud Mental

La Empresa Social, denominada en la Corporación Bresky como *fa* (fusión arte) es una iniciativa que busca **integrar** a los y las participantes del Centro Diurno **al mundo del trabajo**, por medio de actividades manuales o artesanías. La Empresa Social es considerada como un dispositivo intracomunitario de Salud Mental, en donde la comunidad cercana es la encargada de generar y entregar de forma conjunta las estrategias tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Al interior de la Empresa Social **se desempeñan personas con y sin diagnóstico médico de esquizofrenia**, por lo que es un espacio de integración, tanto para las y los participantes que aquí trabajan, como también, para voluntarios y voluntarias que asisten a elaborar trabajos y artesanías en compañía de participantes de la empresa.

Actualmente se desarrollan en la Empresa Social cuatro talleres, los cuales son:

- ✓ Orfebrería
- ✓ Cerámica
- ✓ Vitro fusión
- ✓ Artesanía en papel reciclado

Estos talleres cuentan con supervisión ocasional de un profesor encargado de taller, quien enseña técnicas, revisa los trabajos realizados y entrega pautas de confección y diseños. Los y las participantes trabajan en su mayoría de Lunes a Viernes, otros por diversas razones realizan esta labor solo algunos días a la semana. Los y las participantes deben cumplir un horario elaborado por ellos mismos, los cuales corresponden a jornada

completa comenzando ésta a las 9:00 y culminando a las 17:00 Hrs. o media jornada, la cual culmina o comienza, dependiendo si se asiste en la mañana o tarde a las 14:00 Hrs.

La Empresa Social se mantiene económicamente por medio de las ventas que realiza de los trabajos aquí confeccionados, éstos son comercializados en:

- ✓ **Instituciones, empresas, colegios, jardines infantiles**, entre otros
- ✓ **Eventos, ferias, exposiciones**, entre otros
- ✓ **Publico** que se acerca a la Corporación Bresky y visita la sala de ventas.

Las ganancias obtenidas a través de estos medios se utilizan en la compra de materiales para continuar con la producción y en la entrega de incentivos en dinero a las y los participantes y voluntarios con mayor antigüedad o número de horas trabajadas. Estos incentivos se otorgan a modo de remuneración, valorándose económicamente el trabajo, dedicación, esfuerzo y responsabilidad entregada a la realización de las actividades.

A través de la observación realizada, es posible establecer que:

- ✓ La Empresa Social es un **espacio dedicado a la capacitación en un empleo**, que se relaciona con la habilidad manual y destreza artística de los participantes
- ✓ La Empresa Social es un **espacio independiente del Centro Diurno**. Ésta pretende realizar funciones, gestiones y avances comerciales como cualquier otra empresa. El punto de unión entre ambas entidades es la Dirección Técnica de la Institución, es decir la Asistente Social del Centro Diurno, ya que es ella quien entrega los lineamientos y pautas para ambas

entidades. De esta forma, Empresa Social y Centro Diurno están bajo la supervisión directa y constante de la profesional.

✓ El **Centro Diurno** es el encargado de derivar a los y las **participantes** que han avanzado en sus procesos de rehabilitación individual **hacia la Empresa Social**. En este sentido, a partir de los logros y avances alcanzados por las y los participantes durante su permanencia en el Centro Diurno, y luego de conocer sus intereses y expectativas, se les da la opción de integrar la Empresa Social como participante *en periodo de prueba*, periodo en el cual conoce las características de los cuatro talleres y se integra de forma activa en alguno de ellos.

✓ Los y las **participantes de la Empresa Social** *fa* no consideran este espacio como un taller terapéutico, como lo son aquellos realizados al interior del Centro Diurno, sino que **la consideran un espacio independiente, destinado al trabajo**. Esto permite que las y los participantes tengan la claridad y convencimiento pleno de que sus funciones laborales son realizadas al interior de una empresa, lo cual permite establecer en ésta, reglas y modalidades de trabajo similares a las que los y las participantes enfrentarían en un trabajo fuera de este espacio. Esta situación quedo reflejada al momento de realizar un catastro a los participantes de la empresa, el cual entre sus resultados, arrojó el siguiente:

| LA EMPRESA SOCIAL LA CONSIDERO COMO: | |
|--|----------------------|
| a-. Un taller mas del Centro Diurno | 0 |
| b-. Una empresa independiente, separada del Centro Diurno | 6 |
| c-. Un espacio destinado solo a la capacitación en un empleo | 3 |
| b - c | 2 |
| Total | 11 |
| | Participantes |

La situación profesional “Empresa Social” *fa*, tiene dos áreas de desarrollo:

- a-. **Empresa Social *fa* desde la perspectiva de los y las participantes**
- b-. **Empresa Social *fa* desde la perspectiva profesional.**

Finalidad de la Empresa Social *fa* en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva de los y las participantes:

Al interior de la empresa, y por medio de la observación realizada, es posible visualizar las siguientes finalidades:

✓ **Autopercepción de logros alcanzados:** Como se menciona con anterioridad, los y las participantes del Centro Diurno que avanzan satisfactoriamente en su proceso individual de rehabilitación tienen la opción de ingresar a la Empresa Social. Esta situación genera en los y las participantes la **autopercepción de alcanzar logros**, de avanzar positivamente hacia una mejor calidad de vida, por lo que la Empresa Social es un espacio valorado por ellos y ellas ya que **simboliza el termino de una etapa** terapéutica, ligada a la rehabilitación de la enfermedad, dando paso a una etapa dedicada al trabajo y esfuerzo personal para alcanzar nuevas metas, las cuales ya no están directamente relacionadas a la enfermedad.

✓ **Valoración del trabajo:** durante el tiempo que los participantes se desenvuelven en la Empresa Social *fa*, adquieren un **progresivo sentido de valoración por el trabajo realizado por ellos mismos**. Se sienten gratos al observar las piezas y obras realizadas, ya que ellas simbolizan el trabajo, dedicación y esfuerzo que durante días brindaron a su desarrollo. Este aspecto es muy importante, ya que muchos de los y las participantes de la empresa **nunca antes habían realizado labores vinculadas a un trabajo formal**, es decir cumpliendo metas, horarios y responsabilidades laborales, por lo que integrarse a un espacio que mantiene estas características bajo una lógica participativa e integradora permite que las y los participantes se relacionen muchos mas fácilmente en un ambiente laboral externo, como también esta instancia entrega la oportunidad de que ellos y ellas reconozcan en si mismos la capacidad a veces ignorada o poco valorada en su entorno, de cumplir responsabilidades y establecer relaciones de amistad en un plano laboral.

✓ **Desarrollo de habilidades artísticas:** al momento de ingresar a la Empresa Social, muchos de las y los participantes han asistido a los talleres de arte y manualidades que se realizan en el Centro Diurno, pero en su mayoría, no han tenido vinculación de mayor grado con la elaboración de productos manuales o artísticos. De esta forma, al ingresar a la empresa, y enfrentar la dinámica de los talleres, ellos y ellas reconocen habilidades y destrezas que eran desconocidas, ya que **realizan obras de texturas, colores y formas que resaltan por la originalidad y sentido estético** que presentan. Es así, como la aceptación y reconocimiento que entregan los compradores a las piezas y trabajos realizados, refuerza la percepción de los participantes de realizar un trabajo de calidad, en donde la habilidad para combinar texturas, colores, formas y diseños proviene en gran medida de la habilidad artística de éstos, la cual ha sido descubierta, desarrollada y potenciada al interior de la Empresa Social.

✓ **Adquisición de nuevas responsabilidades:** ser parte de la Empresa Social es un logro personal valorado por los participantes, ya que éste significa que han avanzado positivamente en su rehabilitación. Este avance implica también la adquisición paulatina de nuevas responsabilidades, las cuales le confieren también de forma paulatina, mayores atribuciones y habilidades para enfrentar situaciones fuera del espacio Institucional. De esta forma, al integrar la Empresa Social *fa*, adquieren nuevas responsabilidades, tales como:

- **Cumplimiento de horarios:** los cuales son elaborados de forma individual, para así beneficiar el cumplimiento de éstos y minimizar las ausencias o atrasos.
- **Cumplimiento de metas laborales:** cada participante como parte del equipo de trabajo, debe responder a un número de piezas a entregar durante un periodo de tiempo.

- **Cuidado y dedicación por las piezas elaboradas:** evitar la destrucción de piezas confeccionadas o en proceso de elaboración y cuidar los espacios de almacenamiento.
- **Cuidado del material y herramientas de trabajo:** evitar la pérdida innecesaria de material (cerámica, vidrios, pinturas, plata, entre otros) para la realización de las piezas, cuidar las herramientas de trabajo para que se mantengan limpias y en un lugar conocido por todos.
- **Establecer relaciones laborales basadas en el respeto, aceptación y amistad:** participar de la Empresa Social implica conocer a nuevas personas, siendo necesario también comenzar un proceso de amistad, ya que se compartirán largas horas. Este proceso de amistad implica necesariamente comenzar a conocer al otro u otra, aceptar sus opiniones y convicciones para así entablar una relación basada en el respeto mutuo.
- **Realizar las actividades propias de su desempeño:** evitar los descansos prolongados, los cuales se asocian a características propias de la enfermedad. Se debe realizar un esfuerzo por mantener la actividad desarrollada, cumplir con los objetivos de producción trazados. Se debe evitar realizar actividades que no se vinculen directamente con las labores desarrolladas en la Empresa Social.



b-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva profesional:

La Empresa Social cumple dos grandes objetivos al interior de la Corporación Bresky, los cuales son:

- ✓ **Brindar espacios de empleo:** en donde los participantes se capacitan en un oficio, desarrollan habilidades y destrezas, las cuales pueden ser utilizadas en trabajos al exterior de la corporación, como también, surgir la iniciativa desde los propios participantes de independizarse y continuar la labor artesanal de manera individual y desvinculada a la Empresa Social.

- ✓ **Generar ingresos para los y las participantes:** a partir de las ventas realizadas, cada participantes activo de la empresa, es decir, aquellos que ya no están en periodo de prueba o proceso de *marcha blanca*, reciben un pequeño sueldo, el cual es proporcional al tipo de trabajo realizado, su complejidad, numero de días y horas asistidas, entre otros. De esta forma, no todos los participantes reciben igual cantidad de dinero, lo cual es aceptado y reconocido por los y las participantes, ya que de esta forma, se valora el trabajo realizado de manera individual, como parte de logros y esfuerzos personales dedicados al desarrollo del trabajo.

Actividades de la Empresa Social *fa* en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva de los y las participantes:

Al componerse la Empresa Social de cuatro talleres, se considera oportuno desarrollar las actividades de la empresa de acuerdo a cada uno de ellos, ilustrando de esta forma, el proceso de trabajo de forma integral:

✓ Actividades del taller de cerámica:

Las actividades que se desarrollan al interior del taller de cerámica son más complejas, ya que requieren de variados pasos y preparaciones antes de obtener el producto final. De la misma forma, estos procesos son en extremo delicados, ya que dependen de la habilidad de los artesanos para elaborar desde la mezcla hasta la cocción de las piezas de acuerdo a procesos basados en la calidad y resguardo de los objetos elaborados. Entre las actividades mas relevantes se pueden mencionar:

1-. Preparación de la mezcla: la cual se realiza en un espacio especialmente acondicionado. La preparación se realiza con agua y arcilla, la cual es mezclada de acuerdo a medidas establecidas, para obtener una pasta espesa, la cual será utilizada en el siguiente paso

2-. Preparación de los moldes: de acuerdo a los diseños a realizar (tazones, jarrones, platos, figuras decorativas, entre otros) se preparan los moldes con la mezcla anterior, estos moldes se dejan al sol o en ambiente calido para que la mezcla seque.

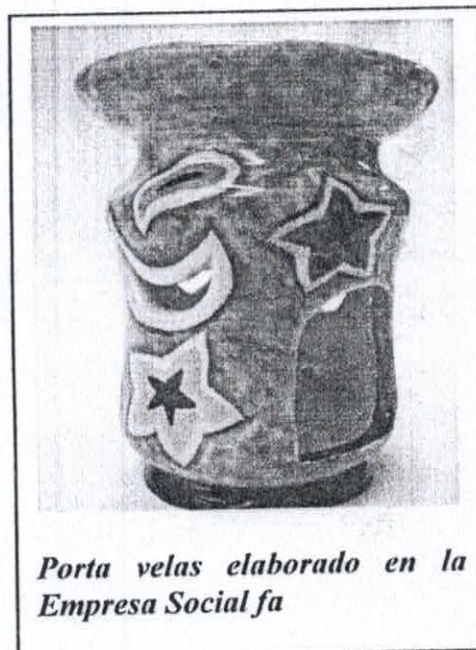
3-. Corrección de las piezas: luego de realizarse los moldes, y con la pieza aun húmeda, se trabaja minuciosamente en la corrección de imperfecciones, se disimulan defectos, se reparan fallas, para así perder la menor cantidad de piezas en proceso de elaboración, ya que de otra forma, se tendrían que

dedicar mas horas a la preparación de moldes, retrasándose los periodos de entrega. Esta etapa es una de las más complejas, ya que requiere de gran habilidad manual y visual, para lograr detectar posibles fallas y repararlas de forma tal que no altere el diseño original del producto, considerando que éste se encuentra débil por la humedad que presenta.

