



“Exclusión social: Experiencias de discriminación en personas con diagnóstico psiquiátrico severo”

Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social.

*Institución Patrocinante:
Corporación de Rehabilitación
Dr. Carlos Bresky*

**Profesora Guía
Srta. Ketty Cazorla Becerra**

**Estudiante Seminarista
María Paz Martínez Rubio**

2009

ÍNDICE

I. Resumen/Abstract_____	3
II. Presentación_____	4
III. Capítulo Primero: Contexto Institucional_____	5
IV. Capítulo Segundo: Marco Teórico_____	22
▪ Capítulo 1: Referentes históricos y conceptuales de Salud Mental y Psiquiatría_____	23
▪ Capítulo 2: Política Social de Salud Mental en Chile_____	35
▪ Capítulo 3: Referentes Teóricos: Exclusión Social y Salud Mental desde las Ciencias Sociales_____	45
V. Capítulo Tercero: Diseño de Investigación_____	57
VI. Capítulo Cuarto: Resultados y Análisis de investigación_____	70
▪ Primer Objetivo Específico: Referido a la Conceptualización de Discriminación _____	73
▪ Segundo Objetivo Específico: Experiencias de discriminación en el Ámbito Laboral _____	77
▪ Tercer Objetivo Específico: Experiencias de discriminación con Grupos primarios _____	89
▪ Cuarto Objetivo Específico: Experiencias de discriminación en la Atención en el área Salud_____	104
VII. Capítulo Quinto: Hallazgos y Conclusiones de investigación_____	118
VIII. Bibliografía _____	138
IX. Anexos _____	141

RESUMEN

El presente Seminario de Título da cuenta de las experiencias de discriminación vivenciadas por personas con diagnóstico psiquiátrico en el ámbito laboral, en la relación con sus grupos primarios, en la atención como usuarios/as de los servicios de salud y en áreas que emergen desde el propio discurso de los/as participantes. Para la realización de este estudio la Seminarista de Título utiliza la metodología correspondiente a la investigación cualitativa, teniendo como instrumentos la observación participante, la entrevista semiestructurada y el análisis documental. Los resultados obtenidos dan cuenta de tres niveles de análisis; por una parte se describen los hechos de discriminación en sí, luego se muestran los significados asociados a dichas situaciones, para, por último, exponer las consecuencias de estos actos discriminatorios. Finalmente, las conclusiones respecto a los resultados se presentan problematizados y con una correspondiente propuesta, los hallazgos de investigación se declaran y analizan, y las reflexiones profesionales se acompañan de una propuesta de trabajo para el área de Rehabilitación Psicosocial para personas con diagnóstico psiquiátrico.

Palabras claves: Discriminación, personas con diagnóstico psiquiátrico.

ABSTRACT

This thesis presents discrimination experiences of persons with psychiatric diagnosis. Such discrimination occurs in working areas, inside families and friends relationships, in hospitals and clinics, and in other areas described by the patients in this study. The study is a qualitative investigation. To conduct this research, the student observed participants, performed semi-constructed interviews, and did documentary analysis. The results section has three parts. First, the facts of the discrimination are described, then the meanings are presented, and finally, the consequences are discussed. In a concluding section, the findings of the investigation are presented with recommendations for intervention and improvement. The paper closes with professional recommendations of how to improve the area of rehabilitation for persons with psychiatric diagnosis.

Keys Words: Discrimination. People with psychiatric diagnosis.

PRESENTACIÓN

El presente Seminario de Título representa un esfuerzo por conocer la impresión de las personas con diagnóstico psiquiátrico en relación al fenómeno de la discriminación, desde la conceptualización que de esta palabra manejan, investigando si se reconoce haber vivido experiencias discriminatorias e indagando respecto al contexto en que estas situaciones ocurrieron, lo cual da como resultado la descripción de experiencias de discriminación en el ámbito laboral, con los grupos primarios (familia y amigos/as), en la atención como usuarios/as de los servicios de salud y en temas emergentes que resultan de interés para próximas investigaciones.

Esta investigación encuentra su relevancia en el intento por conocer y proyectar de forma fidedigna los discursos provenientes de las personas con diagnóstico psiquiátrico, por lo cual se declara esta investigación cualitativa como descriptiva y exploratoria, puesto que los intentos por caracterizar el fenómeno de la discriminación se realizan generalmente midiendo las actitudes que otros/as tienen respecto a las personas con diagnóstico psiquiátrico, pasando a segundo plano las impresiones y significados que guardan éstas sobre el fenómeno social de discriminación.

El documento a presentar ha sido estructurado de la siguiente manera:

En el Capítulo Primero, **Contexto Institucional**, se realiza una descripción de la institución patrocinante de esta tesis, Corporación de Rehabilitación Doctor Carlos Bresky, en relación a su funcionamiento, el equipo que lo conforma y el marco que brinda para la realización de este Seminario de Título.

En el Capítulo Segundo, **Marco Teórico**, se revisan los referentes conceptuales, teóricos e históricos asociados a la Salud Mental y Psiquiatría, y su política social en nuestro país, y los aportes desde las Ciencias Sociales que fundamentan el presente estudio.

El Capítulo Tercero, **Diseño de Investigación**, presenta las decisiones metodológicas asumidas desde la definición de este estudio en un marco cualitativo. En el Capítulo Cuarto, **Resultados y Análisis de la Investigación**, se develan los productos obtenidos a través de la implementación de los instrumentos e información recogida a lo largo de este estudio.

El Capítulo Quinto, **Hallazgos y Conclusiones de la Investigación**, se presentan reflexiones respecto a los resultados obtenidos y propuestas respecto a éstos, se develan además hallazgos e ideas emergentes no contempladas en la realización de este estudio, y se exponen los principales aprendizajes obtenidos por la estudiante desde una perspectiva profesional.

Capítulo Primero: Contexto institucional



Corporación
Bresky



I. Presentación

El presente capítulo da cuenta de las características de la institución patrocinante de este seminario de título.

Para empezar, es importante declarar que abordar la temática de la exclusión y las vivencias de discriminación en una persona no es simple, no sólo por los sentimientos que la experiencia genera, sino también porque es una ardua tarea encontrar a quien no haya sido prejuicioso/a o haya condenado o juzgado a alguien porque alguna característica en particular no es de su agrado, o bien por mitos levantados frente a dicha característica.

Si esto se convierte en una dificultad en la vida cotidiana, en el campo de la Salud Mental es todo un desafío, ya que si bien los modelos de atención han cambiado con el tiempo, incorporando conceptos como el derecho de las personas, el respeto hacia ellas y la eliminación de prácticas deshumanizadoras, prevalecen aún entre los profesionales, las instituciones y el medio en general algunos estigmas que pueden dificultar la mejoría real de la persona que presenta problemas de salud mental.

Es por esta razón que se considera a la Corporación Bresky como una institución acorde con la temática y la perspectiva planteada a través de este seminario de título; una organización innovadora y creativa desde su concepción, antecediendo las estrategias consagradas en la Reforma Psiquiátrica del Ministerio de Salud del año 1999, mediante el desarrollo de grupos de usuarios/as y familiares, programas de reinserción comunitaria y de rehabilitación social y laboral.

Una institución con una concepción desmedicalizada de la rehabilitación, que, resguardando el seguimiento de los tratamientos necesarios de las personas con diagnóstico psiquiátrico, interviene mediante estrategias alternativas, basadas en la creencia de que no es sólo el medicamento el que ayudará a la persona, sino también se necesita de un trabajo en el ámbito social, afectivo y ocupacional, en conjunto con un ambiente de respeto y de la clara idea de que la dignidad es inherente a todo ser humano, en definitiva busca ampliar espacios para declarar que las personas con diagnóstico psiquiátrico no deben, ni pueden ser víctimas de una marginación social que a veces comienza desde el mismo núcleo familiar, extendiéndose hacia lo local, lo laboral, lo comunitario.

Mediante un equipo de trabajo comprometido con su labor, y un modelo de rehabilitación basado en el reencuentro con las habilidades sociales, comunicacionales, culturales que brotan a razón del trabajo intensivo y dinámico de

los talleres artísticos y culturales de la Corporación se pretende acercar a las personas a la integración social.

Para lograr este fin no sólo se trabaja con la persona en cuestión, sino se convoca a su familia, a su entorno, se hace un llamado a la sociedad en general para incentivar la mirada de manera crítica y reflexiva, con el objetivo subyacente de sensibilizar respecto a esta temática.

Son las acciones concretas de la Corporación Bresky, el ambiente de respeto y optimismo, el abordar las dificultades de manera preactiva, el ser una institución conciente y consecuente con los propósitos que desea cumplir, los que llevan a pensar que la Corporación es una institución que no sólo permitirá abordar este seminario en el mejor de los escenarios pensados, sino que contribuirá y se hará un trabajo en conjunto, porque los resultados sean un aporte que conduzca hacia una mayor inclusión de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

A continuación se presenta formalmente la Institución Patrocinante del presente Seminario de Título, su historia, el equipo que la conforma, características de las personas en rehabilitación que en ella participan, entre otros.

II. Antecedentes generales de la institución

<p>Nombre de la institución</p>	<p>Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky</p>
<p>Tipo de atención</p>	<p>Rehabilitación psiquiátrica integral e integración psicosocial</p>
<p>Planta Directiva</p>	<p><i>Directora administrativa:</i> Sra. Ana María Cayo.</p> <p><i>Director y Directora Técnico/a:</i> Sr. Antonio Araya Gatica. Psicólogo y Terapeuta Familiar.</p> <p>Srta. Lisette Tricot Lobos. Trabajadora Social. Encargada Centro Diurno Peñablanca.</p>
<p>Ubicación geográfica</p>	<p><i>Centro Diurno Valparaíso:</i> Dirección: Av. Blas Cuevas 998, Interior Parque el Litre. Fono: 2211147</p> <p><i>Centro Diurno Peñablanca:</i> Dirección: Sargento Aldea 660 Fono: 2532832</p>

III. Caracterización de la Institución

a. *Dr. Carlos Bresky*

El doctor Carlos Bresky, quien inspiró la creación de esta institución, nace en Santiago el 27 de julio de 1914.

Estudió Medicina en la Universidad de Chile, ingresó en los años '50 a trabajar en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, hasta que el Servicio de Psiquiatría fue trasladado hacia el Hospital del Salvador en Playa Ancha, donde se abocó principalmente al trabajo con jóvenes y niños/as.

Muere el 23 de mayo de 1979, mismo año de la creación de la Corporación que lleva su nombre, a los 62 años por causa de un cáncer generalizado.

Se puede entender que este hombre haya sido quien inspira el nacimiento de la Corporación al conocer que “su gran preocupación era el “estigma” que tenían los enfermos mentales y por esto trabajó hasta sus últimos días en la integración de ellos a la sociedad”¹, labor que continúa hasta el día de hoy la Corporación Bresky, inspirada por su espíritu que valoraba inmensamente la vida, sin condicionantes “desde muy joven la familia lo escuchó decir que no era tan importante ser inteligente, que lo importante era saber vivir”².

b. *Conociendo la Corporación Bresky*

La Corporación Bresky es una corporación de derecho privado sin fines de lucro, con personalidad jurídica n° 1572 desde el año 1979.

Debido a la realización de múltiples actividades en ella, coexisten además otros tipos de organizaciones, por lo que se puede definir a la Corporación Bresky, o a las distintas partes de ésta, como Centro Diurno de Salud Mental, Empresa Social y Club Social.

Existen dos Centros Diurnos de Salud Mental, uno en Valparaíso y el segundo en la ciudad de Peñablanca. Esta modalidad se contrapone al modelo de atención cerrada en salud mental, siendo definida *“como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con Red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los*

¹ Behar Astudillo, Rosa (2006)

² Op. Cit.

pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y por el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía".³

En los Centros Diurnos pertenecientes a la Corporación Bresky se realizan talleres de expresión artística, cultural, comunicativa y comunitarias, con la finalidad de aportar a la rehabilitación e integración psicosocial de los/as participantes; existiendo diversos tipos de actividades como teatro, música, literatura, cómics, actualidad, entre otros.

Existen dos horarios para los talleres, en ambos centros diurnos, constituyendo dos grupos según jornada. En el primer grupo – que asiste desde las nueve de la mañana a la una de la tarde participan personas que en su mayoría tienen diagnóstico de esquizofrenia y/o patologías similares. El segundo grupo participa en los talleres planificados entre las dos y las cinco de la tarde, caracterizándose sus asistentes por problemáticas sociales más agudas y diverso diagnóstico, incluyendo ciertos grados de retardo mental y con mayores grados de dependencia. Se considera relevante afirmar que los/as beneficiarios/as de estos talleres no son exclusivamente personas con problemas de salud mental, sino que la oferta está abierta a la comunidad en general que esté interesada en asistir.

Por otra parte, existe la Empresa Social FusionArte, “FA”. La empresa social es una organización que, a través del uso de estrategias comerciales como la organización, la gestión y la perspectiva de obtención de recursos, logra fines sociales, culturales, medioambientales, etc. sin tener fines de lucro.

Se caracteriza además por ser un hito importante en la historia de la salud mental, al brindar oportunidad de ingresos a las personas que presentan alguna patología de este orden, que debe sortear no sólo la rehabilitación social y laboral, sino también la dificultad de encontrar empleo a raíz de la discriminación.

Es acreedor de beneficios bilaterales: por una parte resuelve necesidades (principalmente laborales, ocupacionales, económicas y sociales) a quienes participan de esta, y por otra entrega un servicio, sea este un producto o bien.

En el caso de Fusionarte, “FA”, ofrece diversos productos basados en los materiales con los cuales se trabaja. En cerámica, se realizan bizcochos de diversos diseños o bien productos terminados según la petición del/la interesado/a; en vitrofusión se producen y comercializan artículos utilitarios o de decoración (desde ceniceros, lámparas, hasta grecas decorativas para paredes); en cuanto a la orfebrería, se realizan joyas como anillos, aros y colgantes de variados diseños y

³ MINSAL (2000)

materiales; y en el taller de papel reciclado se realizan trabajos como bolsas, portarretratos, cajas, libretas, separadores de libros, cajas, sobres, portacd, carpetas, etiquetas, por mencionar algunos.

Finalmente, el “Club Social Bresky”, es como su nombre lo indica un Club Social, es decir una organización que, según el Ministerio de Salud, constituye “un espacio de transición entre los servicios de tratamiento y rehabilitación de discapacitados de causa psíquica y la comunidad. Constituyen un espacio donde la persona con un trastorno psiquiátrico severo es acogida y acompañada en su proceso de integración en la comunidad.”⁴

Basándose en esta idea, el Club Social pasa a formar parte importante de las actividades de las personas que a él se asocian, puesto que permite la reconstrucción de lazos como proceso de rehabilitación integral de la persona afectada por problemas de salud mental; cumple funciones como el uso recreativo del tiempo libre, el compromiso y convivencia con un grupo, el conocimiento y acercamiento a diferentes instancias comunitarias, en conclusión busca consolidar y ampliar la red social y de apoyo de la persona que se una a éste.

c. Actores/actrices de la Corporación

La Corporación Bresky está compuesta no sólo por el equipo directivo y técnico, sino también ex participantes, actuales asistentes a talleres y sus familiares, voluntarios/as, alumnos/as en práctica y seminaristas, es por ello que no resulta fácil aventurarse a declarar la cobertura de ésta, por temor a limitar el espectro comprendido en la realidad.

Como se explicó anteriormente, la Corporación Bresky cuenta con dos centros diurnos en la Quinta Región, por lo cual se hará una contabilización diferenciada entre ambas:

En la sede Valparaíso existe un total de cincuenta y cinco personas; de éstas, veinticinco participan en los talleres de la mañana, dieciocho en la jornada de la tarde, y doce componen la empresa social.

En la sede Peñablanca participan un total de treinta y un personas, algunas de las cuales se suman a ambas jornadas de los talleres, y participan en el Club Social Bresky.

⁴ MINSAL (2002)

Finalmente, dando énfasis en el carácter participativo de la Corporación, institución donde se integra a familiares, profesionales y amigos/as como parte esencial de la organización, se debe recalcar que resulta difícil cifrar con exactitud la cantidad de personas involucradas en la experiencia Bresky.

Por otra parte, las personas que participan de la Corporación se caracterizan por ser hombres y mujeres mayores de 18 años, con un rango etario entre los 18 y 60 años, que presenten preferentemente un diagnóstico psiquiátrico severo: subtipos de esquizofrenia, trastornos bipolares y trastornos afectivos.

Deben además cumplir ciertos requisitos básicos, como encontrarse en tratamiento psiquiátrico activo, con cuadro psiquiátrico compensado y tener el deseo de participar libre y voluntariamente en los programas y talleres.

Debido a la existencia de dos sedes en comunas que cubren distancias relativamente considerables, lo cual implica no sólo cobertura territorial, sino cultural en tanto cuanto cambian los estilos de vida considerando que Peñablanca es considerada una comuna residencial y de ámbito más bien rural, a diferencia de Valparaíso, la capital regional; y considerando las otras instancias además de los talleres que en éstos se realizan - como la empresa social y el club social – es que se puede concluir que el radio de acción de la Corporación Bresky son las comunas del Gran Valparaíso.

d. Historia de la institución

La Corporación Bresky surge el año 1979 como respuesta a la considerable disminución presupuestal en el área salud realizada por el gobierno de la época.

El grupo de profesionales del Hospital Psiquiátrico del Salvador conformado por Iván Nazarala, psiquiatra; Nelly Günther, asistente social; Graciela Rosal, enfermera y Olga Briones, auxiliar de enfermería, retomaron los fundamentos de décadas pasadas en cuanto a la perspectiva de promoción y organización social en las instituciones de salud pública, las cuales presentaban un claro énfasis comunitario, debido no sólo al período de efervescencia política vivido, sino además de nuevas y emergentes teorías en las ciencias sociales basadas en un reconocimiento de la identidad latinoamericana en contraposición a los conocimientos importados desde Europa y Norteamérica, como es el caso de la profesión de Trabajo Social en el cual acontece el período denominado Reconceptualización.

Las primeras acciones del grupo consolidado fue ocuparse *“de las secuelas síquicas de numerosas víctimas anónimas de la represión militar y policial y creó*

*instancias integradas de pacientes y familiares para educar y revertir mediante la actividad física, recreativa y de expresión artístico-comunicativa, los efectos de las pruebas clínicas del entonces novedoso medicamento "Modicate", administrado principalmente a los jóvenes esquizofrénicos."*⁵

De hecho, en un comienzo la idea es revitalizar a los jóvenes a través de actividades sociales, por lo tanto fomentar su participación a través de la idea de un Club, que fue justamente llamado "Club de Modicate", en referencia al medicamento inyectable muy popular en ese momento.

Pero este grupo no estaría completo sin el apoyo y participación de familiares de los/as jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia, en tratamiento ambulatorio o inactivos, quienes juegan desde los comienzos hasta la actualidad un rol fundamental en la Corporación; por otro lado, la dirección del Hospital del Salvador apoya también las actividades realizadas por el grupo de profesionales y los/as jóvenes.

Debido al creciente entusiasmo demostrado tanto por los/as jóvenes, como por sus familias, lo cual se vio reflejado en un aumento del número de participantes de las actividades programadas, se inician las gestiones para la obtención de la personalidad jurídica, la cual es publicada en el Diario Oficial el 20 de marzo del año 1979. De este modo se oficializa la primera directiva, en la cual participan la sra. Eliana Cabanilla como presidenta; el sr. Belisario Gallardo, que actuó de tesorero, y el equipo técnico formado por los profesionales del Hospital del Salvador mencionados anteriormente.

Se presentaron algunas dificultades de carácter técnico al operar en el interior del Hospital, por lo que se trasladan a un local, cedido en comodato por el Servicio de Salud, ubicado en la calle Simón Bolívar, en el centro de Valparaíso, el cual se constituyó como un espacio más adecuado para la realización de las actividades, agregándose incluso a estas un taller de capacitación en carpintería gracias al cual los participantes no sólo se capacitaron, sino que llevaron a la práctica sus conocimientos, generando lo que tal vez se pudiera considerar una cantidad mínima de ingresos, pero fue al mismo tiempo un gran incentivo para instalar la reinserción laboral como objetivo de la Corporación.

El año 1985 acaece un fenómeno de la naturaleza que golpea la ciudad de Valparaíso; el terremoto de aquel año no permite que se continúe utilizando la dependencia de la calle Simón Bolívar, por lo cual se ven obligados/as a retornar al interior del Hospital del Salvador, con la consiguiente disminución de las actividades

⁵ Instituto de Asuntos Públicos & Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (2003).

realizadas, e incluso se termina de impartir el taller de carpintería, pero esto no detuvo el crecimiento de la Corporación y sus participantes, quienes participaron en congresos sobre rehabilitación psiquiátrica en las ciudades de Viña del Mar, Santiago y Putaendo; se presentan en las primeras olimpiadas para discapacitados y se continúa realizando diversas actividades con todas las personas involucradas en la Corporación.

En 1991 ocurre un hito en la Corporación, un punto de inflexión que permite el desarrollo de esta institución para luego consolidarse como la organización que hoy es.

Las asistentes sociales, Sras. Nelly Günther y Rosa Navarro, y los familiares Gloria Caballero, María Victoria Vargas, Helen MacQueen, entre otros/as, aúnan voluntades y consiguen la adquisición (comodato) del recinto utilizado anteriormente por el Hospital Jean et Marie Thierry, perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

Como consecuencia se renueva la Corporación Bresky, que sitúa su funcionamiento ahora al interior del Parque El Litre en Valparaíso, conformándose una nueva directiva e implementando nuevos talleres, para los cuales son contratados/as profesionales que no tienen relación con el Hospital del Salvador.

En este período se establece una relación formal entre la Corporación y el servicio público de salud, al coincidir, e incluso preceder, los lineamientos de la primera con la reforma psiquiátrica del momento; hecho que da abundantes frutos beneficiosos para la Corporación Bresky, que no sólo obtiene apoyo y ayuda financiera de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud de la época, sino que da pie para la firma de un convenio entre la Corporación y el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

El año 1996 ocurren dos grandes eventos en la vida de la Corporación, la creación de un segundo Centro Diurno de Salud Mental en la ciudad de Peñablanca, en el cual posteriormente se crea el Club Social Bresky, y la firma de un segundo convenio, esta vez con el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

En octubre del 2002 se brinda a la Corporación Bresky y su Club Social el Premio de Innovación Ciudadana.

El año 2003 comienza la implementación de talleres de cerámica, vitrofusión y orfebrería, con el auspicio de FONADIS, los cuales tienen la finalidad de implementar capacitación laboral en la Corporación, proyecto que posteriormente, en noviembre

de dicho año, desemboca en el lanzamiento de la Empresa Social FusionArte “FA”, con la idea de comercializar los productos originados en los talleres mencionados.

El año 2006 se premia a la Corporación Bresky con el galardón “Espíritu a la Responsabilidad Social”, por parte de la Fundación Prehumana, que promueve la participación y responsabilidad empresarial y ciudadana.

El año 2007 FONADIS invita a la Corporación a participar como ponente en la Segunda Capacitación en Atención de Público con Discapacidad, dirigida a funcionarios/as de servicios públicos de la V región, instancia en que la Corporación aborda la temática de atención a público con discapacidad psíquica, lo cual se traduce como clara señal del lugar en que ha logrado posicionarse la Corporación no sólo dentro de las organizaciones civiles, sino también en el ámbito público.

Este mismo año, la empresa “Natura” se vuelve una activa colaboradora de la Corporación, a través de la compra y uso de productos de papel reciclado, elaborados por la Empresa Social FA.

En la actualidad la Corporación Bresky se encuentra realizando las labores descritas en el apartado que aborda la caracterización de la institución, fortaleciendo sus organizaciones componentes, los lazos con todos/as aquellos/as pertenecientes a la Corporación, con las instituciones públicas y privadas que apoyan las gestiones de la organización y con la comunidad en general, a través de sus acciones de acercamiento, conocimiento y promoción de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

IV. Descripción y funcionamiento organizacional

El lema o slogan de la Corporación Bresky versa “Alternativas innovadoras en Salud Mental”, a través de los párrafos precedentes se dio a conocer el por qué.

La Corporación no es sólo una institución de Salud Mental, no se limita a dicha temática, abordando también las perspectivas de la discapacidad, luchando contra la discriminación en pro del reestablecimiento de las personas en sujetos de derecho, construyendo una red social con la comunidad local y diversas organizaciones para abarcar temas como la ciudadanía, el medioambiente, el patrimonio cultural, entre otros, concernientes a todos/as aquellos/as actores/actrices de la comunidad.

a. Misión

En términos organizacionales, la *misión* de la Corporación Bresky es favorecer relaciones terapéuticas, tendientes a la toma de conciencia de los cuidados en salud

que requieren las personas en rehabilitación, mejorando la adherencia al tratamiento y elaborando conjuntamente, planes de estilos de vida saludables.

b. Objetivos de la Corporación Bresky

- Mejorar la participación, individual y colectiva, de las personas en diversos espacios y actividades comunitarias en función de sus demandas e intereses, con el fin de entrenarse en torno a los desafíos individuales y al ejercicio de deberes y derechos en los espacios fuera del centro diurno.
- Capacitación y orientación a familiares.
- Elaborar estrategias de sensibilización y promoción en Salud Mental hacia la comunidad.

c. Recursos de la institución

a. Recursos humanos

Los recursos humanos se representan a continuación a través de organigramas de la institución; sin embargo se dará un pequeño resumen de estos.

La Corporación Bresky cuenta con un directorio compuesto por nueve personas, entre éstas familiares y profesionales como psicólogos/as, asistente social, médicos y un sociólogo.

En el área técnica se cuenta con 14 profesionales, entre los que se cuentan las encargadas de los respectivos centros diurnos, el subdirector administrativo, una psicóloga y dos psiquiatras consultores, un enfermero psiquiátrico comunitario, tres encargados de talleres artísticos, siendo éstos un músico, una actriz y una terapeuta ocupacional, y por otra parte se cuenta con el director de finanzas; encargado de empresas y socios; la secretaria; y el encargado de la empresa social, diseñador industrial.

Finalmente, hay que sumar a estos encargados/as directos/as del trabajo en la Corporación, a los/as familiares, ex participantes de la Corporación, alumnos/as en práctica, Seminaristas de Título y amigos/as de la Corporación, quienes son considerados parte fundamental de ésta.

b. Recursos financieros

El origen de los recursos económicos de la corporación proviene de diversas fuentes de financiamiento:

1. La principal es el apoyo estatal, el cual se ve reflejado a través de dos líneas: la primera de éstas es la de los convenios, siendo los primordiales con el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y Viña del Mar – Quillota, y también con los Hospitales Naval y del Salvador y la Caja de Previsión de la Defensa Naval (CAPREDENA); quienes derivan a las personas hasta la Corporación y brindan otros beneficios a ésta.

Una segunda línea de apoyo estatal es la que se viene a concretar a través de fondos adjudicados a la Corporación, que han permitido la realización de proyectos y capacitaciones, como sucedió a modo de ejemplo con el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS).

2. El auspicio de empresas privadas, quienes realizan distintos tipos de donaciones, ya sea en dinero, especies, bienes de capital, bienes raíces, etc. Algunas de estas entidades son:
 - Grupo OHL, grupo de construcción, concesiones, medioambiente, desarrollo e industrial, quienes aportan con donaciones en dinero a la Corporación.
 - Larrain Vial, empresa de servicios financieros.
 - El Mercurio de Valparaíso, que contribuye como medio de comunicación de la Corporación y su trabajo.
 - VTR, empresa de telefonía, Internet y televisión, que auspicia con Internet gratuita.
 - Natura, dedicada al rubro cosmetológico, que contribuye mediante la compra de productos de papel reciclado a “FA”.
 - Microsoft, del área computacional, que donó software para el uso de los computadores de la Corporación.
 - Nestlé, empresa alimenticia.
 - Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, quien aporta a través del préstamo del Teatro Municipal de dicha ciudad para la realización de eventos a favor de la Corporación.

- Corporación Cultural de Viña del Mar.
3. Otra fuente de financiamiento la constituyen los socios colaboradores, que en la actualidad son un promedio de treinta activos, quienes depositan un aporte mínimo mensual de mil pesos a favor de la Corporación.
 4. Finalmente, una fuente importante de recursos son los generados a través de la autogestión, ya sea a través de la Empresa Social, o de actividades culturales (conciertos, muestras de cine y teatro) y sociales realizadas para dicho propósito.

c. Recursos materiales

La Corporación Bresky funciona en la actualidad en un establecimiento cedido en comodato por el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, el que físicamente cuenta con tres piezas destinadas para oficinas, una cocina, tres baños (uno para personal, uno para participantes mujeres y otro para participantes hombres), un patio trasero y un antejardín.