4-. Cocción de las piezas: realizado el trabajo anterior, las piezas se depositan al horno, el cual debe ser constantemente vigilado en su temperatura, ya que de otra forma, las piezas podrían quemarse y perder días de trabajo.

5-. Lijado: una vez cocidas las piezas, deben lijarse delicadamente para dejarlas suaves al tacto, borrando así porosidades e imperfecciones. Si las piezas no corresponden a pedido y han sido realizadas a modo de stock de productos, la actividades de este taller culminan en este proceso. Si las piezas han sido pedidas por alguna empresa o institución, se continúa con el paso siguiente.

6-. Pintura y decoración: de acuerdo al pedido realizado, se procede a pintar las piezas. Se usan pinturas especializadas en cerámica, las cuales resisten altas temperaturas, ya que posteriormente se requiere de un proceso de esmaltado, el cual culmina nuevamente con la cocción de la pieza en el horno.



✓ Actividades del taller de vitro fusión:

Este taller requiere de gran capacidad artística, ya que el valor de las piezas depende básicamente de la originalidad y colorido de sus diseños. Por esta razón, y a partir de las actividades de practica profesional desarrolladas por alumnos de Diseño, se han elaborado nuevos productos, tales como



Caja de vitro fusión elaborada en la Empresa Social fa

lámparas y apliqués para murallas, confeccionados bajo la técnica de vitro fusión, las cuales han tenido gran aceptación por su calidad, originalidad y colorido. También destaca la elaboración de mosaicos diseñados para adornar baños y cocinas, los cuales destacan por ser un complemento decorativo original y de hermosos y variados diseños.

Las actividades más relevantes son:

1-. Elaborar los moldes de las piezas en vidrio: con la ayuda de moldes de cerámica, se confeccionan las piezas de vidrio que serán posteriormente pintadas. Para esto también es necesario aplicar calor mediante el horno, para así moldear el vidrio y dar la forma deseada.

2-. Pintura: con la pieza de vidrio elaborada, se pinta un diseño, el cual desataca por ser realizado a mano, de manera cuidadosa y original, por lo que aunque se confeccionen muchas piezas similares, no logran ser iguales ya que la técnica y colores obedecen a características únicas, desatascándose la belleza de coloridos y formas que sobre el vidrio se perpetúan.

3-. Cocción: el proceso relacionado con el vidrio también requiere de calor para fundir los colores, y así éste determina formas y diseños que se vinculan al efecto que el calor genera en la pintura.

✓ Actividades del taller de artesanías en papel reciclado:

Este taller, es una contribución comunitaria de reciclaje de papeles, ya sea, diarios, revistas, papel de oficina, entre otros, que permite ayudar la estabilidad del medio ambiente. En este caso, el taller de papel reciclado se ha enfocado hacia la producción de artículos que sirvan de complemento de la compra de otros artículos de la Empresa Social, es decir, se elaboran cajas, bolsas, estuches, entre otros, que permiten que aquellas personas que



Artículos confeccionados en papel reciclado en la Empresa Social fa

compran una pieza de la empresa, la puedan regalar de una forma original, en una bolsa o caja hecha de papel reciclado. También se elaboran libretas, cuadernos, tacos de anotaciones, entre otros, los cuales se decoran de forma original.

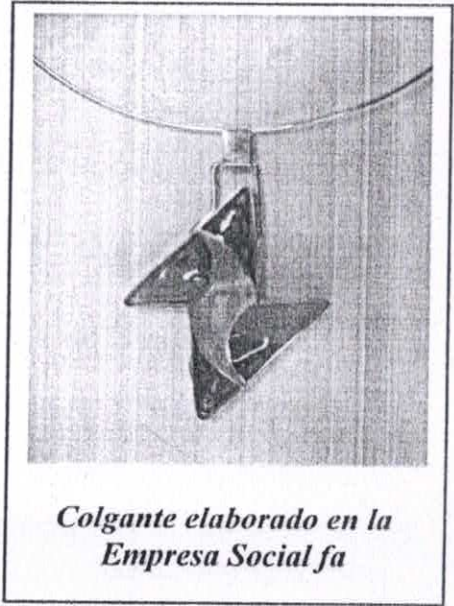
Dentro de las actividades de este taller, destacan:

1-. Preparación del material: el papel a utilizar se debe picar en pequeños trozos, los cuales posteriormente serán la base de la mezcla. Posteriormente en un recipiente se debe mezclar pintura, agua y pape para que éste se humedezca, licuándose esta mezcla, obteniéndose una pasta que por medio de moldes será secada, luego de lo cual se obtiene el papel reciclado.

2-. Elaboración de los productos: con el papel elaborado, se confeccionan cajas, bolsas, estuches, libretas, entre otros, los cuales tienen hermosos colores, formas y diseños.

✓ Actividades del taller de orfebrería:

El taller de orfebrería trabaja en un espacio adecuado especialmente para estas funciones, ya que el material, como las herramientas utilizadas no se relacionan en demasía con el resto de las actividades de la Empresa Social. Las piezas elaboradas en este taller tienen gran aceptación en el público que visita la sala de ventas de la Empresa social *fa*, como también a los eventos, exposiciones y ferias a las cuales acuden, ya que cada pieza



Colgante elaborado en la Empresa Social fa

es elaborada totalmente a mano, con diseños originales y únicos, en donde además del trabajo en plata, se une la aplicación de piezas trabajadas en vitro fusión, lo cual entrega una gran gama de alternativas para crear y elaborar piezas talmente únicas.



Anillos confeccionados en la Empresa Social fa

Las actividades de este taller se relacionan con:

1-. Diseño de las piezas: al momento de diseñar las piezas, se debe realizar pruebas en otros tipos de metales, que no sean de tan alto valor como lo es la plata, los cuales permiten observar los diseños, deficiencias y factibilidad de ser trasladados a la plata. También en este proceso se realizan uniones entre el metal y el vidrio, lo cual permite la creación de colgantes y aros de variados diseños y colores.

2-. Creación de las piezas: existe un stock de piezas elaboradas, las cuales se mantienen de muestra para los clientes, como también para la venta. Si existe una persona interesada en comprar una pieza, ésta se realiza de forma individual, de acuerdo al tamaño, por ejemplo del anillo, o del color de

colgante escogido. Las personas también pueden sugerir diseños para ser elaborados en las piezas encargadas, para este efecto, los orfebres realizan el diseño y la prueba de factibilidad para así saber si es posible o no realizar la pieza encargada.

b-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva profesional:

Desde el ámbito profesional, las principales actividades que se realizan en la empresa tienen relación con la gestión de aspectos comerciales y financieros. Para estos fines, el profesional encargado es el Ingeniero en Comercio Exterior, quien administra estas áreas vinculándolas directamente con el quehacer administrativo que se realiza en el Centro Diurno. Las actividades más relevantes en desde la perspectiva profesional son:

- ✓ **Atención de clientes:** los cuales acuden a la sala de ventas de la Empresa Social, atención de llamadas telefónicas, envío de correos electrónicos, entre otros por parte de aquellos clientes que han mantenido relaciones comerciales anteriores con la empresa.

- ✓ **Difusión:** la Empresa Social cuenta con limitados espacios de difusión para ampliar sus perspectivas comerciales, por lo que lentamente han generado estrategias que posibilitan abarcar un mayor número de clientes, lo cual ha permitido mantener un ritmo constante de producción, brindando a los participantes la seguridad de participar de un espacio productivo y laboral estable. La difusión se realiza por medio de la participación en ferias, eventos, exposiciones, muestras de artesanía, entre otros, a través de las cuales, se posibilita la venta de productos, como también, son espacios propicios para la difusión masiva de los productos y piezas elaboradas en la Empresa Social.

✓ **Financiamiento y mantención:** la empresa social cuenta con el financiamiento proveniente de proyectos desde instituciones del Estado, tales como FONADIS, FOSIS, entre otros. Cuenta también con los ingresos generados a través de la venta de productos, dineros que logran cubrir las necesidades de la empresa, tales como compra de materiales y pago de sueldos.

Relaciones con otros empleos presentes en la Empresa Social *fa* en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva de los y las participantes:

Al interior de la Empresa Social, las mayores vinculaciones con otras profesiones o empleos se relacionan con la interacción que mantienen con los profesionales y estudiantes en práctica de diversas carreras que acuden al Centro Diurno y se acercan, participan o comparten con los participantes de la empresa.

El mayor número de vinculaciones se establecen con profesores que asisten a enseñar nuevas técnicas y modalidades de trabajo en las áreas desarrolladas en la empresa, y también con estudiantes en práctica que asisten a desempeñar labores relacionadas con su proceso académico.

b-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva profesional:

El funcionamiento de la Empresa Social desde una mirada profesional se vincula estrechamente a las relaciones que entre ésta se generan con profesiones que se desempeñan al interior del Centro Diurno, como también aquellas que están fuera de este contexto. En este sentido, las mayores vinculaciones son aquellas mantenidas con:

✓ **Asistentes Sociales:** las cuales se desenvuelven al interior del Centro Diurno, manteniendo una relación constante entre los y las participantes como también con los quehaceres y necesidades que la empresa generan.

✓ **Psicólogos:** también se desempeñan en el Centro Diurno y colaboran con labores propias de su profesión, como además en todas aquellas áreas en las cuales es necesaria su participación para colaborar con el funcionamiento de la empresa.

- ✓ **Terapeutas Ocupacionales:** los cuales realizan actividades tendientes a orientar o enfocar actividades de los participantes, para que así puedan utilizar mejor el tiempo del cual disponen.

- ✓ **Artesanos:** se encargan de enseñar nuevas técnicas de trabajo a los y las participantes en las áreas que la Empresa Social desarrolla. Los artesanos se desempeñan como maestros o profesores, asistiendo algún día de la semana para entregar sus conocimientos.



La presencia de profesores permite que los y las participantes conozcan nuevas formas de desarrollar su labor. En la foto, la profesora de vitro fusión realiza una de sus clases.

Niveles de autonomía y responsabilidad presentes en la Empresa Social en el Centro Diurno de Salud Mental

a-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva de los y las participantes:

La **autonomía** para la realización de las labores está relacionada con la **experticia** que tiene el o la participante en el área de trabajo desarrollada, de esta forma, **quienes tienen mayor entrenamiento y habilidad** para desarrollar la labor **tienen mas autonomía** para desarrollar los trabajos y tomar decisiones relacionadas con estos.

Con relación a la **responsabilidad**, se puede establecer que:

✓ Existe una **responsabilidad grupal**, como equipo de trabajo, en donde la Empresa Social como entidad laboral debe **responder a las demandas comerciales** que se entablan. De esta forma, los participantes como trabajadores de la empresa deben cumplir con metas laborales relacionadas con la producción.

✓ **Responsabilidad individual**, relacionada con el **cumplimiento** de horarios, labores encargadas, limpieza y orden del espacio, entre otras.

b-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva profesional:

La **autonomía y responsabilidad** desde la perspectiva profesional están depositadas en las gestiones que realiza el encargado de la Empresa Social, es decir, el **Ingeniero en Comercio Exterior** de la Institución. Él es quien realiza gran parte de las gestiones y coordinaciones tanto financieras como comerciales, las cuales corresponden al **funcionamiento administrativo de *fa***. Por otra parte, la autonomía y responsabilidad están coordinadas o supervisadas por la Directora Técnica del Centro Diurno, quien entrega los lineamientos, especialmente financieros y relacionados con la producción y diseño. Esta coordinación es la que recuerda la vinculación entre

la Empresa Social y el Centro Diurno, ya que aunque entidades administrativa y técnicamente diferentes, son espacios destinados a la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad psíquica.

Complejidades presentes en la Empresa Social *fa* en el Centro Diurno de Salud Mental.

a-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva de los y las participantes:

Las mayores complejidades de la Empresa Social no se asocian a sus participantes, sino a aspectos como:

- ✓ **Espacio:** en estos momentos, la Empresa Social realiza sus funciones en un espacio contiguo al Centro Diurno, en donde además, se encuentra la entrada provisoria de la Institución, ya que por motivos externos, la entrada principal ha sido temporalmente suspendida. Por esta razón, el transito habitual de los y las participantes, profesionales, estudiantes y personas en general se realiza por el acceso que se encuentra al interior de la Empresa Social, afectando esta situación, el ambiente laboral, concentración y continuidad de los trabajos que se realizan.