Cuenta con un taller de computación, que a su vez se encuentra equipado con cinco computadores, siete escritorios y conexión a Internet.

La oficina de dirección cuenta con un computador con conexión a Internet, dos líneas telefónicas y equipo de oficina, como estante y biblioteca.

La cocina anteriormente mencionada tiene una cocina semiindustrial, refrigerador, horno microondas y todos los implementos necesarios.

Además, para la realización de talleres se cuenta con dos equipos de música, un video grabador, una cámara fotográfica digital, instrumentos musicales y colchonetas para deporte.

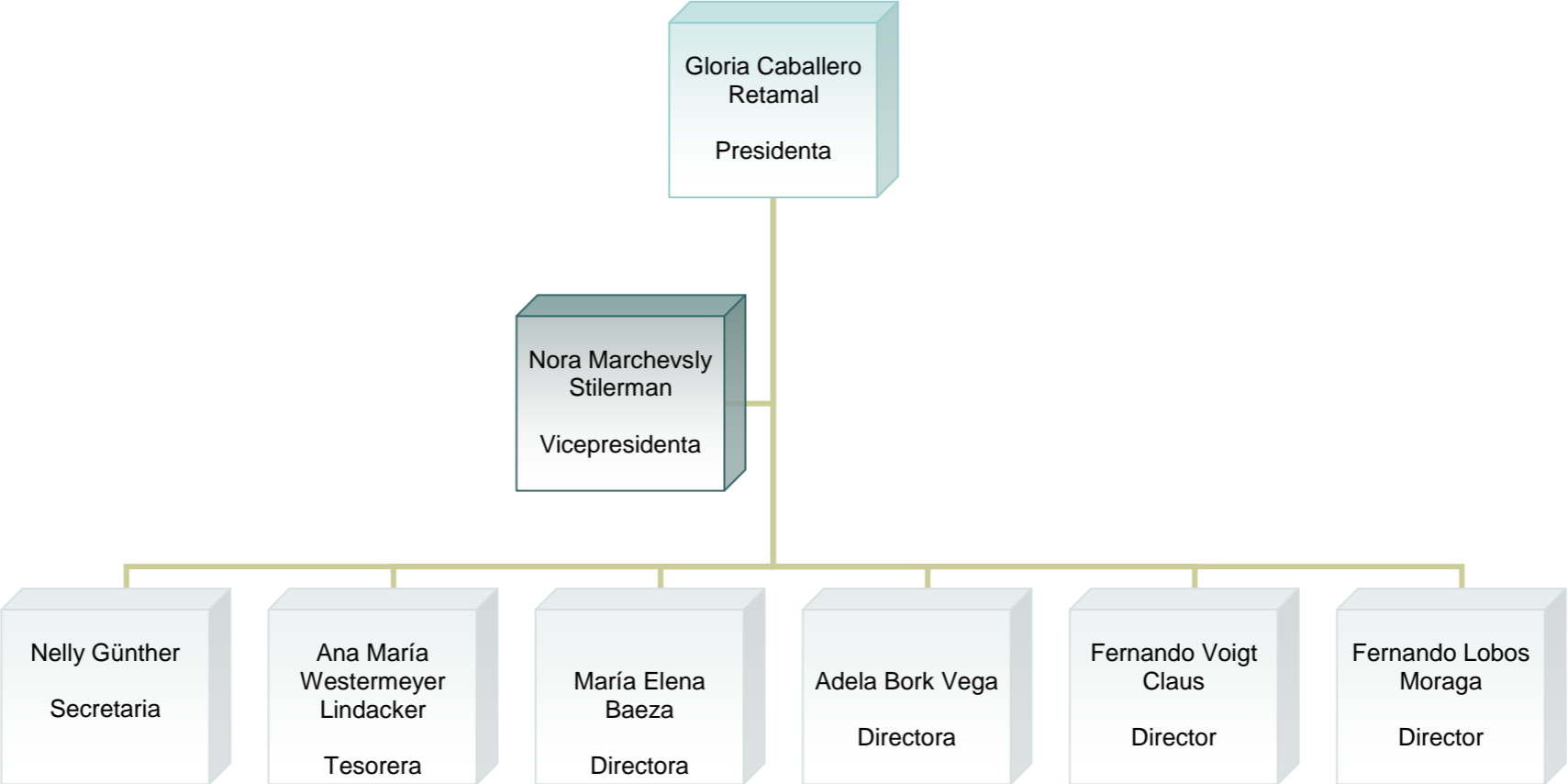
Por otro lado, en el Centro Diurno Peñablanca, se cuenta con una cocina, tres baños, la oficina de dirección, en la cual existen dos computadores, artículos de oficina y mueblería, tiene la particularidad además de que en su interior, el espacio que es utilizado para las reuniones fue diseñado por un arquitecto que dio a su proyecto una inspiración maternal, queriendo simular la forma de un útero como metáfora de ese espacio como un lugar de encuentro y convivencia cercana; siendo allí donde se realizan la mayoría de las actividades y talleres.

Existe también una pieza externa que sirve como sede del Club Social Bresky, equipado con una biblioteca, un comedor e implementos que permiten su uso, estos dos se encuentran conectados a través del patio trasero, contando también con antejardín.

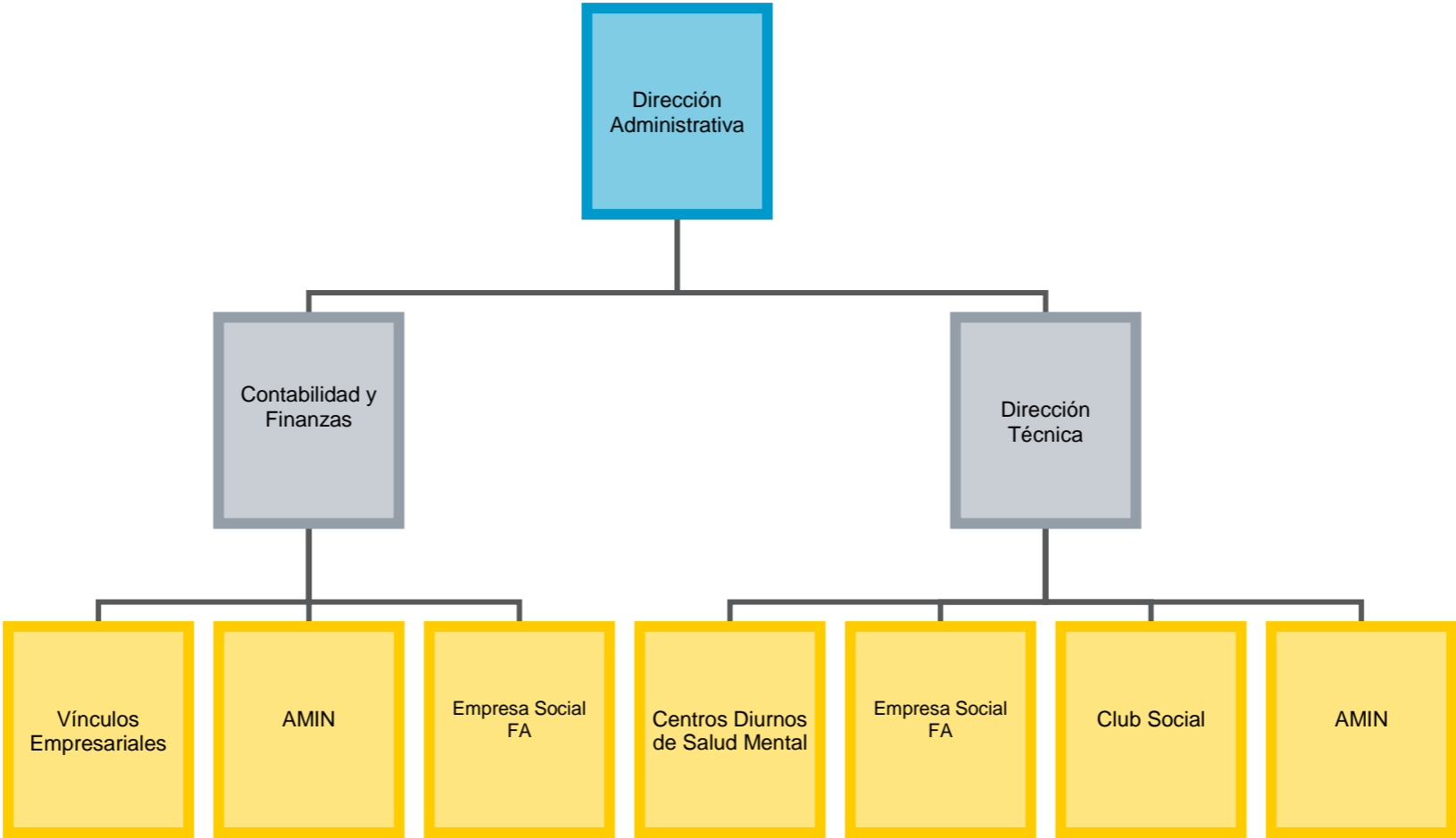


Corporación Bresky, Sede Peñablanca. Participantes y Psicóloga.

V. Organigrama directorio



Organigrama Área Técnica



Capítulo Segundo: Marco Teórico

El loco es el portador de la verdad y la cuenta de un modo muy curioso. Porque sabe muchas más cosas que los que no están locos: tiene una visión de otra dimensión

Michel Foucault

Capítulo 1 . Referentes históricos y conceptuales de Salud Mental y Psiquiatría.

El afán por abarcar un área como la psiquiatría, tan aparentemente ajena a la del Trabajo Social, dice relación con la importancia que esta disciplina adopta mediante su constitución como la ciencia que conocemos hoy, es decir, su desarrollo histórico, a través de éste es posible afirmar que el conjunto de creencias respecto a la enfermedad mental no ha sido estático, por el contrario varía según cultura y principalmente a través del tiempo, lo cual será abordado a continuación.

1.- Historia de la Psiquiatría y concepción de la Enfermedad Mental

La psiquiatría es una rama de la Medicina cuyo objeto de estudio es el origen, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la mente. Al afirmar esto, se puede dar cuenta de que su forma se basa en el método científico para el estudio del ser humano, utilizando por lo tanto un modelo biomédico, lo cual se puede afirmar se mantiene, con algunos matices diversos, hasta la actualidad.

Como se refirió anteriormente, la historia de esta disciplina médica marca precedentes de las creencias que dicen relación con la salud mental no sólo de los profesionales relacionados con esta área, sino de la sociedad en general, ya que viene a describir cómo se vivencia la visión del “enfermo mental” en el colectivo.

1.1.- Desarrollo Global de la Psiquiatría

- ***Prehistoria y Antigüedad***

Durante la prehistoria, los seres humanos centraron su atención en las causas y tratamiento de la enfermedad mental, atribuyendo su origen a fenómenos sobrenaturales que se apoderaban de la persona, teniendo como estrategia de “sanación” la trepanación craneana, mecanismo que tuvo su auge durante el período neolítico, y consistía en la perforación y extracción de un fragmento de hueso craneal con la finalidad de “liberar” a los espíritus malévolos causantes de los trastornos mentales.

Esta concepción continúa en los pueblos hebreos, griegos, egipcios y chinos, quienes pensaban la enfermedad mental como algo extracorpóreo, relacionándola con espíritus, por lo cual su cura se encontraba en ritos y exorcismos.

El primer exponente de este tipo de teorías fue Hipócrates, quien visualiza la enfermedad como un fenómeno natural y plantea que existen cuatro humores básicos en el cuerpo humano: la flema, la bilis negra, la bilis amarilla y la sangre; que dicen relación con los estados de sequedad, calor, humedad y frío de la naturaleza.

Según Hipócrates la enfermedad mental deviene al momento de desequilibrarse los cuatro humores básicos descritos anteriormente, que a su vez daban pie a cuatro tipos de temperamento, definidos como flemático, melancólico, colérico y sanguíneo. Clasificó a la enfermedad mental en melancolía, manía y frenitis, esta última consistente en la inflamación de los nervios.

Otro gran autor clásico griego es Platón, quien en su documento Fedro relata la historia de Sócrates y un joven aprendiz, al cual a través de un lenguaje filosófico y poético le comenta sobre la “locura”, afirmando que existen dos tipos de “delirio”, el primero lo define como enfermedad del alma, y el segundo como una inspiración divina, que sobrepasa los límites de la naturaleza humana, y afirmando que estos se clasifican “según los dioses que le inspiran, atribuyendo la inspiración profética a Apolo, la de los iniciados a Baco, la de los poetas a las Musas, y en fin, la de los amantes a Afrodites y a Eros; y hemos dicho, que el delirio del amor es el más divino de todos”⁶.

Por otra parte, en la cultura romana destacan autores como Asclepiades, quien realiza aportes conceptuales, diferenciando alucinaciones, ilusiones y delirios; y clasificando a las enfermedades mentales en agudas y crónicas; otros aportes son la inserción de condiciones ambientales como factores condicionantes de la salud mental, y la promoción del trato humano a personas con problemáticas de esta índole, como la oposición al encierro carcelario de pacientes.

Galeno, otro autor romano, da cuenta de la ya mencionada dicotomía en la tradición psiquiátrica sobre la base física o no de los trastornos mentales, identificando dos grandes causas para ellos: orgánicas y mentales. Las primeras, como su nombre lo indica, relacionadas directamente con aspectos físicos como “lesiones encefalocraneanas, alcohol, cambios menstruales”⁷ y mentales, referidas a “temores, problemas amorosos o económicos”⁸.

Continuando la cronología se presentan los avances médicos en el mundo de medio oriente, como el tratamiento de pacientes en Alejandría mediante técnicas alternativas y/o psicosociales como fiestas, paseos, hidroterapia, conciertos, entre otros; y el hito de la creación del primer hospital psiquiátrico en Bagdad, el año 792.

⁶ Platón (1957)

⁷ Florenzano, Ramón (1999).

⁸ Op. Cit.

- **Edad Media**

En un primer momento, el tratamiento es adoptado por religiosos, lo cual marca una primera característica importante de esta época; ya que son los clérigos de los monasterios los que diagnostican y tratan a los “alienados mentales” desde su concepción mágico religiosa de la enfermedad, hecho fundamental que conduce al rasgo característico de esta época; el trato que reciben las personas al “cuidado” de los/as religiosos/as. En un principio, éste – a pesar de ser basado en el respeto – involucra la creencia de que las enfermedades mentales serían provocadas – y manifestadas – de forma sobrenatural, a través de espíritus malignos, asociados a posesiones demoníacas, por lo cual la forma de tratarlas es mediante exorcismos.