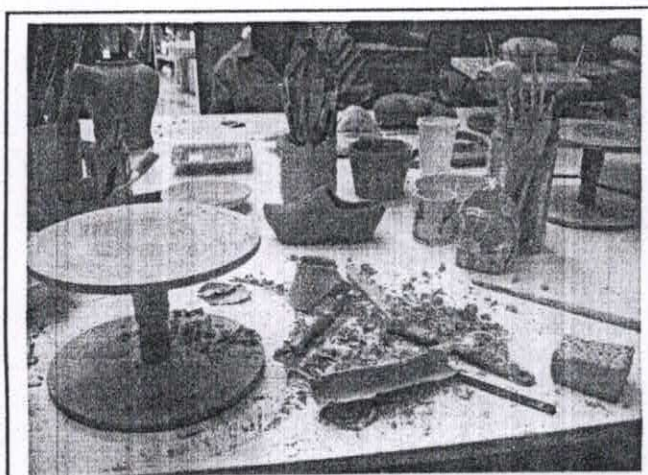
- ✓ **Cantidad de cupos:** al ser la Empresa Social un lugar destinado tanto a la capacitación en un empleo como también un espacio que posibilita la generación de ingresos para los participantes que trabajan en ella, es un lugar ideal para que éstos se integren y lentamente adquieran nuevas habilidades tendientes a independizarse tanto laboral como económicamente. Sin embargo, la disponibilidad de cupos al interior de la Empresa Social es baja, ya que los espacios de trabajo son reducidos, como además, no se cuenta con los recursos financieros que posibilitan tanto la capacitación como la entrega de incentivos en dinero por el trabajo realizado.

b-. Empresa Social *fa* desde la perspectiva profesional:

Las complejidades desde ésta visión se relacionan con:

✓ **Área de trabajo:** desarrollar actividades orientadas a las manualidades y artesanías es una gran oportunidad, ya que posibilita que los productos sean valorados mucho más por ser elaborados completamente a mano y de forma original. La complejidad se asocia al hecho de que son los propios artesanos y profesores dedicados a las áreas de trabajo de la empresa, quienes la observan con recelo. Muchos de los profesores y maestros que han pasado por los talleres de *fa* han abandonado esta labor, porque consideran que el nivel de producción, calidad, originalidad y equipamiento de la Empresa Social significan una competencia directa a las labores que ellos realizan a menor escala o con menores recursos.

✓ **Escaso apoyo de profesiones relacionadas al ámbito comercial:** a través de conversaciones y entrevistas mantenidas con el encargado de la Empresa Social, éste revela que al interior de *fa* se necesita mayor apoyo de profesiones asociadas al área comercial y financiera (Ingenieros Comerciales, Ingenieros Industriales, Ingenieros Civiles, entre otros), para así mejorar los planes y estrategias que permitirán aumentar la producción, comercialización y difusión de los productos de la Empresa *fa*.



Vista del mesón de trabajo del taller de cerámica, durante el proceso de corrección de las piezas elaboradas.

Una **oportunidad** relacionada al ámbito profesional es la incorporación de **alumnos de Diseño**, quienes realizan un minucioso trabajo en el proceso de producción, aportando con la confección de matrices y diseños, los cuales se aplican en diversos productos de la Empresa Social, especialmente en el taller de vitro fusión. La presencia de estos alumnos ha permitido mejorar aspectos relacionados con la producción en línea de piezas de buena calidad, en donde la característica de los productos es el diseño y color, enfatizando los procesos relacionados con la presentación y venta de los productos.

CAPITULO V

REFLEXIONES PROFESIONALES

CAPITULO V

REFLEXIONES PROFESIONALES

5.1.- Reflexiones Profesionales en Relación a los y las Participantes:

Los y las participantes que asisten diariamente a las actividades de la Corporación Bresky mantienen grandes diferencias entre las jornadas de la mañana y la tarde. Estas diferencias se consideran como parte de los procesos individuales asociados a la enfermedad, en donde el tratamiento médico oportuno, adecuada farmacoterapia, además de un grupo familiar, de amigos o de pares que acompañen durante el proceso, implican una fuerte diferencia entre aquellas y aquellos participantes que no han recibido estas atenciones.

Las diferencias entre ambas jornadas de participantes del Centro Diurno, no solo se asocian a lo médico o farmacológico, capacidades físicas o mentales, sino que también a grandes diferencias en las formas de relacionarse, actuar y posicionarse al interior de este espacio de rehabilitación psiquiátrica. En este aspecto, se visualizan diferencias notables en el cómo se proyecta la rehabilitación de forma grupal, de modo tal que existe una evidente mejor proyección para el grupo de la mañana en contraposición al grupo de la tarde, quienes asisten a los talleres con mayor entusiasmo, pero con escasas posibilidades de verse en un futuro cercano o lejano en una situación diferente a la vivenciada en la actualidad.

Son estas características las cuales mueven el actuar tanto de participantes como de los encargados y las encargadas de cada taller, ya que aunque el espíritu del Centro Diurno sea positivo con relación a la enfermedad y su recuperación psicosocial, de igual forma existe una diferenciación, la cual obedece a cuestiones prácticas de organización e intervención, pero que igualmente segrega a los y las participantes en grupos, cuestión que paradójicamente se intenta cambiar en el entorno social cercano, bajo lógicas de difusión de información en torno a la esquizofrenia y al trabajo realizado por la Corporación Bresky.

Se entiende que el trabajo con las y los participantes es complejo, ya que las experiencias en este tema y bajo esta mirada son escasas en nuestro país, siendo la Corporación Bresky una entidad pionera a nivel nacional. Se rescatan los aportes y experiencias extranjeras, especialmente europeas, las cuales tienen enfoques muy similares al llevado a cabo en el Centro Diurno. Tal vez sea la escasez de recursos, la poca difusión y comprensión social hacia ésta temática y los problemas sociales relacionados a la esquizofrenia, factores claves a la hora de comprender y aprender a trabajar bajo esta lógica de intervención, centrada en las capacidades, olvidando por momentos la discapacidad, orientándose a devolver a la persona aquellos trozos de capacidad y aceptación social que la enfermedad se llevo, y que lentamente intentan recuperar en compañía de profesionales, estudiantes y participantes que se agrupan diariamente para intentar el cambio, en ellos y también fuera de los muros de la Corporación.

Se estima que la reflexión en torno a los y las participantes también debe realizarse bajo esta lógica, es decir, agrupándolos por capacidades, al igual a como funcionan diariamente. De esta forma, se rescatan sus diferencias y particularidades, entregando una visión un poco mas clara referente a ellos y ellas. Es así como durante este segmento se diferenciará entre los y las participantes de cada jornada, en donde al grupo de la mañana se le denominara *grupo de diagnostico único* y al grupo de la tarde, *grupo multidiagnostico*.

a-. Visión de la esquizofrenia y su rehabilitación:

- **Al interior del grupo de diagnostico único:**

El grupo de participantes que acuden en la **jornada de la mañana** tienen una mayor comprensión acerca de la esquizofrenia. Al presentarse grados menores de deterioro físico y mental, su **conciencia de la enfermedad es mucho mayor**. Su visión sobre la esquizofrenia se acerca a la concepción de que ésta ha llegado a sus vidas como cualquier otra enfermedad, la diferencia radica en que ésta es muchos mas temida por las consecuencias sociales que trae consigo, como por ejemplo la estigmatización y discriminación en diversos ámbitos, siendo el mas devastador lo asociado con la discriminación laboral, ya que anula la independencia económica, la capacidad de sentirse productivos y aportadores, tanto al hogar como al medio social.

Los y las participantes del grupo de diagnostico único, se caracterizan por **hablar poco o nada de su enfermedad**, rehuyen referirse a ella; como si el recordar o nombrar esa palabra trajese recuerdos de situaciones que preferirían no haber vivido. Estas vivencias por lo general no son compartidas en grupo, quizás también por vergüenza de expresar sus emociones y sentimientos, lo cual muestra que su deterioro a causa de la enfermedad es mínimo, ya que se sienten pudorosos, tanto de expresar que tienen la enfermedad, como también, de lo que sienten con respecto a ésta, repitiendo pautas de conducta aprendidas culturalmente, ya sea en torno a la visión de la enfermedad, como también con la expresión de sentimientos y emociones, lo cual implica mostrar las debilidades, exponiéndose a los comentarios y juicios de otras personas.

En cuanto a la **rehabilitación**, se observan como **participantes pasivos**, se asumen como beneficiarios de la Institución, esperando recibir los aportes del enfoque que la Corporación Bresky propicia. Su modo de actuar responde al binomio "**terapeuta-paciente**", en donde no existen mayores

interacciones u opiniones en torno al trabajo realizado. Se denominan *pacientes*, porque esperan que alguien, en este caso, el llamado *terapeuta*, realice las actividades tendientes a lograr su rehabilitación, sin realizar mayores esfuerzos personales o grupales por proponer actividades o cambios en éstas. El o la encargada de taller, en este caso, *terapeuta*, realiza las actividades con un grupo pasivo, que responde a los estímulos que se entregan para motivar, proponer y realizar actividades. Se visualizan actitudes poco favorables para realizar una intervención participativa desde una posición en la cual todos cooperan por alcanzar metas comunes, ya que bajo la dinámica de este grupo, se limitan a realizar las actividades propuestas, considerándolas como parte de un proceso recreativo, en el cual el espacio del Centro Diurno es visualizado como un lugar para reunirse a compartir y conversar, fumar o tomar un café, y no como un espacio especial destinado a potenciar y desarrollar habilidades tendientes a lograr la rehabilitación o inserción plena en la comunidad.

El esquema de trabajo de la Corporación favorece las relaciones horizontales, el dialogo y la igualdad entre todas las personas que se relacionan al interior del recinto, sin embargo, se observa que los y las participantes de este grupo, responden cuando se les pregunta, trabajan cuando se les pide, se agrupan cuando es necesario, es decir, se limitan a obedecer ordenes simples relacionadas generalmente con las actividades del taller a realizar. No se utilizan totalmente los recursos humanos y materiales entregados, desperdiciando muchas veces la oportunidad de realizar o profundizar temas y actividades, producto de la timidez y vergüenza planteadas anteriormente. El espacio destinado a su rehabilitación, el cual es la Corporación Bresky, no es bien aprovechado por los y las participantes de este grupo, en algunas ocasiones se niegan a realizar actividades, utilizan el espacio para conversar o fumar, sin percatarse que es al interior de este recinto en donde mas se comprende su situación, ocupándose de realizar actividades y acciones tendientes a entregarles mejores alternativas para enfrentar a la comunidad que les rodea.

El hecho de querer ocultar de alguna forma su enfermedad, también influye en que ellos **no perciban el espacio del Centro Diurno como un lugar destinado a su rehabilitación**, sino que lo asumen como un lugar en donde pasar entretenidamente el tiempo libre, teniendo la libertad de realizar o no las actividades propuestas. Estas situaciones particulares, invitan a pensar el porqué asisten, en algunas ocasiones sin participar, personas poco interesadas en cooperar y trabajar mancomunadamente para lograr su propia rehabilitación social y adicionalmente laboral (en la Empresa Social *fa*), siendo que hay muchas otras que por ignorancia, falta de información médica, lejanía o por recursos económicos, no pueden acceder total o parcialmente a las actividades y opciones de rehabilitación que el Centro Diurno entrega.

- **Al interior del grupo multidiagnostico :**

El grupo de la jornada de la tarde tiene grados mayores de **deterioro físico y mental**, por lo que su conocimiento de la enfermedad se basa en las propias experiencias vividas en los largos periodos de hospitalización, con los tratamientos médicos y farmacológicos asociados, además de toda la carga cultural que también reciben de parte del medio social, en donde al mostrarse mas visible en ellos las consecuencias físicas de la enfermedad, lamentablemente han recibido mayores muestras de discriminación, apatía y estigmatización por parte de la sociedad, quien los ve a ellos y ellas como amenazas constantes hacia la seguridad, especialmente por las continuas informaciones de los medios de comunicación, en donde los hechos violentos y delictuales son asociados a personas con trastorno psiquiátrico.

No obstante lo anterior, **este grupo se muestra mucho mas desinhibido con respecto a la enfermedad** en comparación con sus pares de la mañana. Hablan sin problemas de ella, se reconocen a si mismos como enfermos, en donde asumen la esquizofrenia desde **cosmovisiones particulares**, destacando las concepciones religiosas, mágicas y relacionadas con castigos y culpas, tanto personales como también desde sus progenitores.