Esta forma de ver la enfermedad mental trajo consigo la incapacidad de separar a la persona de su enfermedad, y esto sumado a la idea de que estas personas eran almas apropiadas por espíritus demoníacos, condujo a etiquetarlos/as como brujos/as, siendo víctimas de malos tratos, persecución e incluso condenas en la hoguera.

Sin embargo, el espacio en el cual estos/as pacientes son tratados cambia posteriormente, pasando del cuidado en monasterios a hospitales, destacando la labor de San Juan de Dios, quien funda un primer hospital en España en 1539, el cual sería seguido de hospitales y un amplio legado que continúa incluso hasta nuestros días, contando su Orden Hospitalaria con presencia en 194 países y especialización en hospitales psiquiátricos.

- **Renacimiento**

En este período el español Juan Luis Vives, cuestiona la vivencia pasada y tiene el afán de abogar por las personas que tienen problemas de salud mental, advirtiendo que, si bien son enfermos, y no poseídos como se creía anteriormente, deben tratarse de forma digna y humana, afirmando que “los remedios adecuados, el trato benigno y afable, la placidez y el sosiego, fácilmente vuelven el juicio y la salud mental”⁹.

Por otra parte se encuentran Alberto Magno y Tomás de Aquino, quienes coinciden en la concepción organicista de la enfermedad, advirtiendo que el alma no puede enfermar, por lo tanto la “locura” es una enfermedad esencialmente orgánica.

Finalmente dentro de esta misma línea de reconcepción de la enfermedad mental se encuentra el holandés Johannes Weyer, considerado primer psiquiatra y el

⁹ Maidagán, Valentina (1966)

padre de la psiquiatría moderna; centró su atención en el trato de los profesionales médicos con los/as pacientes, promoviendo una relación terapéutica, en que exista un conocimiento del paciente por parte del médico. Su método suscita un cambio en la perspectiva que a su vez impulsa la creación de hospitales especializados, creándose un hospital en París en 1641, otro en Viena el año 1741 y uno en Williamsburg en 1773¹⁰.

- **Siglos XIX y XX**

En los años posteriores a la Revolución Francesa surge un personaje de gran relevancia en la historia de la psiquiatría: Phillipe Pinel, quien no sólo impulsó una nueva forma de trato hacia los pacientes psiquiátricos liberándolos – literalmente – de sus cadenas y transformando así las instituciones psiquiátricas en lugares en que se debía respeto por la dignidad de la persona, sino también promovió mediante estas acciones la creación de hospitales psiquiátricos que siguieran este modelo y el avance de la psiquiatría como disciplina, al aumentar la cantidad de psicopatólogos que contribuyen a ampliar el bagaje científico en cuanto a signos y síntomas de las enfermedades mentales.

Siguiendo esta misma línea, en Alemania se desarrolla la llamada psicopatología descriptiva, la cual mediante la fenomenología describe y tiene como objeto de estudio la enfermedad mental, del cual se desprende el modelo imperante en estos años, el modelo organicista, que afirma que los problemas de salud mental dicen relación con trastornos del cerebro.

Durante el siglo XX existen tres hitos a destacar, a saber: el surgimiento del psicoanálisis freudiano, famosa teoría del neurólogo húngaro en la cual plantea no sólo un cambio al tomar en cuenta el factor psicológico de la enfermedad mental, sino también al considerar “alteraciones menores” como eran clasificados los trastornos neuróticos, declarar una propuesta terapéutica concreta, basada en la hipnosis primero, y la asociación libre posteriormente, y finalmente al introducir conceptos como los procesos psíquicos inconscientes, el Ello, Yo y Superyo, las pulsiones, y la interpretación de los sueños.

Un segundo hito se encuentra ligado a Ivan Pavlov, quien se destaca por sus experimentos sobre los reflejos condicionados, convirtiéndose en el precursor de la teoría conductista, aplicando esta última, junto a Thorndike al área de la salud mental, basándose en los comportamientos anormales y la forma de modificarlos, desviando la atención de lo orgánico de la enfermedad, para trasladarla a la adaptación del sujeto en su medio.

¹⁰ Florenzano, Ramón (1999).

Finalmente, cabe destacar a Karl Jaspers, filósofo alemán que diferencia lo *explicativo* de la psiquiatría, que dice relación con la fenomenología propia del método científico y el método organicista; y lo *comprensivo*, que alude al sentido “psicológico de la salud mental”, en tanto cuanto no sólo está conformada por bases fisiológicas, sino que reconoce la existencia de factores filosóficos, personales y espirituales en la enfermedad mental.

• **Psiquiatría hoy**

En la actualidad, es posible identificar diversas corrientes en el área de la psiquiatría que devienen de las expuestas a lo largo de este título, por ejemplo la corriente conductual que deriva del conductismo de Pavlov descrito anteriormente, la corriente psicodinámica que se asocia al psicoanálisis de Sigmund Freud, o la corriente organomecanicista, que se basa en la en el modelo organicista que ha sido abordado con antelación.

Existen además otras teorías que intentan dar explicación al fenómeno de las enfermedades mentales bajo distintos paradigmas, pero se encuentra necesario destacar como característica del siglo XXI en relación al área de la psiquiatría, el surgimiento de una concepción integradora de la salud mental, que se sustenta en el modelo biopsicosocial.

1.2.- Psiquiatría en América Latina

Durante la colonia, la psiquiatría no es una disciplina médica explotada, lo cual es comprensible si se considera que durante este período comienza a surgir la medicina como ciencia debido a la llegada de los españoles, quienes imponen sus creencias médicas sobre las prácticas curativas indígenas.

Hacia el año 1542 la Corona Española se encarga de todos los asuntos públicos de Las Indias, y dispone que las personas con problemas de salud mental sean encerradas en “loquerías”, bien en hospitales generales, bien en cárceles.

En México, el año 1566, nace el primer hospital psiquiátrico de la región, el Hospital San Hipólito, ubicado en México D.F; en el cual se centraba la atención en brindar atención a personas con enfermedades mentales, pero también a pobres, y todo tipo de “necesitados”, bajo un paradigma religioso.

El año 1596, los religiosos de la congregación de San Juan de Dios se ocupan de hospitales generales, mejorando las condiciones de las personas afectadas por enfermedad mental allí recluidas.

Durante la República cambia se accede a información médica de Estados Unidos, Francia y países europeos, particularmente a partir del siglo 1800, en el que se estudiaron y enseñaron las teorías de los franceses Cabanis, Pinel y Esquirol. Resultado de este impulso académico es la primera tesis sobre psiquiatría en Latinoamérica, “Disertación sobre la manía aguda” de Diego Alcorta, en Buenos Aires, Argentina.

Durante el desarrollo del siglo XIX incrementa la preocupación por la asistencia a las personas afectadas por una enfermedad mental, el cual se ve reflejado en cuatro aspectos:

- Esfuerzo de gobiernos por fundar instituciones psiquiátricas.
- Número creciente de publicaciones del área.
- Enseñanza universitaria de psicopatología.
- Promulgación de códigos y leyes de protección al paciente.¹¹

Debido a la gran cantidad de hospitales creados desde los años 1800 en adelante, éstos serán presentados a continuación en una tabla resumen.

Tabla 01. Creación y desarrollo de hospitales psiquiátricos en América Latina

Año	País/Ciudad	Nombre del Hospital
1828	Cuba, La Habana	Hospital La Mazorra
1852	Brasil, Río de Janeiro	Hospital San Pedro II
1852	San Pablo	Hospital São João
1874	Bahía	Asilo San Juan de Dios
1879	Río Grande do Sul	Hospital San Pedro
1844	Puerto Rico, San Juan	Hogar de Beneficencia
1852	Chile, Santiago de Chile	Casa de Orates
1859	Perú, Lima	Hospital de la Misericordia
1863	Argentina, Buenos Aires	Hospicio de las Mercedes
1876	Venezuela, Caracas	Asilo Nacional de Enajenados
1880	Uruguay, Montevideo	Manicomio Nacional del Uruguay
	Bolivia,	

¹¹ Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato (1986).

Luego del último año mencionado en la tabla se expande la creación de hospitales psiquiátricos y reduce el tiempo de espera del surgimiento entre uno y otro, apareciendo en Santo Domingo (1886), Costa Rica (1889), Guatemala (1890), San Salvador (1896), Paraguay (1889), Panamá (1933), Nicaragua (1946) y Honduras (1956).

Por otra parte, desde fines del 1800, comienzan a dictarse las primeras cátedras sobre psiquiatría en las facultades de medicina de las universidades latinoamericanas, siendo los primeros países en abordar esta tarea Argentina, en 1886 y luego Brasil, en 1887.

Esta práctica luego se amplía a más países de esta región, consolidándose en dos seminarios, el primero sobre “La Enseñanza de la Psiquiatría en Facultades de Medicina”, realizado en Lima, Perú, bajo la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud; y un segundo sobre la Formación del Psiquiatra realizado en Bogotá, Colombia.

En cuanto a servicios de salud mental externos a Hospitales psiquiátricos, se crea el Primer Consultorio Externo bajo el alero del Hospital Santa Ana en Lima, Perú, el año 1915, y el primer servicio de Psiquiatría en un Hospital General en la misma ciudad el año 1941; posteriormente, en 1952, se crea la primera organización sin fines de lucro que se especializa en el cuidado de los/as enfermos/as mentales en Bogotá, Colombia.

Unos pocos años después, en 1959, se comienza a trabajar con una nueva perspectiva: la psiquiatría comunitaria, primeramente en la Clínica de Salud Mental en Asunción, Paraguay; en Lima, Perú en 1961 y finalmente en Caracas, Venezuela, en el Centro de Salud Mental del Este, en 1963.

Esta perspectiva comunitaria va tomando con el tiempo importancia debido a la superación del interés de la psiquiatría por la enfermedad mental meramente como un asunto orgánico, agregando de esta forma al análisis factores como el medio ambiente, las redes sociales, lo cual permite a su vez la inserción de diferentes profesionales, y la comunidad misma en el abordaje de los diagnósticos psiquiátricos.

1.2.1. Psiquiatría en Chile

Como mostró la Tabla 01, el primer hospital psiquiátrico creado en Chile es la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles, en el barrio Yungay de la ciudad de Santiago, el año 1852.

En sus primeros años estuvo bajo la dirección de Laurent Sazie, médico francés, que luego sería reemplazado por Ramón Elqueró, médico argentino, quien aportó en la enseñanza de psicopatología y en el hito de la primera obra de psiquiatría chilena “Memorias de la Casa de Orates”, el año 1863, que luego sería reeditado.

El año 1932 asume la dirección de la Casa de Orates el médico chileno Jerónimo Letelier Grez, quien se desempeña en dicha institución durante treinta y ocho años, siendo algunos de sus aportes y logros descritos a continuación:

“Durante su larga carrera funcionaria participó de diversas iniciativas tendientes a perfeccionar el trabajo técnico de la Institución, como la creación de los laboratorios clínico, anatómo-patológico y dental; la diferenciación, desde 1920, de tres secciones interiores dentro del Establecimiento, a saber, el Hospital Psiquiátrico (para pacientes agudos, voluntarios o de observación), el Manicomio (para pacientes crónicos o con problemas judiciales) y el Asilo de Temperancia, legalizado en 1925; el desarrollo de diversos talleres de laborterapia (carpintería, lavandería, panadería, etc) el ingreso de las Asistentes Sociales, la fundación de la Escuela de Enfermeros y Enfermeras Alienistas en 1925, con el apoyo de los Drs. Pedro Piña y Carlos Hurel”¹².

Este Hospital recibe en 1983 el nombre de Instituto D. José Horwitz Barak, como homenaje al médico chileno que dirigió dicho hospital psiquiátrico el año 1978, falleciendo pocos meses después y dejando como legado la preocupación por las ocupaciones y talleres dentro del hospital (lo que él llamó laborterapia), realizó investigaciones epidemiológicas en Salud Mental y se preocupó principalmente del alcoholismo como problema de salud mental.

¹² Op. Cit.

2.- Psiquiatría Comunitaria

Como fue mencionado en el acápite anterior, la psiquiatría comunitaria es una de las metodologías utilizadas en los tiempos actuales en el campo de la salud mental, y para abordar sus características es necesario primero hacer mención de la psiquiatría social, y diferenciarlas.

2.1.- Psiquiatría social

Los primeros vestigios de la psiquiatría social se observan después de la Primera Guerra Mundial, en que se experimenta un interés por las condiciones sociales y su relación con el estado de salud mental, llegando incluso los psiquiatras a insertarse en instituciones sociales, como escuelas y tribunales, hecho que se ve truncado con la imposición del nazismo en Alemania. Mientras, en los Estados Unidos comienzan a desarrollarse investigaciones sociopsiquiátricas, las que comienzan a demostrar que las enfermedades mentales se ven influidas por factores sociales.

Esta teoría se ve confirmada con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial, tras la cual hubo un aumento considerable de trastornos mentales en la población en general, dando cuenta de la importancia de las variables sociales y particularmente del estrés como condicionantes de la salud mental.

Se acuñó así, el año 1956, el término “psiquiatría social” por Thomas Rennie, que da cuenta de una disciplina que intenta investigar y relacionar los fenómenos sociales con las problemáticas de salud mental.

Ahora bien, si bien la psiquiatría comunitaria dice relación con la psiquiatría social, ambas tienen diferencias, en tanto cuanto intereses, objetivos y métodos.

El objetivo de la psiquiatría comunitaria, en contraposición a la de investigación y docencia de la psiquiatría social, es “ofrecer más y mejor calidad de atención al enfermo mental y en sus esfuerzos participan miembros de la comunidad”.

Por otra parte, la psiquiatría social tiene como límite sólo las inquietudes de investigación (y los recursos que para ella posean) de los científicos sociales, en cambio, la psiquiatría comunitaria posee límites geográficos, está socialmente delimitado y restringido a un territorio en particular.

En el ámbito en que mayor se diferencian ambas sub disciplinas de la psiquiatría es en cuanto a las personas participantes: la psiquiatría social tiene como principales actores a los científicos, quienes según sus intereses buscarán alguna forma de financiamiento a través de instituciones u organismos; en cambio la psiquiatría

comunitaria coloca a la comunidad, como su nombre lo indica, en primer lugar de relevancia, ya que es ella quien debe plantear sus necesidades, y al mismo tiempo ser un ente activo en la resolución de éstas, participando también científicos sociales, trabajadores/as de la salud, líderes comunitarios, organizaciones de base e instituciones públicas y/o privadas.