Estas visiones se mezclan con los aprendizajes médicos que han recibido tanto en el Centro Diurno, como en el Hospital Psiquiátrico para de alguna forma, intentar explicar la enfermedad. Es así como en lo cotidiano, se asumen como esquizofrénicos, en donde la causa de la enfermedad proviene *de un castigo de Dios, brujería hacia la madre de la o el participante, culpa por no ser buena persona, falta de amor por parte de los padres, entre otras.*

Al asumir este grupo su enfermedad, hablar sobre ella, sus problemas, necesidades, entre otras, se facilita la intervención en los diversos talleres, especialmente porque los relatos y vivencias corresponden a lo que realmente sienten los y las participantes, ya que no sienten vergüenza o temor de ser rechazados por expresarlas. En este aspecto se debe considerar que algunas y algunos participantes aun con tratamiento médico y farmacológico padecen de alucinaciones e ideas delirantes, lo cual **dificulta el esclarecimiento de los relatos vivenciales y los resultantes de los procesos alucinatorios o delirantes.** Sin embargo, a través de la observación, se puede establecer que generalmente los **relatos asociados a emociones y sentimientos provienen de lo realmente sentido por la persona,** en cambio los **relatos vivenciales, relacionados con actividades o hechos, pueden estar influenciados por estos procesos propios de la enfermedad.**

En cuanto a la rehabilitación, las y los participantes la relacionan directamente con las actividades que realizan al interior del Centro Diurno. En este sentido, se rescata el ánimo y esfuerzo que dedican a las actividades de cada taller. Utilizan y respetan el espacio del Centro Diurno, comprenden que en este lugar pueden realizar actividades tendientes a la rehabilitación, además de entablar relaciones interpersonales basadas en el respeto, comprensión y aceptación, tanto de parte de ellos y ellas, como también del equipo de profesionales y estudiantes en practica, quienes comprenden la importancia de entablar lazos bajo estas características. La rehabilitación en este grupo tiende a entregar herramientas para que puedan desenvolverse en el entorno social, ya que a partir de las secuelas físicas, emocionales y psicológicas que la enfermedad y su tratamiento han dejado, las posibilidades

laborales, sin una experiencia anterior, y con signos evidentes de la enfermedad, se reducen considerablemente. Por esta razón, las y los participantes se esfuerzan por adquirir nuevas habilidades de forma tal que las asumen como desafíos personales, en donde cada taller se vive como una escuela, en la cual se recogen aprendizajes nuevos y se perfeccionan habilidades.

El modo de actuar de las y los participantes del grupo multidiagnostico responde al binomio "persona-persona", ya que paulatinamente han aprendido a relacionarse de tú a tú con aquellos y aquellas que le rodean, siendo este aspecto muy importante dentro de su rehabilitación, ya que al permanecer durante largos periodos en *poblaciones cautivas*, como lo fueron las instituciones psiquiátricas anteriores al cambio de paradigma, las **relaciones jerárquicas, basadas en el miedo y respeto por la autoridad fueron la única imagen relacional que observaron y vivenciaron**. El vincularse de esta nueva forma implica que se sienten respetados en sus derechos más elementales, con acciones tan básicas como ser aceptados y considerados tal como son, siendo saludados, llamados por su nombre o entregándoles un espacio de afecto y comprensión, el cual en muchas ocasiones no encontraron en su familia.

Al entablar relaciones horizontales a partir de las experiencias adquiridas en la Corporación Bresky, se les posiciona nuevamente en un espacio en la sociedad, ya que durante años vivieron alejados de ésta, **invisibles de lo social**, por lo que rescatar y paulatinamente **posicionarlos con roles claros y socialmente valorados**, es parte importante, tanto de su proceso personal de comprensión y aceptación (o resignación) de sus propias historias de vida, como también, del proceso de rehabilitación que abarca, en este grupo diversos ámbitos.

Es menester señalar que las actividades realizadas con este grupo se perciben como actividades recreativas y lúdicas, las cuales si bien pretenden reforzar o desarrollar habilidades, no se orientan a realizar cambios mayores

en las formas de vida de éstos, ni menos pretender insertarlos plenamente tanto social como laboralmente. A lo largo de la experiencia al interior de la Corporación, se ha observado que este grupo escasamente sale del espacio institucional, no realizan salidas a terreno de manera frecuente, escasamente hacen uso de los bienes y servicios del entorno, y por lo general, llegan y se van de la institución en grupos, ya que así se cuidan y protegen camino al hogar. De esta forma, se observa que aun existiendo este espacio para trabajar en sus habilidades y reforzar aspectos relacionados con la ciudadanía, al interior del Centro Diurno, con este grupo no se realizan actividades frecuentes bajo esta lógica. Por el contrario, el grupo de diagnóstico único, asiste regularmente a eventos y salidas, especialmente coordinadas por el Taller de Música, lo cual implica que sus integrantes, se relacionan con su entorno, conocen gente, reciben la valoración y gratificación que implica el ser reconocidos por el trabajo y esfuerzo realizado, significando aportes considerables para su autoestima y proyecciones tanto personales, como también relacionadas con su quehacer en la institución.

Estas diferencias entre ambos grupos obedecen quizás a las características de la enfermedad, en donde las capacidades desplegadas por ambos grupos son evidentemente contrapuestas. Sin embargo se considera que a partir de las dificultades que el grupo de la tarde ha mantenido a lo largo de sus vidas, desde el momento que le es diagnosticada la esquizofrenia, pudiesen de alguna forma disfrutar de mayores beneficios, tanto para salir fuera del recinto, conocer espacios cercanos y accesibles económicamente, participar de mas actividades comunitarias masivas, entre otras, y así hacer ver en el entorno que los y las participantes del grupo multidiagnostico, el cual es el mas estigmatizado y discriminado socialmente, son sujetos que aportan socialmente, que se vinculan y tienen ganas de realizar actividades de manera social y comunitaria, y no de forma exclusiva con sus pares, en un grupo cerrado que agrupa características similares, sino que compartiendo con el medio social en pleno, rompiendo lentamente así los prejuicios existentes hacia ellos y ellas. Se reconoce que este es un trabajo paulatino, tanto al interior del Centro Diurno, como fuera de este, y que efectivamente se realiza

con algunos participantes, la diferencia radica en que no todos por igual se benefician de estas actividades *extra programáticas*, y aquellos que pudiesen aprovecharlas personal y grupalmente de mejor forma, esporádicamente son invitados a realizarlas.

b-. Relaciones interpersonales entre las y los participantes:

- **Al interior del grupo de diagnostico único:**

Las relaciones interpersonales entre los y las participantes de este grupo se basan en un trato respetuoso, basado en el dialogo y tolerancia respecto a los diferentes puntos de vista.

Los y las participantes no comparten de manera grupal, se forman dúos o tríos de conversación, los cuales muchas veces son excluyentes para aquellos participantes nuevos. Disfrutan conversando temas de actualidad, actividades que han realizado durante el fin de semana, entre otros, sin embargo, estos grupos de conversación son esporádicos y se focalizan en algunas personas, las cuales por lo general mantienen algún grado de amistad. Entre el resto de participantes no existe un diálogo basado en temas cotidianos o triviales, ya que por lo general, se aíslan a fumar o tomar una taza de café. Una explicación para esta situación puede ser el hecho de que en el **grupo de diagnostico único participan jóvenes y adultos**, los cuales, generacionalmente no comparten los mismos intereses. A esto se suma el no querer relacionarse en demasía con los y las participantes, para así no revelar detalles de su vida asociados a la enfermedad. Si bien esta situación es positiva desde una perspectiva en donde se avanza hacia una recuperación, superando las dificultades y las causas de éstas, el querer olvidar o no asumir con sus pares mas cercanos al interior del Centro Diurno la enfermedad, la mantiene mucho mas presente, ya que por evitarla, emerge constantemente en su actuar y formas de relacionarse, lo cual también es perjudicial para su recuperación, ya que se sienten observados y analizados desde la esquizofrenia, impidiendo que se desenvuelvan socialmente de forma normal,

aceptando la enfermedad, superando sus dificultades y trabajando para incorporarse nuevamente al medio social.

El grupo de diagnóstico único se observa mucho más callado, no conversan alegremente en el patio o al interior de los talleres, por lo general se dedican a escuchar música, beber café y fumar. El tabaquismo al interior de este grupo es muy marcado, existiendo un grave problema de salud, ya que por lo general todos fuman, prendiendo un cigarro tras otro durante los recreos. Este hábito es observado desde dos posiciones:

✓ Como una forma de **acercamiento grupal**, ya que se venden o regalan cigarros entre ellos y ellas, obligando la interacción entre los y las integrantes del grupo.

✓ O como una **excusa para aislarse socialmente** y evitar el contacto con otros, aduciendo que se está *tranquilo fumando mientras se piensa*, que están *descansando*, entre otras respuestas, lo cual solo refuerza la segregación grupal y la falta de interés aparente por conocerse y conversar temas que escapen a los contenidos tratados en los talleres.

Por otro lado, las relaciones interpersonales entre los y las participantes del grupo de diagnóstico único son respetuosas, saludándose y despidiéndose cada día. En los talleres se tratan amistosamente, de forma cordial, existiendo un tono parejo de conversación. Rara vez se interrumpen en los diálogos, respetan las opiniones y momentos para hablar, se llegan a acuerdos y participan cuando les invitan a hacerlo. Estas formas de relacionarse y actuar asemejan el funcionamiento del grupo a cualquier otro que funcione en los más diversos ámbitos de acción. De esta forma, la enfermedad que los agrupa pasa a segundo plano, ya que no se evidencian rasgos aparentes de ella durante la realización de las actividades. Quizás el aplanamiento con relación a las emociones y el actuar desganado, son unas de las características que pueden resaltar, pero de forma general, al interior de los talleres, bajo la

estimulación constante de los y las encargadas, el grupo funciona de manera efectiva.

Tal como se mencionaba anteriormente, este grupo realiza una vida social más cercana a la normalidad, viajan solo por la ciudad sin mayores dificultades, algunos salen a divertirse, con amigos o familiares, lo cual posibilita que ellos y ellas se inserten socialmente de manera más plena que sus pares de la tarde. A esto se suma el apoyo y acompañamiento familiar, ya que muchos de las y los participantes viven con sus familias (padres o hermanos), implicado esta situación, mayores posibilidades para salir de paseo, de compras, mantener responsabilidades al interior del hogar, recibir visitas de otros familiares, entre otras. A partir de estas experiencias, se mantienen evidentemente más activos mentalmente, están al tanto de lo que ocurre a su alrededor, tienen opiniones mucho más claras y atinentes a los temas tratados y a las preguntas realizadas, por lo que su conexión con la realidad y con lo que vivencian a diario es evidente. Pero para obtener estas informaciones hay que preguntarles, pedirles su opinión, motivarlos a iniciar un debate o conversación grupal, en la cual solo algunos participan, quedando el resto de participantes como observadores de las respuestas y opiniones de sus compañeros y compañeras.

- **Al interior del grupo multidiagnostico:**

Los y las participantes se relacionan fácilmente de manera grupal. Muchos de ellos comparten durante toda la semana en los Hogares Protegidos en los cuales viven, cohabitando el mismo espacio, por lo que se conocen, comparten y se relacionan tanto dentro como fuera del espacio de la Corporación Bresky. Esta situación ayuda a que entre ellos y ellas exista un clima fraternal, de compañerismo, respeto y solidaridad. Se observa que entre ellos y ellas existe una **autorregulación grupal**, en la cual los miembros del grupo limitan y sancionan socialmente a aquellos o aquellas que estén realizando actitudes poco favorables o molestas para el desarrollo de las actividades del taller. De esta forma, cuando alguien está gritando más de lo

aceptado entre ellos, molestando a los compañeros o compañeras o alterando la concentración con chistes o canciones, entre ellos y ellas enfrentan la situación, invitan al compañero a dejar la actitud, y ponen en aviso al encargado del taller acerca de lo que ocurre, para que éste finalmente adopte otro tipo de soluciones si la actitud no es corregida al interior del grupo. Esto se considera muy importante, ya que entre ellos han logrado fijar límites, establecer rangos de aceptación para las actitudes que entre ellos y ellas son comunes, pero que igualmente son poco aceptadas, tanto por ellos, como por el entorno. De esta forma, ellos tratan de ajustar sus actitudes hacia aquellas que son aceptadas socialmente, como lo es escuchar, responder, respetar la tranquilidad del otro, entre otras, todo esto en relación a las actividades desplegadas en los talleres. Si bien esto puede parecer algo sin demasiada importancia o común dentro de espacios grupales o de participación social, lo cierto es que las particularidades de este grupo muestran que aun teniendo secuelas y signos aun evidentes de la enfermedad, entre ellos logran detectar cuando las situaciones pasan de lo normalmente aceptado entre ellos, cuando se vuelven intolerables, situaciones en las cuales emerge este control grupal, el cual se orienta a invitar a la o el participante a tranquilizarse, mantener el orden, respetar el espacio compartido y realizar las actividades propuestas en el taller, es decir, ocupándose de que se integre a la actividad grupal tal como el resto de los y las integrantes.

Las relaciones interpersonales entre las y los participantes son una parte importante dentro de sus procesos individuales de rehabilitación, ya que éstas les permiten compartir con otras personas, salir, despejar la mente, pensar y ocuparse de otras cosas. Por lo general, al vivir muchos de ellos en Hogares Protegidos, las posibilidades de salir y distraerse son reducidas, tanto por la escasez de redes sociales con las cuales cuentan, el escaso dinero del que hacen uso o el temor de salir solos o sin una actividad o destino claro. Las y los participantes que viven con sus familias, por lo general se ocupan de las labores domesticas, de limpieza, cuidado de sobrinos, compras, entre otras, por lo que aunque mantienen actividades cotidianas y relaciones familiares frecuentes, sus redes sociales son reducidas, ya que estas se enmarcan dentro

del espacio familiar, restringiéndose el contacto con otras personas, realidades o experiencias.

Por esta razón, se cree que ellos y ellas disfrutan y aprovechan mucho mas el espacio que el Centro Diurno les ofrece, ya que aquí despliegan una serie de capacidades y habilidades que en otros lugares, incluso en sus hogares, difícilmente realizan, por ejemplo leer, debatir, opinar, escribir, imaginar y pintar, conversar temas diferentes o relacionarse con personas distintas cada día a partir del gran numero de estudiantes que asisten a la Corporación Bresky.

Por lo general, los y las integrantes de este grupo, se reúnen en grupo mientras esperan el inicio del taller, y aunque se mantengan todos callados, al momento de plantear algún tema, la conversación se inicia de manera instantánea. Existen personajes notables al interior de este grupo que se caracterizan por animar e incentivarlos para que tengan energías y animo para realizar las actividades, incitan a la conversación e invitan a sus pares a dialogar y opinar. Por lo general, todos hablan sin problemas de diversos temas, sin ser la enfermedad un tema tabú. Por el contrario, este tema es recurrente en sus diálogos, ya que entre ellos y ellas se preguntan como están y como se han sentido. Los diálogos en torno a este tema son frecuentes, como lo es también el denominarse como *enfermos*, buscando una solución o luchando por superar y mejorarse algún día a partir del trabajo diario. En estas conversaciones aparecen opiniones pesimistas, relacionadas con la desolación y abandono que ellas y ellos sienten en muchas áreas de sus vidas, siendo la maternidad un tema frecuente para las mujeres.

Referirse a la maternidad provoca reacciones positivas y negativas, las cuales están en directa relación con las diferentes visiones y percepciones que frente a este tema cada uno y una de ellas mantiene. Se observa en algunas participantes un rechazo hacia la probabilidad de ser madres, en donde el pecado, la suciedad y lo inmoral, los problemas en al crianza, la falta de dinero y alimentación, la probabilidad de extravió o muerte, entre otros, son

temas inquietantes, que las preocupan y angustian. Estas percepciones, derivadas de sus propias historias de vida, relatos escuchados, como también producto de la propia imaginación, responden a la autodefensa que han creado para negarse a si mismas la posibilidad de la maternidad. Durante muchos años se les ha negado este derecho, ya sea por permanecer al interior de un hospital psiquiátrico o recibir diversos mensajes' o *amenazas* en las cuales les advierten que ellas no están facultadas mentalmente para ser madres, ya que no podrían criar a su hijo o hija, pudiendo ser entregados éstos en adopción. Por estas razones, ellas han creado una autodefensa, considerando este derecho una parte negada en sus vidas, tanto por los problemas personales que esta situación les puede causar, como por las el abandono y alejamiento físico y afectivo que temen experimentar hacia su hijo o hija. Esta situación ha significado un enorme daño emocional para ellas, ya que las limita y discrimina aun mas dentro de la sociedad, ya que durante años, terceros tuvieron plenas facultades para decidir sobre el destino de sus vidas, sus proyecciones y sobre la decisión de ser o no madres.

En otro grupo de participantes se observa que el pensamiento de ser madres, trae consigo emociones positivas, en donde afloran sentimientos y emociones relacionadas con el amor, la entrega, la dedicación y esfuerzo que ser madres para ellas significa. Esta posibilidad, cierta o no, posibilita que aflore entre ellas el llamado *instinto maternal*, ya que se ha observado que sienten mucho placer hablando sobre los niños, sintiéndose muy a gusto cuando en contadas ocasiones algún niño o niña visita el Centro Diurno. En este sentido, cuando algún niño o niña ha visitado la institución, y lo hace de manera regular, las y los participantes recuerdan su nombre, intentan tomarlos en brazos y jugar, recordándolos y preguntando por ellos y ellas aun cuando transcurra una cantidad considerable de tiempo.

c-. Participación dentro y fuera de la Corporación Bresky:

- **Al interior del grupo de diagnostico único:**

La participación de las y los integrantes de este grupo está **condicionada a la motivación** que muestren para realizar o no las actividades sugeridas. El grupo de diagnostico único no está totalmente vinculado a la Institución, ya que por lo general no se sienten parte de la Corporación Bresky, se asumen como integrantes, pero no mantienen un compromiso mayor por el hecho de estar o compartir un espacio con otros y otras al interior de un mismo recinto. La participación en las actividades de cada taller las realizan como parte de un proceso en el cual la garantía para ellos y ellas es mantenerse ocupados, tener un espacio de recreación, en donde compartir y socializar no es el tema principal. Por esta razón, para comenzar a trabajar en cada taller, se les debe incentivar a que realicen las actividades, no porque tengan dificultades para hacerlo, sino porque la motivación, la energía para comenzar a realizar las actividades, como también para terminarlas es débil. En los trabajos grupales, por lo general las mismas personas son las que trabajan, realizan las tareas encomendadas, hacen las preguntas, y desarrollan las exposiciones, siendo el resto de los integrantes, elementos pasivos, que aportan esporádicamente con sus opiniones.

Con relación a la participación en actividades organizadas por el Centro Diurno, el grupo de diagnostico único, **tiene mas posibilidades de salir de paseo y visitas fuera de la Institución**, ya que por lo general, el Taller de Música organiza diferentes salidas, ya sea para eventos, o solo para que sus integrantes conozcan otros lugares relacionados con la temática del taller o se distraigan. Estas salidas a terreno son consideradas positivas para las y los participantes, ya que a través de ellas, **se establecen o refuerzan lazos de amistad entre los y las participantes, se destacan sus habilidades y avances** en el campo musical, siendo reconocidos y apreciados en otros lugares.

No existen otros tipos de instancias en las cuales los y las integrantes de este grupo puedan salir y participar de manera frecuente en actividades fuera de la Institución. Esta situación no resulta tan significativa, ya que **este grupo por lo general es autovalente en diversos ámbitos**, siendo ellos y ellas en cierta medida **capaces de generar espacios de recreación y participación** al interior de su familia o comunidad, siendo la participación al interior del Centro Diurno, una herramienta que posibilita reforzar áreas que se encuentran deprimidas, destacando y potenciando destrezas, para así, posicionarlos en el entorno con roles sociales claros y valorados socialmente.

Una situación a considerar es el hecho que **la asistencia no tiene relación con la participación**, ya que si bien, las y los integrantes pueden asistir a sus actividades diarias, esto **no es un indicador certero** de que estén realmente participando o beneficiándose de las actividades y talleres que en el Centro Diurno se entregan. De esta forma, aunque asista diariamente un número importante de personas a las actividades, esto no indica que la participación sea buena o que el taller o actividad cumpla con su objetivo. Si una persona asiste regularmente a las actividades que se enmarcan dentro de su rehabilitación psicosocial, tendiente a mejorar una serie de habilidades y destrezas, pero que rara vez participa, presta atención, o se involucra positivamente hacia las actividades, difícilmente lograra su rehabilitación si su rol es de observador. Esta es una situación muy común al interior del grupo de diagnostico único, quienes al no participar y mostrarse indiferentes hacia las actividades que tienden hacia estos fines, no están utilizando provechosamente ni el espacio institucional ni a los profesionales y monitores que aquí se desempeñan.

- **Al interior del grupo multidiagnostico:**

Muchos de los y las integrantes de este grupo, conocieron las experiencias relacionadas con la participación, a partir de su paso por el Centro Diurno. En los espacios en los cuales se desenvolvían anteriormente, sus capacidades y habilidades eran subvaloradas, considerándoseles no aptos para integrarse y participar en diversas áreas, por lo que su presencia a nivel social era inadvertida o simplemente temida, especialmente por la serie de prejuicios asociados a la esquizofrenia. De esta forma, los espacios destinados a su participación eran escasos, y vinculados principalmente a instancias hospitalarias, impidiendo que conocieran y se vincularan con otro tipo de espacios, coartando las posibilidades de ampliar su mundo y experiencias en torno a este.

Tal vez por esta, y muchas otras razones derivadas de las propias y particulares experiencias de vida, los y las integrantes del grupo multidiagnostico valoran mucho más el espacio entregado por el Centro Diurno, siendo la participación, un aspecto destacado entre ellos y ellas. A esto se suma el ambiente amigable y alegre que entre ellos surge cada día, con conversaciones y risas, que en algunos momentos son difíciles de controlar para dar paso a la realización del taller. Disfrutan del compartir, estar juntos, realizar las actividades y compartir la colación que en el Centro Diurno le entregan.

Si bien la realización de actividades a nivel grupal es dificultosa por las características del grupo en general, en donde la atención y concentración hacia las labores encomendadas es escasa y débil, la participación no es un tema complejo al interior del trabajo grupal. Considerando las características grupales e individuales de las y los integrantes, la participación es notoriamente positiva. El grupo en general tiende a consultar cuando tienen alguna duda, siendo esta consulta a viva voz y frente a todos sus compañeros y compañeras, responden a las preguntas levantando la mano, o señalando sus respuestas en voz alta. En estas situaciones muchas veces se forman diálogos

y conversaciones asociadas a los temas planteados, lo cual muestra que entre ellos y ellas no tienen mayores dificultades para relacionarse ni participar, tanto de forma grupal, es decir como parte de un grupo, como también de forma individual.

Por lo general, este grupo no mantiene otras áreas de participación social además de las desarrolladas en la Corporación Bresky. En sus hogares, se relacionan con familiares y parientes cercanos, siendo sus actividades sociales más comunes el realizar las compras diarias, la visita de algún pariente, o realizar las labores domésticas en compañía de sus familiares. En su tiempo libre, generalmente escuchan radio o ven televisión, muy pocos reconocen leer revistas o diarios, especialmente porque su capacidad lectora y de concentración es muy baja. Las y los participantes que viven en hogares protegidos mantienen un grado un poco mayor de participación y vinculación social, ya que al vivir en comunidad, pueden conversar y relacionarse de manera más cercana y directa. Los lazos que entablan son de amistad, por lo que generalmente se van juntos hacia el hogar, ocasiones en las cuales aprovechan de "vitriear" en las tiendas del sector. Ellos también deben realizar actividades domésticas en los Hogares Protegidos en los cuales viven, cumpliendo con horarios y tareas asignadas. En los tiempos libres se dedican a escuchar radio, no reconocen ver televisión, y de la misma forma, tampoco leen diarios o revistas.

De esta forma se observa que de no ser por las actividades que realizan en el Centro Diurno, muchos de los y las integrantes no tendrían la posibilidad cierta de participar y desarrollarse en diversas áreas, tanto sociales, artísticas, musicales, recreativas, entre otras. Este es un punto inquietante, ya que implica que aun existiendo una creciente preocupación por resolver este tipo de situaciones en el marco de la rehabilitación de personas con esquizofrenia, los esfuerzos han estado centrados en establecer recintos de uso casi exclusivo para las personas con diagnóstico psiquiátrico (casi exclusivo porque en algunos dispositivos intracomunitarios de salud mental se propicia la participación de personas con y sin diagnóstico médico de esquizofrenia), en

donde se agrupan nuevamente por la discapacidad, impidiendo de alguna forma la posibilidad de participación en actividades fuera del espacio destinado a la rehabilitación, es decir acceder a espacios comunitarios de uso masivo, como lo son los centros deportivos, recreativos, culturales, artísticos, comerciales, entre otros.

En este aspecto, se considera que se ha omitido a un grupo de actores igual de importantes que el grupo que tiene la enfermedad, los cuales son la población "aparentemente sana", ya que no existe una difusión e información de la población general acerca de esta enfermedad, ya sea para actuar de forma oportuna en situaciones en las cuales se sospecha de la enfermedad, como también, la difusión de información relativa a las características de ésta y la importancia del tratamiento medico y farmacológico para tener un estilo de vida cercano al mantenido antes de ser detectada la esquizofrenia. El trabajo con la población para acercar estas temáticas e informar a las personas es beneficioso, ya que además de difundir aspectos relacionados con la enfermedad, lentamente se pueden aminorar los prejuicios y discriminaciones hacia este grupo de personas, tal como paulatinamente ha ocurrido con las personas con Síndrome de Down, quienes junto a sus familias, han demostrado que son capaces de integrarse socialmente, cumplir con roles sociales valorados, participar de actividades, y realizar acciones igual que el resto de nosotros, como por ejemplo trabajar, enamorarse y comprometerse sentimentalmente con alguien.