2.2 Psiquiatría comunitaria

Se puede desprender de lo comentado anteriormente, que la psiquiatría comunitaria es la “utilización de las técnicas, métodos y teorías de la psiquiatría social y otras ciencias sociales para investigar y satisfacer las necesidades de salud mental de una comunidad definida”, incorporando a esta misma comunidad como constructora de sus soluciones en cuanto a requerimientos en ésta área.

El cambio de paradigma se expresa en “poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus derechos como personas a los pacientes mentales”¹³.

Por otra parte, existen tres principios fundamentales en la psiquiatría comunitaria, a saber:

a. La participación de la comunidad

Se destaca como principio, ya que sin él no sería posible el carácter comunitario.

Se motiva e intenciona la participación de la comunidad desde el grupo de trabajo de salud mental, científicos sociales, etc. con la finalidad de que ésta se empodere, y a la vez apodere de esta temática dentro de su realidad local, proponiendo problemáticas a abordar, y estrategias de superación.

Es clave puesto que el acercamiento de la comunidad hacia este tema propicia un mayor conocimiento y por lo tanto comprensión del fenómeno, procurando evitar el aislamiento de la persona afectada por alguna patología de salud mental, promoviendo el fortalecimiento de las relaciones con grupos primarios, y a su vez la creación de redes de apoyo.

¹³ Desviat, Manuel (2007)

Involucra finalmente, la inserción de nuevos instrumentos y conceptos, como el empoderamiento, resiliencia y recuperación por una parte, y la discriminación positiva hacia grupos vulnerables por otra.

b. La continuidad del tratamiento

Se refiere tanto a la prolongación de los “cuidados” a las personas con diagnóstico psiquiátrico en instituciones emplazadas en la cercanía (atención ambulatorio, hospitales diurnos, etc.), dentro de su comunidad local, como a la posibilidad de mayor contacto con la familia de éstas como forma de reforzamiento terapéutico, y la detección temprana de enfermedades, con la ayuda de personajes relevantes y cercanos en la comunidad, como lo serían los profesores, sacerdotes, y todos/as aquellos/as que tienen contacto frecuente y la capacidad de pesquisar comportamiento y sentimientos de la población; en conclusión, es necesario la creación de redes complejas.

c. La prevención

La psiquiatría comunitaria pone especial énfasis en este nivel de intervención en salud, utilizando para esto principalmente técnicas de *consultoría* y *educación*, la primera con la finalidad de resolver dudas y conciliar soluciones, y la segunda con la intención de promover mejores niveles de salud mental en la población.

Se han identificado diversos problemas mentales que pueden ser prevenidos, como los que dicen relación con tóxicos, infecciones, genéticos, nutricionales y traumáticos, siendo los principales, en cuanto a estrategia útil para prevenir trastornos mentales y por su cotidianeidad, el abordaje del estrés, los estilos de vida y las redes de apoyo social.

Estos tres principios, involucran tres grandes desplazamientos, haciendo relación entre modelo “médico” y modelo comunitario: “1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a los centros comunitarios; 3) Del psiquiatra al equipo”¹⁴.

Para finalizar, es importante destacar que, debido al escaso desarrollo en nuestro continente en referencia a la psiquiatría, la psiquiatría comunitaria ha tomado fuerza en los últimos años, debido al cambio de paradigma en salud mental, experimentando como mayor limitación, la dificultad para motivar a la comunidad respecto a este tema, como afirma Desviat “el problema está en que con frecuencia hay “ausencia de la comunidad” en las prácticas que se consideran comunitarias”.

¹⁴ Op. Cit.

Para subsanar esto, la psiquiatría comunitaria utiliza como principal herramienta el *empowerment*, es decir el empoderamiento de la comunidad, entendida como el traspaso de poder y capacidad de toma de decisiones a la comunidad y sus componentes.

Capítulo 2 . Política Social¹⁵ de Salud Mental en Chile.

- *Antecedentes estadísticos de la Política de SM*

En Chile, desde el año 1990 se vino trabajando en la creación de programas y políticas que abordaran la temática de salud mental en la población, particularmente con la recuperación de la democracia que puso en evidencia los problemas de salud mental en los/as chilenos/as.

Entre otros factores, la modernización y sus respectivas consecuencias en los estilos de vida de la población en general, producen un aumento en la prevalencia de este tipo de patologías, lo cual produce que en la actualidad, entre un 13% y un 23% de los/as adultos/as sufran algún tipo de trastorno mental¹⁶.

Ante estas evidencias, ha existido respuesta en términos presupuestarios o de financiamiento hacia la salud mental, considerando que en el año 2001, el país invertía 1,49% del presupuesto total de salud, para el área de la salud mental; porcentaje que aumenta al año 2005 a un 2,33%¹⁷, lo cual se observa como algo positivo, pero insuficiente como se expondrá a continuación.

- *Antecedentes Institucionales de Salud Mental en Chile*

Existen en Chile, como se presentará durante el desarrollo de este capítulo, diferentes instancias gubernamentales e institucionales en el ámbito de la Salud Mental, comenzando por la existencia de una Política de Salud Mental, que se concreta oficialmente mediante el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría; consta además de Programas Nacionales de Salud Mental (y programas específicos como el Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derechos - PRAIS); y con Legislación respecto al tema, como son las normas técnicas y las diversas leyes relacionadas con los derechos humanos, discapacidad o que hacen referencia a temas específicos como la violencia intrafamiliar, y el abuso de alcohol y drogas.

Por lo demás, el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) del Ministerio de Salud, incorpora dentro de sus cincuenta y seis enfermedades con garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, tres patologías del área Salud

¹⁵ Nota de la autora: Se acoge la definición de Política Social como “Un cuerpo consistente de directrices, criterios y programas diseñados para lograr explícitamente objetivos compartidos relacionados con la provisión de bienes y servicios de interés social en ámbitos diversos como: superación de la pobreza, desigualdad social, educación, salud, las familias, jóvenes, discapacitados, etc.” Rubilar G. (2000) en Carey-Belanger (2002).

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (2005)

¹⁷ Op. Cit.

Mental: esquizofrenia, depresión en personas de quince años y más; y consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.

1.- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

La Política oficial en el área Salud Mental es formulada inicialmente en 1993, año en el cual se comienza un período de trabajo y reflexión frente a la temática, proceso que luego se ve impulsado el año 1997 cuando la Organización Panamericana de la Salud insta a sus Estados miembros a la creación de Planes Nacionales de Salud Mental.

Es así como en 1999 se realizó un trabajo en el cual participaron equipos de salud, usuarios/as y familiares, para el año 2000 dar inicio a lo que sería el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con una proyección de diez años.

La principal característica de este Plan es que plantea un cambio al establecer el *modelo comunitario*, el cual ha sido descrito en el capítulo anterior, como propulsor de mejoramiento de la calidad de vida y atención a las personas con diagnóstico de salud mental, en contraposición con el modelo asilar implantado hasta el momento.

Las principales razones que dan pie para la realización de dicho cambio¹⁸. son la suficiente información epidemiológica reunida acerca de la prevalencia de las enfermedades mentales, mediante estudios prolongados en el tiempo y de calidad metodológica; la presencia de profesionales que no sólo reúnen los requisitos técnicos de preparación, formación y experiencia, sino también están motivados y comprometidos con el tema; se cuenta además con información respecto a tratamientos clínicos e intervenciones de salud pública efectivos, con lo cual se ahorra en tiempo y recursos al planificar e implementar, y por otra parte se cuenta con un respaldo a la hora de necesitar apoyo de las autoridades; la progresiva organización de los/as usuarios/as y familiares, quienes comienzan lentamente a sumergirse en el tema, tomando incluso roles como administradores de hogares protegidos, por ejemplo; y finalmente, existe un grado de información, sensibilidad y consenso político de parte de todos los sectores sociales, cuestión que será luego puesta en tela de juicio.

El *propósito* definido para el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es “contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan

¹⁸ Ministerio de Salud, Chile (2000)

la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común¹⁹, propósito que plantea explícitamente el concepto comunitario como parte constitutiva, y a la vez la finalidad, de este Plan.

Además, en este documento guía se plantean declaraciones no sólo técnicas, sino también *valóricas*, entre las cuales se destaca la participación activa y responsable de los/as involucrados/as, entendidas desde los equipos de profesionales, familiares y amigos/as, y usuarios/as; el reconocimiento de la dimensión biológica, psicológica y social de las personas, mediante el mencionado modelo biopsicosocial; el uso de un enfoque comunitario, el cual se refleja en la atención ambulatoria y en un espacio geográfico de carácter local, y por otra parte en el ya mencionado interés por la participación comunitaria; los servicios son articulados en forma de red, cuyo centro es el equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio, que a su vez es multidisciplinario; y finalmente en esta red mencionada integra tanto a servicios públicos, como privados, de usuarios/as y familiares y ONG.

Define también *seis ámbitos prioritarios para acciones intersectoriales*, siendo éstos: educación pre escolar y escolar; trabajo; salud mental en barrios, poblaciones y comunas; de personas en conflicto con la justicia; de pueblos indígenas; y finalmente, un ámbito considerado muy importante por quien suscribe por su impacto en cuanto a desestigmatización de las personas con diagnóstico psiquiátrico en la sociedad en general, la comunicación social.

Para cada uno de éstos se establece un trabajo en conjunto con las organizaciones estatales, primeramente y privados u ONG que tengan relación con el área nombrada.

Cambiando la perspectiva, se debe declarar que, a pesar de todo lo planteado en el documento, al momento de contrastar lo propuesto con la realidad, el panorama cambia, de hecho sólo entre un 20 a 25% del contenido del Plan ha sido implementado.²⁰

¹⁹ Op. Cit.

²⁰ Organización Mundial de la Salud (2005)

1.2 Análisis del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Este Plan fue analizado a través de la visión de profesionales del Ministerio de Salud; de equipos de salud mental y psiquiatría; de usuarios/as; y de familiares y amigos/as de personas con diagnóstico de salud mental en el Encuentro “Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social”²¹.

Vale rescatar que si bien estas visiones apuntan al mismo objetivo de crítica constructiva y mejora del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, difieren en cuanto a temáticas prioritarias a resolver.

Los *profesionales*, tanto del Ministerio de Salud, como de equipos de Salud Mental y Psiquiatría, centran su discurso en los aspectos como la falta de incentivos para los equipos de salud, la rigidez del sistema público de salud en el cual generar un cambio de perspectiva como el planteado en el Plan no resulta tarea fácil, lo que a su vez produce frustración en los equipos, además, la contratación inestable como forma de trabajo, la insuficiente formación que presentan en trabajo comunitario, lo cual les dificulta la tarea de realizar sus actividades bajo el modelo comunitario impuesto, y la mala distribución de recursos, tanto humanos como financieros, diferenciando como privilegiadas a las regiones quinta y metropolitana.

Por su parte, los *usuarios/as*, y *familiares y amigos/as*; priorizan aspectos relacionados con los Derechos Humanos y el respeto a la persona con diagnóstico de salud mental, lo cual se expresa en dos grandes puntos como requisitos, que son el acceso a medicamentos de última tecnología en forma gratuita en el sistema público, y el ámbito laboral, que desemboca en modificaciones a la ley de pensiones de invalidez por causa psíquica para aumentar la posibilidad de mejora en el ingreso, modificaciones legales que indiquen al empleador un porcentaje de trabajadores con discapacidad – que se encuentran en condiciones de desempeño laboral – para la inclusión en su empresa, y finalmente el apoyo a las empresas sociales que, según indican, ha sido deficitario en relación a lo expresado en el Plan Nacional, relacionado esto con el apoyo en cuanto a financiamiento destinado a este tipo de organizaciones.

Ambos tipos de organizaciones (profesionales por una parte, usuarios/as por otra) *coinciden* en ciertos puntos, primera y no explícitamente, en cuanto a falencias en la llamada “intersectorialidad”, expresada directamente por parte de los profesionales e indirectamente en los usuarios/as y familiares, estos últimos expresando los desafíos que enfrentan en los distintos ámbitos que encierran este concepto (entiéndase como educación, trabajo, etc.), con lo cual se forma la

²¹ Universidad Central (2005)

conclusión general de la necesidad de mayor coordinación entre sectores y más compromiso político, particularmente expresados mediante la legislación, que promuevan el carácter integral de este Plan, con la finalidad de respetar los derechos de las personas con diagnóstico de salud mental en cada uno de los requerimientos de la vida diaria que cualquier persona no afectada por éste tiene.

Relacionado con este tema, se converge en el alto grado de “estigma” y “discriminación” de la sociedad hacia las personas con diagnóstico de salud mental, en el cual se debe recalcar un aspecto importante al parecer de quien suscribe: la importancia que las asociaciones de usuarios/as, familiares y amigos/as brindan a la *Comunicación Social*, indicador del cual reconocen (ellos/as y los profesionales del área Salud Mental y Psiquiatría) se ha tenido casi nulos resultados, siendo un elemento clave en la lucha contra la estigmatización y discriminación.

Finalmente, *concuerdan* además en los problemas de financiamiento, en que el presupuesto no es suficiente en comparación a los esfuerzos que han debido realizar para impulsar el funcionamiento de este Plan, lo cual puede ser comprobado mediante cifras, ya que, como se dijo anteriormente, si bien ha aumentado progresivamente el porcentaje de presupuesto asignado para salud mental del total presupuestario del Ministerio de Salud, este no ha alcanzado la tasa de crecimiento necesaria para llegar al 5% en el año 2010, meta que se plantea en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

2.- Red de servicios de Salud Mental y Psiquiatría.

Según cifras de la OMS, al año 2005 se distribuía el presupuesto de Salud Mental en un 36% en hospitales psiquiátricos, 33% para servicios ambulatorios, 19% en servicios comunitarios y un 12% para hospitales generales²².

Este primer antecedente brinda luces respecto a la cantidad y diversidad de servicios al interior del área de la Salud Mental.

Esta construcción de trabajo en conjunto a través de la red²³ tiene *características* tales como la definición territorial, particularmente potenciando la cercanía, lo local en la atención; la articulación y coordinación entre las partes; la importancia de la participación de la población usuaria en general, aspecto en el que cabe resaltar el nuevo rol de las agrupaciones de usuarios/as y familiares, quienes actúan ahora

²² OMS (2005)

²³ “Vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que , teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes”. Ministerio de Salud (2000)

como proveedores de servicios, particularmente en cuanto a administración de hogares protegidos.