Por esta razón, se considera, que aun existiendo los dispositivos que tienden a la rehabilitación e integración de las personas con esquizofrenia, se ha omitido a la población que aparentemente no tiene la enfermedad, para así crear conciencia hacia ésta y disminuir el rechazo hacia aquellos y aquellas que la tienen. Solo de esta forma, las personas con esquizofrenia podrán participar y acceder plenamente a los beneficios que la comunidad entrega tanto para la educación, entretención, comercio, deportes, entre otros. No es razonable que sean las personas con la enfermedad quienes luchen en solitario para optar a participar plenamente en el entorno social. Todos los actores

ligados de una u otra forma a esta problemática, debiesen proponer soluciones y trabajar para que la difusión de esta información a nivel masivo se haga realidad, de otra forma, los y las integrantes de éste y otros Centros Diurnos, continuaran coartados en sus derechos de participar y elegir libremente las formas y medios que satisfagan sus distintos intereses en el entorno comunitario.

El grupo multidiagnostico no realiza salidas frecuentes hacia otros lugares, realizan sus actividades en las dependencias de la Corporación Bresky, siendo escaso el contacto que mantienen por medio de vistas y paseos hacia otros lugares, ya sea como parte del aprendizaje y conocimientos derivados de las actividades de algún taller, o como parte de la recreación y distracción que merecen disfrutar. Por lo general, las y los monitores no se motivan a realizar este tipo de salidas, por el cuidado y dedicación que hay que asignar a cada uno de ellos en los espacios abiertos, tanto para que no se pierdan, como para que se mantengan juntos y atentos a las instrucciones y recomendaciones de la o el monitor. Esta situación se comprende ya que la responsabilidad de salir con un grupo de personas que no están habituados a visitar lugares desconocidos, lejanos para ellos y ellas y que escapan a lo que cotidianamente conocen, es decir el trayecto que realizan a diario desde sus hogares hacia la Corporación Bresky, es un desafío en términos de que el miedo a lo desconocido, como también el estar con gente extraña, en espacios no familiares, puede provocar una descompensación en su estado de salud, derivando en actitudes y reacciones que a su vez, pueden afectar anímica y psicológicamente a sus compañeros y compañeras. Por esta razón, se cree, que los y las monitoras del Centro Diurno prefieren realizar esporádicas salidas, siendo el espacio del Parque El Litre el mas utilizado para realizar todo tipo de actividades al aire libre.

No obstante lo anterior, se estima que el grupo multidiagnostico necesita habituarse de forma gradual a salir y conocer otro tipo de lugares, ya sean estos paseos, miradores, museos, plazas, eventos culturales, entre otros, ya que así, además de reforzar su vinculación con el entorno social, se les

acompañía profesionalmente en la construcción de otras redes, diferentes a la que desarrollan y conocen en la Corporación Bresky, para que así se empoderen de mayores habilidades y se sientan capaces de participar y utilizar los espacios que la ciudad entrega para la distracción y esparcimiento de todos y todas las ciudadanas.

Se considera que el hecho de no instar a realizar este tipo de actividades en el marco de la intervención psicosocial, limita a las y los participantes en sus procesos de rehabilitación. Aun más cuando el grupo multidiagnóstico no tiene los recursos familiares ni personales para realizar estas actividades por iniciativa propia, ya sea por vivir en Hogares Protegidos, o por mantener relaciones familiares que limitan la independencia y autovalencia de las y los integrantes. A esto se suma, que las capacidades mentales y físicas de los y las integrantes de este grupo, los limitan socialmente, por lo que el acompañamiento profesional, en términos de ayudar a vencer miedos, superar obstáculos en el medio social y a descubrir nuevas formas de participación y entretención, pueden significar un gran aporte para que este grupo paulatinamente tienda a buscar otras alternativas de participación, ajenas a la Corporación, lo cual podría significar, un avance notable, la rehabilitación psicosocial desde la participación en espacios ajenos a este ámbito.

5.2.- Reflexiones Profesionales en Relación a los Profesionales y el Equipo de Trabajo:

a.- Perfil del profesional que integra la Corporación Bresky:

En general, el equipo de trabajo que se desempeña en la Institución, mantiene una serie de características que los identifica, ya sea porque éstas son innatas a la persona, o porque se han adquirido a partir del trabajo en la Corporación Bresky.

Se destaca que los y las encargadas de talleres, o monitores, tienen un carácter muy alegre, ya que incentivan a los y las participantes entregándoles ánimo y energías cuando estas son escasas. También son risueños, especialmente porque no se molestan con muchas de las situaciones que ocurren a diario en los talleres, convirtiendo las dificultades en aprendizajes, los cuales externalizan de manera alegre, riéndose de ellos mismo y de las situaciones vividas. Se destaca que en su mayoría son personas con una visión positiva hacia la vida, en donde no problematizan ni negativizan en demasía lo que ocurre con sus intervenciones profesionales, sino que esperan superar las dificultades a partir de las enseñanzas y aprendizajes que recogen día a día a través de la experiencia. Por lo general tienen un carácter muy tranquilo y acogedor, que invita a relacionarse fácilmente con ellos, desatacando en este aspecto la empatía que logran con las y los participantes.

Un aspecto importante a considerar es el hecho que las y los monitores son jóvenes, es decir, no sobrepasan los 30 años de edad, razón por la cual las energías y ganas de emprender nuevos desafíos se tornan fundamentales a la hora de encargarse diariamente de los talleres, ya que al comenzar éstos no se tiene la certeza plena de si podrán ser realizados de acuerdo a las actividades programadas. La existencia de problemáticas tanto a nivel familiar o personal en las y los participantes, les puede afectar anímica y emocionalmente, siendo este aspecto, un punto a considerar dentro de la realización de las actividades, ya que el hecho de que un o una participante se encuentre con algún

problema, afecta también la estabilidad y dinámica grupal, haciéndose muchas veces difícil e inapropiado realizar las actividades propias del taller.

Entre el equipo de trabajo se observa que son personas comprometidas con su desempeño, en donde existe la certeza plena de que el trabajo realizado es de calidad y coherente con las necesidades de las y los participantes. Los y las profesionales consideran que tanto el tratamiento médico y farmacológico adecuado y accesible a todas las personas, sumado a un proceso de rehabilitación psicosocial, pueden contribuir a que las consecuencias y características tradicionalmente asumidas como "discapacitantes" puedan ser superadas, dando paso a la incorporación, en algunos casos plena a las actividades del medio social. Este es un aspecto muy importante, ya que la convicción de las y los profesionales acerca de que la recuperación total o parcial de estos aspectos "invalidantes" de la enfermedad, son externalizados y difundidos al resto de las personas que a diario circulan por la Institución, siendo asumidos por éstas y éstos como mensajes no formales, pero que igualmente se comprenden y asumen como parte del patrimonio de la Corporación, ya que la convicción y entrega hacia estos conceptos es tan ferviente y constante por parte del equipo, que se hace difícil no creer e internalizar este mensaje como propio.

Por otra parte, se observa que el equipo de trabajo interviene en base a un enfoque comprensivo de las diversas realidades de las y los participantes y las particularidades con las cuales se manifiesta la enfermedad. En este sentido, existen distintos "niveles" con los cuales la esquizofrenia se manifiesta, participando en el Centro Diurno personas a las cuales la enfermedad poco o nada ha afectado, hasta personas a las cuales ésta y las patologías asociadas han dañado profundamente aspectos físicos y mentales. De esta forma, las y los profesionales saben distinguir a cada persona en su especial particularidad, ocupándose de éstas y de sus avances y dificultades, lo cual implica comprender al otro desde su realidad, en donde la empatía y capacidad oportuna de respuesta frente a los requerimientos individuales y grupales son tareas que se observan a diario.

Las y los profesionales se muestran comprometidos con la labor que a diario realizan, ya que permanentemente están buscando alternativas para conocer y avanzar en las concepciones teóricas que inspiran su accionar, como también, se ocupan de buscar fuentes de financiamiento para solventar las diversas actividades que al interior de la Institución se generan. En este aspecto, no solo cultivan vínculos profesionales con instituciones y personas relacionadas con la temática de intervención en nuestro país, sino que se mantienen en permanente contacto con instituciones y profesionales de otros países, especialmente de Europa, quienes constantemente les envían material informativo referente a la enfermedad, las nuevas técnicas y modos de intervención, los tratamientos médicos, farmacológicos y psicosociales que se plantean como novedosos y positivos, entre otros. Esto posibilita que las y los profesionales estén constantemente informados y actualizados, dando cuenta de la convicción férrea y preocupación constante hacia la labor que se realiza en el Centro Diurno, ya que no se satisfacen con los conocimientos que profesionalmente han adquirido durante los años de estudio y de práctica profesional, sino que además, permanentemente están buscando nuevos conocimientos para aplicar en la intervención que en la Corporación Bresky se realiza.

b-. Visión de la esquizofrenia y los aportes profesionales hacia la rehabilitación:

La esquizofrenia es considerada al interior del equipo de profesionales y de monitores como una enfermedad mas en la vida de las personas, la cual con un tratamiento médico y farmacológico asociado a un acompañamiento e intervención psicosocial, puede ser estabilizada para que así la persona pueda recuperar habilidades e insertarse en las actividades del medio social. La diferencia de esta enfermedad radica en la histórica discriminación y estigmatización hacia el grupo de personas que la manifiesta. Aun la palabra "locura" está en nuestro vocabulario como una forma despectiva de tratar y considerar a las apersonas a las cuales consideramos extrañas o anormales según nuestras concepciones.

Las enfermedad, desde esta perspectiva, no es tema frecuente en las conversaciones entre profesionales, no se habla habitualmente de casos o personas en particular, no se tiende a resolver la vida de nadie, sino que se busca, por medio de las actividades y tareas que aquí se coordinan, que las personas asistan a un espacio que se ocupa de brindar las mejores alternativas técnicas para lograr de forma conjunta la rehabilitación psicosocial y en algunos casos, en donde la enfermedad ha sido menos agresiva, la inserción plena en las actividades comunes de los sujetos en sociedad.

Bajo esta lógica, los aportes profesionales, mas allá de brindar todas las capacidades y experticias adquiridas en torno al tema, se orientan a generar un espacio alejado del asistencialismo y la visión médica que tiende a negativizar las capacidades resilientes de las personas, entregándose así un servicio de carácter psicosocial, el cual solo es factible si la persona interesada, en este caso, la o el participante, pone de su parte para propender de manera conjunta con el equipo de profesionales y monitores a una rehabilitación, la cual no tiene limites impuestos por la institución, es decir, no existen egresos a partir de capacidades adquiridas, sino que los limites de rehabilitación son abiertos,

y tienden a la superación paulatina de cada persona en sus complejidades, dificultades y temores entorno a la comunidad y las personas que la habitan.

En cuanto al desempeño profesional en torno a la intervención de la esquizofrenia, se observa que las diversas profesiones virtualmente se mezclan y mimetizan, para dar paso a un quehacer profesional en donde los límites de desempeño profesional son difusos. A modo de ejemplo, tanto la Asistente Social como el Psicólogo están capacitados para atender y solucionar profesionalmente las mismas temáticas, esto debido a que la experticia alcanzada durante años por la Directora Técnica, quien es Asistente Social, le permiten conocer y reconocer las mejores y mas apropiadas formas de intervención de acuerdo a las características de los casos o necesidades del grupo. Por otra parte, el Psicólogo, también está capacitado para intervenir en áreas relacionadas tanto con la Psicología como con el Trabajo Social, ya que a partir del desempeño en equipos de trabajo y duplas, logra comprender y asimilar las formas de intervención y quehacer profesional, adaptándolos a los requerimientos particulares de cada caso o grupo.

Al mantener una simetría en las labores desarrolladas, la cual obedece en algún grado a la horizontalidad de las relaciones y a la flexibilidad de los roles profesionales, lo cual deriva de la concepción de un Centro Diurno como tal, se pueden establecer vínculos profesionales basados en el respeto y comprensión del quehacer del otro, en donde no se invaden ni alteran las atribuciones propias de cada profesional, pero si se cooperan y potencian, para que a partir del trabajo conjunto, basado en el conocimiento y respeto de las habilidades profesionales, se tienda a entregar una mejor atención para las y los participantes.

c-. Relaciones laborales:

Las relaciones laborales se basan en el respeto, tanto de los quehaceres realizados de forma individual, como de aquellos practicados de forma grupal en los equipos de trabajo. Cada profesión y actividad es respetada y valorada, ya que finalmente tiende a cumplir con objetivos y necesidades que la práctica diaria en el Centro Diurno plantea.

Un aspecto a considerar es la comunicación, la cual generalmente se establece de forma poco adecuada, ya que existen cortes durante los temas tratados, pasando de una conversación a otra sin un orden que permita distinguir si se continua o no hablando del mismo tema. También son comunes las interrupciones lo cual afecta la continuidad de las ideas planteadas durante la conversación, afectando la importancia de éstas. Se emiten mensajes poco claros, los cuales son entendibles en la medida que se tengan todos los antecedentes, influyendo este aspecto en la comprensión de los mensajes, los cuales pueden ser interpretados de diversas formas a partir de la información recibida.

Se considera que lo anteriormente planteado puede derivar de una asimilación involuntaria de las pautas de comunicación que establecen las y los participantes, ya que ellos y ellas generalmente se comunican de esta forma, con palabras entrecortadas, mensajes difusos, se interrumpen en las conversaciones y pasan de un tema a otro sin una lógica aparente. De esta forma, se estima que a partir de la cotidiana relación con las y los integrantes de los talleres, paulatinamente se han tomado para sí las formas de comunicación que entre ellas y ellos se establecen, siendo este aspecto observado como preocupante, ya que a pesar de que en algunas ocasiones se evidencian mucho mas este tipo de acciones, por lo general pasan inadvertidas, asumiéndose como parte de la rutina diaria de comunicación, en donde a partir de la prisa, falta de tiempo u olvidos, los mensajes tienden a ser comunicados de las mas diversas formas, siendo escasas las ocasiones en las

cuales se comienza y termina una conversación sin interrupciones de cualquier tipo.

Otro aspecto que afecta de alguna manera las relaciones laborales es la falta de espacios para la realización de las diferentes actividades, ya sea aquellas que desarrollan las y los participantes, como también las que desempeñan las y los profesionales y monitores. Existen dos oficinas implementadas, las cuales cuentan con un reducido espacio, tanto para trabajar, como para recibir personas. Por otro lado, la falta de espacios genera un constante desorden de papeles, carpetas, cuadernos, agendas, entre otros, lo cual impide que, por una parte, se mantengan ordenados los espacios, como también, dificulta la tarea de encontrar documentos y papeles, lo cuales por lo general, se extravían del lugar en donde han sido dejados. Estas situaciones se asumen como parte del desorden (u orden) derivado de la falta de espacio, pero se observa que en general, no existe gran preocupación por respetar los lugares comunes de trabajo, ya que si bien, los espacios son reducidos, esto no implica el cooperar para que estos se mantengan habitualmente saturados de papeles e información.

Otro aspecto a destacar dentro de las relaciones laborales es la escasez de reuniones de equipo que se organizan. Este hecho se puede interpretar de dos formas:

- 1-. No existen temas importantes a tratar de forma grupal, ya que éstos son resueltos de manera individual o trabajando con aquellas personas con las cuales es necesario establecer vínculos laborales concretos.
- 2-. Existen temáticas importantes que abordar, pero se resuelven separadamente con los y las profesionales de manera informal, por medio de llamados telefónicos, conversaciones o reuniones especiales para cada situación particular.

De esta forma, se estima que las reuniones de equipo no son consideradas como importantes dentro del accionar de los y las profesionales, ya que aun realizándose, la asistencia y temas tratados en ellas, no dan cuenta de una utilidad práctica, sino mas bien obedecen a un espacio de difusión de información, en el cual, pocas veces se resuelven temas. El objetivo de estas reuniones obedecen por lo general a resolver situaciones de coordinación y preparación de actividades, lo cual las enmarca dentro de momentos en el cual el trabajo es demasiado, y el tiempo escaso, por lo que la coordinación y derivación de funciones y actividades, es la única forma de resolver positivamente todos los requerimiento. De esta forma, las reuniones de equipo obedecen a momentos de gran agitación laboral, en donde cada profesional debe estar totalmente informado acerca de las actividades a realizar.

Otro aspecto importante dentro de las reuniones de equipo, es el hecho que los y las monitoras no son invitadas a participar de éstas, ya que por lo general, son las y los profesionales de la institución quienes integran las reuniones. Durante la observación realizada, fue posible observar solo una reunión con monitores y monitoras, reunión en la cual, ellas y ellos entregaban características del taller realizado, los objetivos y dificultades que habitualmente se presentan, lo cual da cuenta que este tipo de reuniones no son habituales. Si bien, los y las monitoras no se ven a diario, la importancia de sus actividades dentro del proceso de rehabilitación implica que al menos deben saber que objetivos tienen los demás talleres, como se podrían realizar actividades conjuntas, o cuales son las dificultades o características comunes en los grupos, para así resolver situaciones a partir de diagnósticos participativos. Se considera que a partir de la cercanía que las y los monitores mantienen con las y los participantes, tienen mayores facultades para establecer si el grupo funciona o no de forma adecuada, si un participante experimenta cambios o dificultades en sus procesos de rehabilitación, entre otras, ya que ellos y ellas están mas habituados a los grupos y sus integrantes, por lo que permanentemente deberían ser invitados a reunión, para así realizar aproximaciones grupales acerca del trabajo realizado.

Se estima también, que la pertinencia de realizar reuniones grupales entre las y los monitores obedece a la necesidad de practicar el autocuidado tanto personal como profesional respecto a las vivencias que a diario experimentan en las actividades realizadas. Muchas veces el desgaste emocional y la falta de medios para expresar las situaciones vividas, implican que las personas no externalicen los que realmente sienten o piensan respecto a lo que a diario observan. De esta forma, al trabajar cotidianamente con temas relacionados con la salud mental, se exponen a la vulneración de la propia, con los evidentes riesgos para la salud y estabilidad personal.

d-. Actitud hacia los estudiantes en práctica:

- **Desde los y las profesionales:**

Recibir estudiantes en práctica es una actividad frecuente en diversos centros e instituciones ligados al área social. La Corporación Bresky no escapa de esta situación, recibiendo semestre a semestre una gran cantidad de estudiantes de diversas carreras e instituciones, quienes por motivación personal o por requerimientos académicos, realizan sus prácticas, acercamientos u observaciones profesionales al interior del Centro Diurno. Si bien, este aspecto es positivo, ya que la institución es reconocida académicamente por el trabajo que realiza, la cantidad de alumnos que diariamente asiste a observar o participar de los talleres es numerosa.

La Corporación Bresky acoge a diversos estudiantes de distintas carreras e instituciones. Por lo general, durante los primeros acercamientos, se les explica cuales son los objetivos y formas de trabajo de la Institución, se les entrega material bibliográfico para la realización de documentos, y en general, se les entrega un marco aclaratorio acerca de lo que es y hace el Centro Diurno.

Luego de estas primeras aproximaciones, las relaciones si bien son igualmente acogedoras y tienden a entregar todas las facilidades para realizar una buena intervención profesional, se distancian en el tiempo, siendo los estudiantes en práctica quienes insistentemente deben buscar y esperar la oportunidad de conversar, aclarar dudas o realizar entrevistas a los y las profesionales. De esta forma, la falta de tiempo y los reducidos espacios para la realización de estas actividades juega en contra de las y los estudiantes, ya que deben esperar pacientemente a que se les atienda, lo cual en algunas ocasiones también genera molestia en los profesionales, ya que destinan tiempo originalmente programado para la realización de otro tipo de actividades laborales. De esta forma, se estima que la cantidad de estudiantes que asisten regularmente a los talleres, afecta tanto a los y las participantes como a los y las profesionales, ya sea porque la presencia genera incomodidad en los primeros, o porque no existe el tiempo y espacios adecuados para que la atención de éstos por parte de los y las profesionales. A esto se suman los problemas de comunicación anteriormente señalados, ya que cuando finalmente los y las estudiantes logran conversar y entrevistarse con el o la profesional requerida, el teléfono, las conversaciones cortadas, los recados, entre otros igualmente interrumpen la temática desarrollada, e inhiben el ánimo de las personas, ya que se sienten interrumpiendo el desempeño laboral de la o el profesional, por lo que tienden a apresurar o terminar rápidamente la conversación. Posteriormente, es habitual observar que los y las estudiantes realizan preguntas breves y desde la puerta, para así interrumpir menos y ser menos invasivos en la labor desarrolladas por el o la profesional

Otro aspecto con relación a los y las estudiantes en práctica es el hecho que muchos de ellos no realizan las actividades con motivación aparente, se observan apáticos, desganados, sin claridad acerca de su labor o rol dentro de las actividades desarrolladas por ellos y ellas en la Institución. A esto se suma, el hecho que algunos no comparten con los y las participantes, quizás porque aun conociendo y siendo parte integrante de la labor de la Institución, igualmente mantienen prejuicios e ideas culturalmente aprendidas sobre la

esquizofrenia. De esta forma, se considera que no existe una evaluación permanente acerca de la labor que desempeñan los y las estudiantes en practica, ya que si bien pueden realizar un excelente trabajo teórico conceptual, lo importante al interior del Centro Diurno son los y las participantes, y las relaciones que con ellos se establecen, ya que a partir de ellos y ellas, el conocimiento que se viene a buscar es mucho mas claro.

- **Desde los y las Participantes:**

- ✓ **Al interior del grupo de diagnostico único:**

Por lo general, los y las participantes de este grupo no mantienen grandes acercamientos con las y los estudiantes que asisten a los diversos talleres. Durante el primer encuentro, en donde son presentados al grupo por parte de la Asistente Social, informando el motivo de la asistencia de las o los estudiantes al grupo, los y las integrantes del taller preguntan su nombre, carrera, entre otras cosas, para así recoger información acerca de quien es y que hace este nuevo personaje. Luego de esto, no existen mayores interacciones ni acercamientos hacia las y los estudiantes. Son saludados, trabajan en las actividades conjuntas que el taller determina, pero no existe mayor relación ni conversación.

Aunque los y las estudiantes de las diversas carreras asisten durante toda la semana, sus caras por lo general no se repiten, ya que asisten una o dos veces, según el requerimiento académico. Aun así, todos los días las y los participantes se encuentran con estudiantes que ven una o dos veces a la semana, razón por la cual, los lazos no logran establecerse de forma plena.

A esto se suma el hecho, que muchos de las y los estudiantes que llegan a la institución lo hacen con prejuicios evidentes sobre la enfermedad, se evidencia en sus rostros la incomodidad y la falta de destreza para enfrentar y compartir como integrantes del grupo. Participar y relacionarse como parte integrante del grupo es parte de la horizontalidad de las relaciones que se

establecen en el Centro Diurno, de esta forma, todos aquellos que participan del taller deben realizar las actividades que aquí se desarrollan, es decir, no por ser estudiante no va a participar del grupo de discusión, no va a ser gimnasia, no va a pintar o cantar. De esta forma, se intentan borrar las jerarquías en donde alguien se puede considerar mas que otros, sino que al compartir y estar dentro del taller, **las jerarquías adquieren una carácter de simetrías**, basadas en el respeto hacia el otro y la valoración de la persona como sujeto, obviando sus títulos o capacidades académicas.

Se observa que las y los estudiantes, mantienen una brecha generacional importante con respecto a los integrantes de este grupo. Si bien asisten participantes que están en un rango de edad en el cual pueden identificarse como jóvenes, éstos tampoco se relacionan en demasía con los y las estudiantes, quizás por timidez, vergüenza, falta de temas comunes, afinidad, entre otros. Los y las estudiantes tienen débiles habilidades comunicacionales, en donde por lo general tienden a preguntar o invitar a conversar sobre temas relacionados con la familia o a enfermedad, temas a los cuales los integrantes de este grupo no gustan de profundizar ni tratar. Por esta razón, las relaciones con los y las estudiantes son observadas como instrumentales ya que ellas y ellos llegan algunos días, realizan las entrevistas, observaciones o trabajos correspondientes, y luego se van. Esta situación es percibida por las y los participantes del grupo, quienes ya están cansados y molestos por estar respondiendo siempre las mismas preguntas, además de sentirse observados y analizados en cada momento, lo cual les incomoda, especialmente porque ellos consideran este espacio un lugar de distracción y entretención, y no como un lugar destinado totalmente a la rehabilitación

Debido a todo lo anterior, se considera que los y las participantes se encuentran de alguna forma acostumbrados a compartir e interactuar con las y los estudiantes en práctica. Esta situación, aunque les resulta incomoda, la aceptan porque ellos y ellas no se relacionan mayormente con las y los estudiantes, lo cual puede demostrar que no están interesados en ellos. El

trabajo que los y las estudiantes deben realizar con este grupo es mucho mas delicado, ya que están tratando con personas en las cuales la enfermedad no ha afectado mayormente la capacidad de decisión y discernimiento, por lo que perfectamente se pueden negar o incluso molestar por el tipo de preguntas o intervención que con ellos se realiza. De esta forma, se estima que la cantidad de estudiantes que diariamente circulan por el Centro Diurno afectan la capacidad de las y los participantes de disfrutar realmente de las actividades que realizan y desenvolverse en un espacio tranquilo, ya que por lo general, están siendo observados, analizados e interrogados por personas que pocas veces han visto, sabiendo además, que esta nueva relación es instrumental, ya que se orienta a aprobar una asignatura, en donde el buen o mal desempeño en la institución esta directamente relacionado con la calificación que finalmente obtendrán.