2.1.- Soportes organizacionales de la Red de SM

En primera instancia la *Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud*, quien gestiona la red de servicios, además de distribuir las orientaciones y normas técnicas que a esta coordinan.

Luego, en orden jerárquico, se encuentra la *Secretaría Regional Ministerial*, con sus unidades de salud mental, quien debe velar por la elaboración de un plan regional en los servicios de salud en ella comprendidos, incorporando a los actores/actrices del ámbito no gubernamental.

Para hacer un orden de la red de salud mental, se expondrán los organismos a ella pertenecientes de forma tal de abarcar el espectro desde lo general a lo particular, comenzando con el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que es implementado en Postas Rurales, Consultorios Rurales y Generales Urbanos, Centros de Salud Familiar y Hospitales tipo 3 y 4.

2.2.- Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Este programa aborda la salud mental con miras a una atención ambulatoria, psicosocial y multidisciplinaria, teniendo como áreas prioritarias la esquizofrenia, la violencia intrafamiliar, abuso y dependencia de alcohol y drogas, depresión y alzheimer.

Es implementado en gran parte en la Atención Primaria de Salud, donde aproximadamente un 35% de la población recibe tratamiento²⁴.

2.3.- Hospitales Psiquiátricos: Desinstitucionalización en el área de la Salud Mental

A través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se declara la negativa a la creación de nuevos hospitales psiquiátricos, quedando establecidos de esta manera cuatro hospitales psiquiátricos en todo Chile: Hospital del Salvador, en Playa Ancha, Valparaíso; Hospital psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, de Putaendo; Hospital

²⁴ Organización Mundial de la Salud (2005)

Sanatorio El Peral en Puente Alto, Santiago; y el Instituto Psiquiátrico José Horwitz en Santiago.

En este aspecto cabe destacar que la proporción del presupuesto total en salud mental asignado a hospitales psiquiátricos fue reducido entre los años 1999 y 2004 desde un 57% a un 33%²⁵, medida que apunta a la desinstitucionalización a favor de prácticas ambulatorias y comunitarias, lo cual arrastra consigo la necesidad de funcionamiento cabal del Plan Nacional, Programa Nacional y toda la red de salud mental, para dar cabida a la población que “será devuelta” a su familia, a su comunidad, con todo los significados que a esto se le puede asociar.

2.4.- Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Como refuerzo del proceso de desinstitucionalización, se plantea al Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria como el *centro de coordinación y articulación de la red*, pues es este equipo quien debe estar inserto en la cercanía de la población específica definida como beneficiaria, con el fin de acoger los programas y actividades a las necesidades y diagnóstico local, además de facilitar el contacto con organizaciones sociales y trabajo intersectorial geográficamente limitado.

Este equipo tiene además como *característica* principal la multidisciplinariedad, estando compuesto por psiquiatra, psicólogo/a, asistente social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y monitor/a.

En esta instancia, las principales dificultades expresadas por los mismos equipos, dicen relación con las contradicciones respecto a modelos médico vs. Biopsicosocial, la falta de formación en trabajo comunitario y conflictos políticos que, a pesar de todo, no obstruyen la consideración del enorme significado que refiere el abordar medidas preventivas, promocionales y de rehabilitación dentro de la misma comunidad, tanto con familias como con organizaciones de base y el crecimiento de una nueva forma de salud mental, que ahora no sólo depende de la apreciación y pericia del/la psiquiatra.

Estos equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria están presentes, directa o indirectamente en todas las organizaciones o unidades de la red de salud mental, de las cuales serán seleccionadas sólo algunas, según pertinencia y relevancia.

²⁵ Op. Cit.

2.5.- Centros de Salud Mental Familiar

Los Centros de Salud Mental Familiar son centros especializados en salud mental ambulatoria, naciendo en la década de los '80 como Centros de Adolescencia y Drogas, y realizan actividades a nivel de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto con acciones directas, como atención a personas, como indirectas, mediante consultorías.

A decir del Dr. Alberto Minoletti Scaramelli, Jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud al año 2005 estos dispositivos “logran una sectorización más plena con la comuna en la cual se insertan, favoreciendo la participación de usuarios, familiares y organizaciones sociales, y el trabajo con otros sectores”²⁶, lo cual valida su importancia como eje central de la red de salud mental, existiendo eso sí la falencia de la escasa presencia a nivel nacional de éstos, y aún más, su concentración en la región metropolitana en desmedro de las otras regiones.

2.6.- Hospital de día

Una institución de no corta data a nivel mundial, pero que encuentra su historia en nuestro país hace menos de dos décadas es el Hospital de día, modalidad ambulatoria, alternativa a la hospitalización, para personas con “enfermedad severa” que cuentan con red social de apoyo.

Sus características principales son la posibilidad (y existencia) de hospitales de día con especificidad como de abuso de alcohol y drogas, o según grupo etario, por ejemplo; y su rol en el período de transición entre la hospitalización completa y el alta, o en el período de post alta, como fortalecedor de la rehabilitación.

2.7.- Agrupaciones de Usuarios/as y Familiares

Finalmente, se hará referencia a las Agrupaciones de Usuarios/as y Familiares, han tomado un rol activo a través de la administración de hogares protegidos, definidos éstos como “componentes flexibles y diversificados según las necesidades de las personas con enfermedad mental, tanto para corta estadía (crisis, transición post internación, etc.) como para larga estadía”²⁷, y su participación en Clubes de Integración Social, Centros de Rehabilitación y grupos de Autoayuda.

²⁶ Universidad Central (2005)

²⁷ Ministerio de Salud, Chile (2000)

Se considera esta organización como clave para la generar un cambio de mentalidad antidiscriminatoria y respetuosa de los Derechos y el Respeto a las personas con diagnóstico de salud mental, puesto que dentro de sus mismos roles se plantea:

- Rol protagónico en la sensibilización de la comunidad, las autoridades, los medios de comunicación, etc. respecto de las enfermedades mentales, su impacto en las familias, la importancia, para la sociedad en su conjunto, de aceptar la diversidad.
- Definir y dar a conocer sus necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y psicosocial de sus familiares como también a su desarrollo como organizaciones de autoayuda.
- Defender los derechos de los pacientes, desde aquellos que dicen relación con su dignidad y su derecho a ser tratados con respeto y sin discriminación alguna, hasta el acceder a servicios médicos de calidad, con información y consentimiento de su tratamiento
- Ejercer presión social para generar más y mejores servicios de salud mental y psiquiatría y para generar respuestas intersectoriales que puedan asumir de manera integral una mejoría en la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.
- Ser una instancia de autoayuda formal e informal que facilite el apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, como también la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes.
- Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de los discapacitados psíquicos, encarando la estigmatización de manera audaz y propositiva
- Proveer servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para sus familiares con discapacidad psíquica²⁸.

Como se puede verificar a través del planteamiento de estos roles, la Política Social de Salud Mental en Chile le asigna a estas organizaciones la no fácil tarea de la lucha por los derechos y la no discriminación a las personas con diagnóstico de salud mental, basándose en su experiencia de vida.

²⁸ Op. Cit

Finalmente, se vuelve significativo, en relación a la temática del presente seminario de título, concluir este capítulo, y dar paso al capítulo final, con las palabras de Andrea Cáceres Vallejos, de la Corporación Metropolitana de Familiares, Usuarios y Amigos de Discapacidad de Causa Psíquica, cuando declara que el proceso de rehabilitación desde la perspectiva de esta organización implica “Sensibilizar a la comunidad. O mejor dicho, rehabilitar a la comunidad. Es la comunidad que debe ser rehabilitada de su cultura de discriminación, la intolerancia y la insensibilidad disfrazada o escudada en la ignorancia. Esta es una tarea mayor que implica una estrategia amplia, más allá del ámbito de salud”²⁹.

²⁹ Universidad Central (2005)

Capítulo 3 . Referentes teóricos: Exclusión Social y Salud Mental desde las Ciencias Sociales.

1.- La exclusión como fenómeno social: Interpretación desde la Interacción Simbólica.

1.1.- Antecedentes desde la sociología: Verstehen y Empatía

Esta teoría haya su génesis en los planteamientos del sociólogo alemán Max Weber, quien plantea necesario conocer los significados subjetivos que las personas asignan a sus conductas, esto, según su visión, puede ser realizado por medio de la atribución de motivos a la interpretación de las acciones y palabras de éstas.

Como es de suponer, este no es asunto de fácil resolución, ante lo cual Weber plantea una metodología de conocimiento de la conducta de las personas, la cual denominó “*Verstehen*”, palabra cuya traducción desde el alemán es “entendimiento”.

La *verstehen* se sustenta en dos principios; el primero de estos principios plantea la necesidad de reproducción del razonamiento intencional del actor en la persona observadora, es decir, que quien observe una conducta específica *reflexione* acerca de esta conducta, buscando su significado, no sólo describiéndola.

El segundo principio se resume básicamente en el término conocido como *empatía*. Con éste, se hace alusión a la capacidad que debiera tener el/la observador/a de ponerse en el lugar del/la actor/actriz social para comprender desde la visión de éste/a último/a la acción.

Asociada a Weber, se encuentra una teoría, que a su vez pertenece a la microsociología, perspectiva moderna de la sociología, denominada Interacción Simbólica.

1.2- Interacción Simbólica

Esta teoría se concentra en la búsqueda de los significados subjetivos de los actos humanos – de allí su conexión con el sociólogo alemán -, pero enfocada desde otra arista, ya que plantea que la interacción social se desarrolla gracias al consenso en relación a los significados de ciertos símbolos comunes. Estos símbolos se definen como figuras que sirven para representar un concepto, por la asociación que la comprensión percibe entre éstos. Los/as adherentes a esta teoría de la interacción simbólica sostienen que el mayor símbolo concebido por el ser humano

es el lenguaje, cuyo significado, mediante las palabras, es compartido por las personas, haciéndolas características y diferenciándolas de las demás especies.

Este aprendizaje que permite el compartir significados es resultado de la interacción social, y permiten que nuestra comunicación sea efectiva.

Este aprendizaje se realiza en primer lugar, según los grupos de pertenencia de la persona, particularmente y en primer lugar los grupos primarios (familia y amistades), y en segundo lugar, condicionado por los roles que dentro de estos grupos de pertenencia se desempeñen.

Por otra parte, desde esta teoría se analizan fenómenos como las “conductas desviadas” (actos considerados incorrectos) y la conformidad de las personas en la sociedad, para las cuales se adscriben dos teorías, a saber: la teoría del etiquetamiento y la de desviaciones primarias y secundarias.

1.2.1.- Teoría del Etiquetamiento

La teoría del etiquetamiento declara que las conductas desviadas son tales, en tanto cuanto sean definidas y clasificadas de esta manera por parte de otras personas o la sociedad, con la salvedad de que existe una clara relatividad en esta definición y clasificación; es decir, una acción puede ser o no desviada dependiendo de la evaluación que se realice incorporando además de los elementos de definición y clasificación, la interpretación que las personas den a dicho acto, y la respuesta que ante éste generen.

Luego, esta teoría no considera a la conducta como tal desviada, sino que esta desviación se manifiesta mediante el rótulo, con la asignación de una etiqueta - como su nombre lo indica -, que marca con cierta característica (predominantemente negativa) a la persona o las personas, por realizar una conducta en particular. Dicho etiquetamiento produce sentimientos y actitudes negativas, como el rechazo y el aislamiento por parte de la sociedad, que a su vez pueden conducir al reforzamiento de la conducta desviada, por una internalización de la persona del rótulo forzosamente asignado.

1.2.2.- Teoría de las Desviaciones Primarias y Secundarias

Este modelo, desarrollado por Edwin Lemert, hace una distinción entre desviación *primaria*, es decir, “aquellos quebramientos de las normas sociales cometidas por

primera vez por lo individuos sin que consideren que han hecho algo incorrecto o delictual³⁰.

En esta teoría también, siguiendo la línea de la interacción simbólica, predomina el significado que a estas acciones sea asignado por otros/as, lo cual puede desembocar en que, a pesar de que la persona que haya perpetrado el hecho no haya tenido la intencionalidad de quebrantar normas, puede que de todas formas se vea “etiquetado” debido a que las personas a su alrededor asignen otra interpretación al acto, por lo cual como en el caso anterior, se presentan las acciones de retractarse de lo realizado, o bien asumir dicho etiquetamiento y el rol que con este va acompañado, lo cual conduciría ahora, en su consecución conciente de acciones desviadas, a una *desviación secundaria*, o sea “una violación repetida y continua del sistema normativo, en donde el individuo que comete la acción delictual está consciente de su conducta desviada”³¹.

Finalizando este acápite, se debe hacer referencia a la relación directa y estrecha que guarda la Interacción Simbólica con la Psicología Social, disciplina en la cual las personas intentan comprender, explicar y predecir cómo aquellos elementos subjetivos (entendidos como pensamientos, sentimientos y acciones) de las personas son influenciados por estos mismos procesos, pero de los/as otros/as, definición que ya marca los puntos de conexión, como el énfasis en la interacción, la importancia asignada a los significados de los seres humanos, y por otra parte, la comunicación social y otros conceptos que serán desarrollados a continuación.

³⁰ Op. Cit.

³¹ Op. Cit.

2.- La exclusión como fenómeno social: Interpretación desde la Psicología Social

2.1.- Percepción de personas y estereotipo

Un primer aspecto desarrollado por la Psicología Social a destacar, por su relación con el tema del presente seminario de título, es el de *percepción social* entendida como el proceso por el cual nos formamos una imagen (mediante la interpretación) de las personas y tratamos de entenderlas (buscando las causas de sus actos).

Existiendo la percepción de objetos, y la percepción de *personas*, nos abocaremos a esta última, por su pertinencia respecto al tema de fondo.

En ambas existen los procesos de *recodificación*, es decir, la selección de la información con la finalidad de reducir la complejidad y facilitar el almacenamiento y recuperación de estos datos; y de *predicción*, basada en esta información seleccionada y procesada.

Además de características en común, como la necesidad de organización y estructuración de la información, búsqueda de elementos invariantes, constantes (para generar la predicción), y la interpretación, ya que siempre asignamos sentido a nuestras percepciones.

Sin embargo difieren en algunos aspectos, como son:

- a. Las personas se perciben como agentes causales, ya que piensan, tienen voluntad, por tanto todas sus acciones tienen una intencionalidad, pueden influir en el proceso de la percepción.
- b. Tanto el objeto como el sujeto de percepción es persona, por tanto el proceso es dialéctico, *A* es estímulo para *B* y viceversa, como la interacción es dinámica la persona percibida puede manejar la impresión que desea que la persona perceptora tenga.
- c. La percepción de personas es claramente más compleja que la de cosas, debido a la gran cantidad de variables de comportamiento involucradas, sumando a esto que estas variables están en constante cambio.
- d. Como se puede apreciar en los puntos anteriores, la percepción social implica al propio Yo, puesto que, al compartir algunos referentes en

cuanto a sentimientos y experiencias (podemos diferenciar cuando nos sentimos tristes y asociar factores a esta tristeza) es posible aplicar deducciones a las percepciones.

Algunos factores que influyen en el fenómeno de la percepción social son las *metas y objetivos* del perceptor, que se han definido básicamente como la confirmación de los propios valores, la comprensión de la persona y sus razones de comportamiento, y establecer si la conducta es acorde o no a las normas establecidas; la *familiaridad* que se establece con determinadas situaciones o personas, lo cual facilita una visión más profunda por parte del/la perceptor/a, puede ser tanto negativo como positivo; el *efecto de halo* que hace alusión a la asociación que se puede hacer de un rasgo positivo con más rasgos positivos, o como contraparte por un rasgo negativo asociar otras características negativas, impidiendo ver claramente otros rasgos; las *expectativas*, es decir, aquello que se espera del comportamiento de los demás, ya que muchas veces se percibe al otro/a la otra como la persona desea o esperar verlo/a.

Estas últimas pueden clasificarse en expectativas basadas en el estímulo, las cuales involucran un conocimiento previo del perceptor respecto a la persona percibida; y basadas en la categoría, en el cual resalta el concepto de *estereotipo*, que será definido básicamente como un “conjunto de atributos asignados a un grupo o categoría social”³².

Se declara la definición como inconclusa, puesto que en primera instancia no es objeto de este documento, y en segundo lugar, existe una multiplicidad de definiciones de este concepto, estando en conocimiento de esto sólo se hará referencia a que existen clasificaciones de las definiciones, según se considere o no el estereotipo como forma inferior de pensamiento (consideración errónea e inconsistente con la realidad, planteamiento defensivo, sobregeneralización, excesiva rigidez o basada en el etnocentrismo); y se involucra o no el consenso social, es decir, si es una creencia compartida.

2.1.1.- Conceptos relacionados con Estereotipo: Prejuicio y Discriminación.

Para realizar la asociación entre los términos, se plantea la existencia de tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual, por lo tanto se puede generar una correlación entre estos conceptos, definiendo el estereotipo como creencias sobre propiedades asignadas a un colectivo específico, el prejuicio como el afecto o valoración negativa del grupo, y la discriminación como la conducta de inequidad.

³² Morales, J. Francisco y Olza, Miguel (1996)

Existen, según Tajfel, tres *funciones sociales* asignadas a los estereotipos, a saber:

- a. Explicación de la causalidad social, generalmente de los sucesos a gran escala, cuyas características principales son la complejidad y su impronta negativa.
- b. Justificación de las acciones hacia otros grupos.
- c. Proporcionar una identidad social positiva, mediante el restablecimiento de la diferenciación positiva en momentos en que las diferencias entre grupos parecieran haberse disminuido.

Fiske, por otra, atribuye al hecho de estereotipar, la función de *control social* pues plantea que contribuye al mantenimiento del status quo, mediante la condición estática de poder de ciertas personas o grupos, en desmedro del menor ejercicio de poder de otros/as.

2.2 Minorías y prejuicios

2.2.1 Minorías: definición y características

Minoría es “cualquier colectivo que en una sociedad dada no tiene reconocido un poder, prestigio o peso en las decisiones”³³.

Pareciera ser que lo minoritario se asocia a una desviación de la normativa general imperante, o sea, de la adquirida por lo *mayoritario*, por lo que se le asigna a estas minorías un carácter negativo, delegándolas así a un nivel de inferioridad.

Las minorías se pueden clasificar en dos tipos: grupos anómicos y grupos nómicos, según la forma en que se comporten como colectivo.

Los grupos nómicos son aquellos que se desvían de las normas estableciendo, pero bajo la firme creencia de otras normas, que se convierten por tanto en contranormas. Al ser esto así, se comportan como un grupo social independiente.

La interacción social, que se ha abordado anteriormente mediante el abordaje de la teoría de la Interacción simbólica, es un punto clave para este grupo, pues la

³³ Op. Cit.

relación que mantenga con su entorno u otros grupos (de cooperación, conflicto, complementariedad, coalición, etc.) será condicionante de la representación de dichos grupos tengan de éste, el grupo independiente; aunque también este puede, tal como se afirmó en la percepción social, guiar esta representación.

Según la valoración que tengamos del grupo, adoptaremos una actitud que puede ser defender las normativas establecidas, no aceptar las normas alternativas planteadas por el grupo nómico, o bien sí aceptarlas. De todos modos, una valoración negativa del grupo conducirá muy probablemente a una conducta de discriminación.

Los grupos anómicos, por otro lado, también presentan una desviación de la norma, pero sin proponer normas, por lo cual son representados por los demás grupos como categoría social. Este término de categoría, como se abarcó en el título anterior, dice directa relación con los estereotipos, por lo que añadiendo el hecho de que sean considerados minoría, permite deducir casi automáticamente la condición de exclusión por parte de los demás grupos hacia este.

2.2.2.- Grupos minoritarios y Exclusión

Este hecho de asignar características negativas a un grupo, estará relacionado con la representación y valoración identitaria que los grupos posean de ellos mismos y desplieguen hacia los demás, y su tolerancia dependerá de la valoración hacia la heterogeneidad u homogeneidad que la sociedad en general posea.

Considerando que las personas con diagnóstico de salud mental de hecho constituyen una minoría, se tratarán sólo las formas de reacción societal correspondientes a desviación de las normas establecidas, posición que se defenderá mediante otros postulados de las ciencias sociales en el título siguiente.

Por lo tanto, se debe considerar la *discriminación* que se presenta cuando “la minoría mantiene su identidad cultural y mantiene una relación de conflicto con la mayoría”, y la *anomia o marginación* “cuando la minoría ni mantiene su identidad cultural ni se integra a las normas del grupo dominante o mayoritario”³⁴.

Si bien a través de las visiones tanto de profesionales del ministerio de salud, de equipos de salud mental y psiquiatría, usuarios/as y familiares, se manifestó abiertamente su condición como grupo discriminado, al sentir de quien suscribe no queda clara su posición respecto a su identidad como grupo, como para calificar esta relación de carácter discriminatorio o de anomia.

Lo que sí es claro es la presencia del *prejuicio* establecido hacia este grupo de personas, representados a través de una valoración negativa de ellos/as, y en consecuencia una mayor distancia social.

En este punto puede ser relevante sacar a luz la *ambivalencia* que se expresa hacia las minorías, la cual produce una incongruencia entre la imagen u opinión que se tiene de ellas, y su actitud hacia ellas, factor que causa incluso la *inversión de causas de no integración*, puesto que desde la sociedad se declara “que no existen problemas contra este grupo en particular”, pero por otro se aísla, discrimina y enjuicia, lo cual da la idea de que la integración no ha podido llevarse a cabo por la falta de disposición u otras causas que provienen desde el grupo en cuestión.

³⁴ Op. Cit

3.- Exclusión hacia las personas con diagnóstico de salud mental

Ya en el desarrollo de este capítulo, se ha abordado el fenómeno de la exclusión social, con la salvedad de especificar y abarcar sólo aquellos conceptos, teoría, etc. Que puedan ser asociados con la temática del presente seminario, haciendo referencia a las personas con diagnóstico de salud mental como una minoría receptora de los procesos con antelación definidos.

Interesa ahora, especificar este fenómeno, contextualizando este en el marco de la salud mental; para tal fin se utilizarán los trabajos de profesionales que se han desempeñado en esta área, por tanto su conocimiento trasciende la brecha teórica.

3.1.- Referentes teóricos desde el filósofo Michel Foucault

Un primer referente es el filósofo francés Michel Foucault, quien a través de sus obras realiza una crítica transversal al sistema psiquiátrico, y a la exclusión experimentada por las personas con diagnóstico de salud mental por parte de la sociedad en su conjunto.

Foucault afirma que la forma de la salud mental como la entendemos es una concepción, una creación *social*, afirmando que “La locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan”³⁵.

Por tanto, los fenómenos relacionados a la exclusión social toman aquí sentido, por encontrarse la enfermedad mental como una categoría social que conforma una minoría que no sólo es aislada por su naturaleza, sino castigada por sus consecuencias hacia la sociedad.

Por otra parte, Foucault brinda importancia al elemento destacado mediante las teorías de Interacción Simbólica y la Psicología Social: el lenguaje. Para el autor, la exclusión comienza desde el discurso, el trato que se les brinda desde el lenguaje a las personas con diagnóstico de salud mental, aspecto ambivalente como fue señalado con anterioridad, pues desde el discurso de muchos/as la discriminación hacia la salud mental no es una realidad tangente, y debiera ser eliminado de la sociedad, pero comienza desde la denominación hacia estas personas, en palabras de Foucault:

³⁵ Foucault (1960)

Conceptos adjetivos para referirse a los locos: “insensatos”, “hombres dementes”, “gentes de espíritu alienado”, “personas que se han vuelto totalmente locas”, pero la palabra que con más frecuencia se utilizaba en los libros de los internados para señalar y simbolizar a la locura es la de “furiosos”³⁶.

Consigna además las múltiples dificultades que debe sortear la persona por cargar con el prejuicio de la salud mental, afirmando que éste no sólo afecta a nivel de sociedad a grandes rasgos, sino también dentro del orden establecido, y al interior del ámbito familiar, constituyéndose estos también en espacios discriminatorios "las grandes estructuras de la sociedad burguesa y de sus valores: relaciones familia – hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad paternal; relaciones falta-castigo, alrededor de la doctrina de la justicia inmediata; relaciones locura – desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral" ³⁷.

3.2.- Referentes teóricos desde el sociólogo chileno Jorge Chuaqui

Para un acercamiento aún más específico, se trasladará el discurso a lo loca, a través de las palabras de Jorge Chuaqui (1940), sociólogo de la Universidad de Chile.

Chuaqui entrega una visión notoriamente significativa, al aportar a la salud mental una relación con la sociedad con base teórica y empírica, pero - muy importante – *desde* la salud mental, por ser diagnosticado a los veinticuatro años de esquizofrenia, siendo miembro de la Asociación Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud Mental y en la actualidad representante legal de la naciente Agrupación Viña de Usuarios de Salud Mental.

Chuaqui plantea que el *rol* que una persona sigue es en parte auténticamente aceptado, en parte actuado.

Evalúa bajo este precepto la conducta de personas con cierto diagnóstico, partiendo por los/as esquizofrénicos/as, quienes al experimentar “crisis” experimentan síntomas como delirios, que a su vez producen comportamientos de difícil, y en muchos casos inexistente, comprensión.

³⁶ Foucault, M. (2004).

³⁷ Foucault, M. (2007).

Ello, según Chuaqui, debilita el tejido social, y la persona diagnosticada de esquizofrenia se vería en la obligación de “afirmarse a sí mismo/a”.

Por ello, en su conducta se visualiza desde la perspectiva de Chuaqui la dificultad de asumir roles sociales y por tanto tener una exacerbada autenticidad, sin embargo esta última encontraría su razón en el conflicto social generado más que en una posición personal; y por tanto motivo de exclusión social.

El depresivo, por su parte manifiesta un excesivo apego a las normas del rol, ante las cuales no existe - según el autor – la posibilidad de apego absoluto, lo cual gatillaría las crisis depresivas.

Por otro lado, en las neurosis obsesivas se experimenta un exagerado control que conduce a una rigidez ante los/as demás y a una dificultad de autocontrol que se manifiesta en reglas inflexibles de conducta, siendo por tanto “aislado”; en cambio en el caso de el histérico/la histérica sucede todo lo contrario al caso exhibido de la esquizofrenia, ya que se adoptan roles no sentidos, por tanto la actuación es mayoritaria, y la autenticidad mínima.

Chuaqui entiende por adaptación social “el proceso según el cual se lleva al sujeto a actuar según normas y valores sociales”³⁸, aclarando que estas no son siempre y en todas las circunstancias seguidas por las personas “normales”, quienes a pesar de esto, de su incumplimiento de roles e infringir normas, no son excluidos por ello, tomando para ejemplificar el caso de la esquizofrenia “los esquizofrénicos no serían ni superiores ni inferiores a otros en cuanto a sus valores, salvo el hecho que por su autenticidad lo mostrarían más abiertamente”³⁹.

Finalmente Chuaqui hace hincapié en la necesidad de comprender la adaptación social en cada persona, ya que los valores morales están ya presentes, como ha sido declarado, existiendo algunas “situaciones” o conductas que se vuelven “extrañas” para la sociedad, como la anhedonia social, es decir el no disfrutar las relaciones sociales, especialmente las cercanas, hecho que se vería reforzado por la exclusión en sí:

Aparte de la anhedonia social, la falta de relaciones cercanas puede agudizarse por el temor o descalificación hacia el enfermo que provoca la percepción de la crisis o el estigma (imágenes negativas y rechazo) de la enfermedad en los demás”⁴⁰.

³⁸ Chuaqui, Jorge (2002)

³⁹ Op. Cit.

⁴⁰ Op.Cit

Para concluir esta presentación teórica del tema seleccionado, se puede dar cuenta de la capacidad de relación que tienen teorías de diversas disciplinas y su aplicación al ámbito de la salud mental para entender, sin embargo no justificar, el fenómeno de la exclusión social, lo cual a su vez facilitaría su abordaje desde las personas que la experimentan dicho fenómeno cotidianamente, en diversos ámbitos de su vida, lo cual será investigado durante el transcurso del presente seminario.

Capítulo Tercero: Diseño de Investigación



Participantes Corporación Bresky en Visita a Consejo Nacional de la Cultura y las Artes

Enfoque de Investigación

El presente Seminario de Título, como su nombre lo indica, tiene la intencionalidad de conocer las “experiencias” de discriminación, lo cual implica no sólo un relato, sino recuerdos y la forma en que éstos se vivieron, las emociones que produjeron y por tanto la subjetividad de quien esté involucrado/a, por ello la investigación a realizar es de enfoque *cualitativo*.

Además, para realizar este tipo de investigación se requiere de técnicas que permitan la expresión abierta de estas experiencias y sentimientos; por lo que son apropiadas y facilitadoras técnicas como la entrevista, grupos de discusión y observación.