- **Al interior del grupo multidiagnóstico:**

La actitud hacia los estudiantes en practica si bien se asemeja a la mantenida por los y las participantes del grupo de diagnostico único, se considera que el grupo multidianostico se muestra mas receptivo y de alguna forma mas acostumbrado a desarrollar sus actividades en compañía de estudiantes. Se observa que la forma de presentar a los y las estudiantes sigue el mismo protocolo para ambas jornadas, ya que la Asistente Social los y las presenta y menciona el por qué de su participación. Luego de esto, generalmente se realiza una ronda de presentación, en donde cada participante da su nombre y la razón por la cual están en el Centro Diurno. Esta es una de las situaciones que molesta a algunos y algunas participantes, ya que en los periodos de inicio de semestre, esta ronda de presentación deben realizarla casi a diario.

La acogida por parte de los integrantes del grupo es buena, ya que generalmente se acercan a conversar, proponen temas, se ríen, cuentan chistes, como si de esta forma intentaran ambientar a los y las estudiantes que recién se integran. De esta forma, las labores que ellos y ellas vienen a

realizar a la Institución se ven favorecidas por la buena disposición que las y los participantes entregan para que se les realicen entrevistas, preguntas, se converse sobre cualquier tema, se les apliquen cuestionarios, entre otros, ya que lo consideran parte de las actividades que se realizan en los talleres. Esta habituación a los y las estudiantes en practica es mas evidente cuando se comparte en grupo, ya que al realizar todos la misma actividad o contestar las mismas preguntas, evita que se generen en ellos y ellas ideas de persecución o paranoias, especialmente vinculadas a personas prácticamente desconocidas para ellos. Para el trabajo individual, existen ciertos inconvenientes, especialmente asociados al temor y desconfianza que ellos y ellas mantienen hacia las personas desconocidas.

Por esta razón. Se observa que al trabajar de forma grupal, se hacen menos notorias las inquietudes de algunos y algunas participantes, ya que por motivos relacionados con la enfermedad, como también por molestia o falta de interés, ellos también se niegan o preguntan mucho antes de realizar alguna actividad de forma individual, ya que los descoloca y surge en ellos la desconfianza.

En este grupo se acentúa aun más la incomodidad y prejuicios existentes de parte de los y las estudiantes en práctica, ya que en los primeros acercamientos se ven muy contrariados al momento de conversar o plantear algún tema al grupo de participantes. Se observa que tienen la concepción de que ellos y ellas tienen graves problemas mentales, en donde el entendimiento esta deprimido y no logran comprender lo que se les habla. Si bien este grupo, al ser multidiagnostico tienen algún otro tipo de patología asociada, además de la esquizofrenia, muchos de ellos comprenden perfectamente lo que se les habla, se puede mantener una conversación fluida y coherente, sin necesidad de utilizar palabras o conceptos menos complejos a los usados de forma habitual, ya que ellos y ellas comprenden todos lo que se les dice, y cuando no es así, tienen la capacidad suficiente para preguntar acerca de lo que no saben. Bajo esta lógica, se observa que muchos y muchas estudiantes que llegan al Centro Diurno evitan conversar con las y los participantes

porque no saben bajo que lógica se desarrolla una conversación con ellos, paulatinamente, y por medio de la observación de las y los monitores y profesionales, además de los acercamientos e intercambio de experiencias con otros y otras estudiantes que permanecen por mas tiempo en la Institución, logran reunir los antecedentes que les permiten de manera gradual, relacionarse de forma horizontal con los y las participantes, venciendo u ocultando los prejuicios y miedos que tienen con respecto a la patología.

Los y las participantes se muestran acostumbrados, pero felices de recibir a los y las estudiantes, ya que de esta forma, conocen más gente, pueden conversar sobre otros temas, amplían sus redes de personas conocidas, y de cierta forma, a través del tiempo y a raíz de las actividades y ocasiones compartidas, íntimamente también consideran que los y las estudiantes con las cuales logran mantener un tipo de relación mas cercana, pueden considerarlos como amigos.

Se observa que permanentemente les preguntan a los y las estudiantes hasta que fecha se quedaran, para así paulatinamente acostumbrarse a la idea que serán nuevamente abandonados por una persona con la cual compartieron y establecieron algún tipo de vínculo. Del mismo modo, recuerdan a los y las estudiantes con los cuales compartieron y establecieron buenos lazos, y al saber que los nuevos estudiantes provienen de la misma carrera e institución, preguntan si conocen a determinada persona.

Los y las participantes, si bien saben que las y los estudiantes realizan sus labores en la institución como parte de un proceso académico, no asumen la presencia de éstos y éstas como una obligación o demanda académica, sino que a partir del acompañamiento que realizan en los talleres, además de las entrevistas y cuestionarios, las y los estudiantes reciben una nota por el trabajo realizado, en donde gran parte de la nota se debe a la cooperación que las y los participantes prestan para la realización de las labores específicas de cada estudiante. Consideran este proceso como parte del trabajo profesional, como una capacitación para la intervención con personas dentro de sus

respectivas carreras. A pesar de incomodarse y sentir que cada vez que llega un estudiante "es más de lo mismo", igualmente los acogen y cooperan en la medida de lo posible, en las labores y necesidades académicas, ya que de alguna forma ellos se sienten parte importante del éxito en la labor desarrollada.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

6.1-. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS

La metodología de sistematización empleada, permite rescatar las riquezas del desempeño profesional en su campo de acción. No se descontextualiza la labor profesional, sino que se enmarca dentro de ella, permitiendo observar plenamente los diversos factores que aquí se generan. De esta forma, se recoge un sinnúmero de características y particularidades que el desempeño profesional diario entrega.

La metodología de sistematización aplicada en el presente Seminario de Titulo, permite recoger una mirada alejada de la patología esquizofrénica, centrándose en el trabajo diario realizado en el Centro Diurno, ayudando a recoger el sentido social y personalizado que la Institución mantiene. De esta forma, es posible apreciar el sentido de la rehabilitación psiquiátrica desde las concepciones teóricas y conceptuales hasta la realidad vivenciada en cada taller del Centro Diurno y de la Empresa Social.

Es así como la metodología utilizada se considera la más apropiada, ya que permite recoger tanto los aspectos conceptuales de base que sustentan el trabajo profesional, como también, permite visualizar las situaciones profesionales reales, las cuales se evidencian tal cual ocurren en la práctica diaria.

Se destaca la riqueza de observar para aprender. Por medio de la observación participante, la cual forma parte de las estrategias de recolección de información, es posible observar plenamente el desempeño profesional frente a las diversas situaciones que se generan en esta área laboral. Así es posible aprender dentro de la práctica diaria, sobre las distintas realidades profesionales que se generan, y sobre las decisiones que en torno a ésta se toman. Con relación a esto, se desprende un aprendizaje que tiene relación

con la particularidad de cada situación, en dónde a pesar de llevar años tratando las mismas problemáticas sociales, cada caso, cada situación profesional vivenciada es única, ya que responde a factores personales y ambientales diferentes, lo cual caracteriza el quehacer de esta Institución.

Por otra parte, la aplicación de esta metodología no forma parte de los procedimientos tradicionales empleados para la recolección y análisis de la información, especialmente en la realización de los Seminarios de Título. No obstante, indagar acerca de las situaciones profesionales dentro de una institución requiere de un procedimiento que de cuenta de sus características distintivas y relevantes, lo cual es posible gracias a la aplicación de una metodología coherente y capaz de adaptarse a las particularidades laborales en las cuales las situaciones profesionales se desarrollan. De esta forma, la metodología contribuyo a que la riqueza profesional y laboral que forma parte de la Corporación Bresky, pudiese ser visualizada por medio del presente Seminario de Título.

6.2-. CONCLUSIONES TEMÁTICAS

Abordar desde Trabajo Social una temática psiquiátrica cobra gran importancia, ya que la rehabilitación, y en especial ligada a la esquizofrenia no es considerada plenamente como ámbito de quehacer profesional, y por ende, no se le asigna importancia al momento de realizar investigaciones disciplinarias en el tema.

Si bien existe cierto conocimiento sobre la intervención en psiquiatría, el saber general acerca de la esquizofrenia y sus características médicas y sociales son poco abordadas y valoradas en el quehacer de la profesión. El trabajo que aquí concluye, invita a desestigmatizar profesionalmente a los y las alumnas de Trabajo Social y otras profesiones afines, para que comprendan y aborden la esquizofrenia desde una perspectiva social, centrada en la persona y sus familias, relegando en importancia a la enfermedad y las frecuentes discapacidades que a ella se asignan.

Se concede gran importancia a la tarea que desarrolla Trabajo Social en ésta área de intervención, ya que frecuentemente valoramos el rol preventivo y promotor de la salud que los y las profesionales Asistentes Sociales desempeñan, olvidando el rol de rehabilitador, el cual en este caso, es tanto mas importante. Se destaca que la profesional Asistente Social realiza su labor en directa relación tanto con las personas que tienen la enfermedad, vinculándose directamente en sus procesos individuales de rehabilitación, como con sus familias, abarcando así aspectos individuales, grupales y sociales, lo cual implica que la rehabilitación no solo se considera desde los procesos personales, sino que incluyen a las familias y su entorno.

Bajo esta lógica, todas las personas debieran *rehabilitarse* y cambiar la mirada hacia las personas que tienen esquizofrenia, valorando sus capacidades por sobre la patología y centrándose en las habilidades que le permiten reintegrarse al medio social.















Las situaciones profesionales que este informe entrega, son solo una parte del trabajo diario que se realiza en la Corporación Dr. Carlos Bresky. Muchas de estas acciones profesionales pasan inadvertidas para sus ejecutores, ya que la rutina del accionar, como también, la internalización profunda de las concepciones valóricas y conceptuales, obstaculizan la mirada y comprensión plena del quehacer cotidiano.

De esta forma, las situaciones profesionales expuestas son solo una parte, quizás aquellas mas visibles, de lo que un Centro Diurno realiza. Trabajar en la rehabilitación de personas con esquizofrenia no es tarea fácil, no por lo complejo de la patología, sino por las dificultades del entorno social, el cual no esta preparado para aceptar la presencia habitual de personas con trastornos psiquiátricos. Quizás el trabajo mas duro esta fuera de los Centros Diurnos, en la comunidad, en donde la tarea de Trabajo Social sería la de promover una nueva forma de abordar, de observar e interactuar con las personas que tienen esquizofrenia, y a la vez, una tarea rehabilitadora, en donde la comunidad es la población objetivo. Así se posibilitaría de forma paulatina cambiar la visión social entorno a la enfermedad, transformar la discapacidad en capacidad, el estigma en valoración de las diferencias, para que mancomunadamente se logre una plena inserción de las personas con este trastorno, quienes a diario luchan por integrarse y disfrutar como todos nosotros de los recursos sociales del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

A-. LIBROS.

-  **DSM-IV.** "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Editorial Masson S.A, 2002
-  **Documentos, Seminarios de Título e Informes de Práctica** de uso interno de la Corporación Dr. Carlos Bresky
-  **Florenzano Ramón.** "Psiquiatría". Editorial Mediterráneo, 1999
-  **Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza,** Corporación Bresky. "Experiencias en Salud Mental". 2004
-  **Huneus Teresa.** "Esquizofrenia". Editorial Mediterráneo, 2005
-  **Le Boterf.** "Ingeniería de las Competencias", 2001
-  **MINSAL,** Hogar de Cristo, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central. "Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social". Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central, 2005
-  **MINSAL.** Documento borrador "Orientaciones Técnicas para la Rehabilitación Psicosocial de personas con Discapacidad de Causa Psíquica", 2005
-  **MINSAL.** "Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de Esquizofrenia". Unidad de Salud Mental, 2001
-  **MINSAL.** "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría". Unidad de Salud Mental, 2001
-  **Ochsenius Carlos y equipo.** "Ampliando la ciudadanía, promoviendo la participación: 30 innovaciones locales", 2002
-  **OM.S.** Informe sobre la salud en el mundo. "salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". Editorial Sadag, 2001
-  **O.M.S.** "Por la salud en el mundo, si a la atención no a la exclusión". 2001
-  **Sylvia Sánchez.** "La emoción expresada familiar en una muestra Costarricense de pacientes esquizofrénicos". Universidad Autónoma de Barcelona, 2001

B-. VINCULOS WEB

www. Bresky. cl



www.MINSAL.cl