La estudiante se inserta en el contexto a investigar, utilizando como técnica la observación participante, característica de la *investigación cualitativa* en particular, y dadas las explicaciones precedentes, se puede concluir que la investigación a realizar se valdrá de la ***metodología cualitativa***, pues busca la “comprensión” de un fenómeno social (discriminación) en un colectivo definido (personas con diagnóstico psiquiátrico severo).

1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es *exploratorio* y *descriptivo*, lo primero debido a que no existe una investigación social de esta índole, si bien existen documentos que den cuenta del fenómeno de la exclusión social, son escasos los relacionados con la salud mental, y son planteados casi exclusivamente desde la perspectiva de profesionales de la salud, ciencias sociales u otras áreas, aplicando para ello teorías propias de sus disciplinas, no siendo abordada esta temática *desde* el discurso de las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, elemento principal en este seminario.

Es *descriptivo*, por cuanto pretende caracterizar el fenómeno de la discriminación hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, con la finalidad de representar sus manifestaciones, los significados que lleva asociado, y las repercusiones que conlleva.

2. Formulación del Problema de Investigación

El problema a investigar dice relación con la exclusión como fenómeno social; fenómeno que afecta a variedad de grupos de diversas características, tanto económicas, como étnicas, políticas y sociales.

Es así como históricamente hemos visto grupos denominados minoritarios (como lo son indígenas, inmigrantes, homosexuales) en situación de desventaja.

Existen también condiciones o problemáticas de salud que se relacionan con este fenómeno, como es el caso de la discapacidad física, o de las personas con problemáticas de salud mental.

En este último caso se han dado desde la Antigüedad situaciones de claro desmedro a la integridad y bienestar de la persona, como es el caso de los actuales hospitales psiquiátricos, antiguos manicomios, que realizaban prácticas como el encadenamiento y hacinamiento como forma de tratamiento de pacientes.

Esta temática se aborda por variadas razones, principalmente porque se aprecia que en la mayor parte de la bibliografía consultada el tema es planteado desde alguna ciencia en específico, o bien se interesa en traducir en cifras la discriminación, la cual queda supeditada a un concepto volátil, no existiendo abundante información respecto a ésta; es por esto que lo que se pretende lograr mediante este Seminario de Título es conocer la naturaleza de la experiencia de discriminación en sí, desde su manifestación concreta, pasando por la significación que la persona hace de ella, hasta las repercusiones que ésta pueda traer tanto directa, como indirectamente a la vida de la persona.

Además, existe interés profesional por la exclusión y discriminación hacia las personas con problemas de salud mental, el cual nace desde el conocimiento mediante las primeras asignaturas cursadas en relación a Salud y Salud Mental a nivel académico, y se ve reforzado al realizar la práctica de Trabajo Social en el nivel de Caso en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, experiencia que permitió a la estudiante que suscribe conocer la realidad en este ambiente, subrayando tres aspectos importantes que sirven de fundamento para este seminario de título.

Lo primero es la necesidad de abordar la temática desde una perspectiva psicosocial, para contribuir a establecer un enfoque biopsicosocial en el área de salud mental, puesto que generalmente el enfoque es biomédico, lo cual se pudo ver reflejado en el tratamiento de las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico, y particularmente en las reuniones técnicas, ya que si bien existía un trabajo interdisciplinario, existían mayoritariamente profesionales y técnicos del área médica como doctores, psiquiatras y enfermeras.

Luego, se pudieron presenciar las complejas situaciones que deben experimentar las personas que sufren de alguna enfermedad mental, partiendo de la dificultad que

existe para los familiares y sociedad en general para diferenciar a la persona en sí, de la enfermedad que padece.

Finalmente, el nivel de estrés que experimentan las familias y los/as cuidadores/as de las personas que sufren alguna problemática de salud mental, lo cual condiciona la forma de relacionarse y conduce a un desgaste físico y emocional a todos/as los/as involucrados/as, influyendo además en el estado de salud de la persona que es receptora de los cuidados.

Para concluir, la experiencia personal es también una fuente de inspiración en la búsqueda del problema de investigación. Se perfila esta investigación como un proyecto, ya que forma una conjunción de temáticas de interés para quien suscribe, como son la exclusión social y discriminación por una parte, y la salud mental, por otro; además de la posibilidad de insertarse en una institución como la Corporación Bresky que fue conocida en el período en que se realizó la práctica en el Hospital Psiquiátrico y desde allí llamó poderosamente la atención de la estudiante debido a la forma de abordar la rehabilitación mediante la integración grupal, talleres y técnicas artísticas, ocupacionales y sociales, con un claro enfoque hacia la comunidad y la sensibilización respecto al tema psiquiátrico, lo cual conduce a un *contexto de investigación* pertinente tanto con la temática definida, como con la perspectiva desde la cual se intenta plantear el presente seminario.

3. Preguntas/Cuestiones de Investigación

- ¿Cuál es el concepto que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, manejan respecto al término discriminación?
- ¿Qué significados atribuyen las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, a sus experiencias de discriminación en el ámbito laboral?
- ¿Qué significados atribuyen las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, a sus experiencias de discriminación presentes en la relación con los grupos primarios a los que pertenecen?
- ¿Qué significados atribuyen las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, a sus experiencias de discriminación en la atención en el área salud?

- **Definición Operativa:**

Se acoge el concepto planteado por la institución, Corporación Bresky, para denominar a las personas involucradas en esta investigación como “*Personas con diagnóstico psiquiátrico severo*”; y se entiende bajo esta definición personas con trastornos como subtipos de esquizofrenia, trastornos bipolares y trastornos afectivos.

Objetivos de Investigación.

a. Objetivo General

Comprender y analizar los significados que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación en ámbitos de interacción social relevantes.

b. Objetivos Específicos

- Configurar el concepto que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, manejan respecto al término discriminación.
- Describir y analizar los significados que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación en el ámbito laboral.
- Caracterizar y analizar los significados que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación presentes en la relación con los grupos primarios a los que pertenecen.
- Describir y analizar los significados que las personas con diagnóstico de psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación en la atención en el área salud.

4. Sujetos participantes de la investigación

El muestreo es definido como *teórico*, entendido este como una muestra deliberada según las necesidades de información declaradas desde el objetivo de investigación.

a. Colectivo principal

Personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, de las comunas de Valparaíso y Peñablanca.

b. Triangulación de fuentes

- Profesionales que se desempeñan en la Corporación Bresky.
- Agrupación de Usuarios/as y familiares.

5. Criterios de Inclusión

- Hombres y mujeres que presenten diagnóstico psiquiátrico severo, evidenciado en ficha clínica.
- Participantes de alguna de las instancias de la Corporación Bresky en las sedes Valparaíso o Peñablanca.
- Personas que posean la capacidad de, en forma coherente y pertinente, expresar sus experiencias a través de un discurso.
- Personas que deseen participar libre y voluntariamente de la investigación.

6. Representatividad de la muestra

La Representatividad *temática* de la muestra estará dada por el fenómeno de *saturación*, que implica que al superar cierto número de instrumentos aplicados, se llega a un punto en el levantamiento de información en el que no emergen nuevas categorías, nueva información en lo concreto.

7. Criterios de Rigor

Aspecto (valor)	Criterio de rigor	Procedimiento
		Triangulación de fuentes:
		1. Profesionales de la Corporación Bresky
Verdad	<i>Credibilidad</i>	2. Agrupación de usuarios/as y familiares
		Observación Persistente
		Comprobación con los/as participantes
Aplicabilidad	<i>Transferibilidad</i>	Recogida de abundante información
Consistencia	<i>Dependencia</i>	Auditoría de dependencia (temática)
Neutralidad	<i>Confirmabilidad</i>	Ejercicio de reflexión
		Auditoría de confirmabilidad (metodológica)

8. Instrumentos de Recolección de Información

Se utilizarán técnicas de conversación y narración; y de observación y participación⁴¹.

- *Entrevista semiestructurada*

Técnica en la cual una persona solicita información de otra para obtener datos sobre un problema determinado. Al ser semiestructurada, está organizada en torno a núcleos temáticos o preguntas predefinidas, los cuales en esta investigación en particular pueden ser vislumbrados como:

- Discriminación: Concepto desde el colectivo de investigación.
- Discriminación: Significados de la Experiencia.
- Discriminación y Ámbito laboral.
- Discriminación y Grupo Primario.
- Discriminación y Atención en el área Salud.

Pudiendo agregar nuevos núcleos o preguntas de acuerdo a la dinámica de la entrevista, siendo escogida como técnica principal de este Seminario debido a su carácter flexible, al permitir a la entrevistadora el uso de preguntas abiertas, la

⁴¹ Valles, Miguel (2003)

reformulación de preguntas, o la petición de profundización de alguna respuesta en particular, para ir luego acotando la información obtenida.

Si bien su desarrollo depende de la persona entrevistada en mayor parte, se vuelve relevante para esta investigación en primer lugar, porque permitiría la expresión abierta de vivencias, significados y repercusiones de las experiencias de discriminación, lo cual podría acarrear el levantamiento de datos no contemplados anteriormente; y en segundo lugar, pues una entrevista muy directiva no se considera pertinente con el colectivo, ni la finalidad de investigación definidos.

- *Observación Participante*

Técnica asociada a la etnografía, que permite al /la investigador/a recabar datos desde una fuente primaria; por otra parte debe ser usada de forma rigurosa, mediante, por ejemplo, el registro de actividades.

En el caso de esta investigación se utilizará la observación participante como técnica complementaria, con los/as participantes en las actividades que se realicen en general y en el taller “Estigma” en particular, puesto que se perfila como técnica de comprobación, con la cual se pretende recabar información relacionada con la temática de este Seminario (discriminación y la configuración del concepto de ésta desde las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, experiencias de discriminación y sus significados en las áreas laboral, grupo primario y atención en salud) sin la necesidad de intencionar el relato como se realiza con la técnica de entrevista descrita anteriormente.

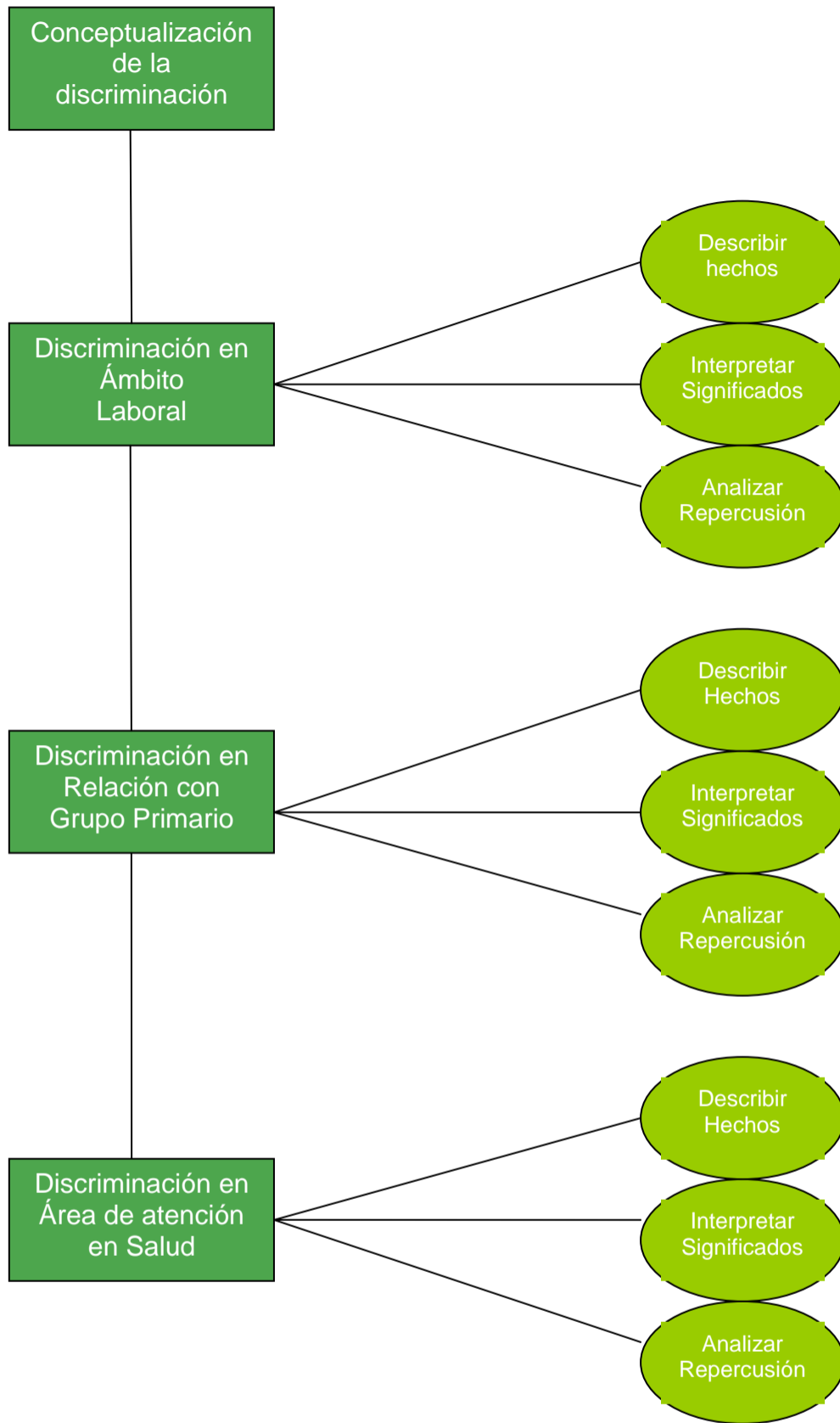
- *Análisis documental*

Como su nombre lo indica, esta técnica consta de utilizar documentos - que pueden variar desde medios escritos, como periódicos, publicaciones, cartas, entre otros, hasta visuales como fotografías – y extraer de ellos información que obedezca a los objetivos de investigación, sin alterar el contenido de éstos. En el caso de esta investigación en particular, los documentos a utilizar son identificados a priori, y como requisito se declara que éstos deben tener directa relación con la temática de este seminario y sus objetivos de investigación, siendo específicamente los relatos, trabajos, y diferentes documentos de autoría de participantes de la Corporación Bresky los que serán utilizados.

9. Plan de Análisis

El Plan de Análisis de la Información se propone como un *análisis temático* de la información recopilada mediante los instrumentos aplicados, el cual tiene la intención de interpretar y analizar los discursos de los/as participantes, creando para ello categorías basadas en las temáticas emergidas durante las entrevistas, principalmente, y la observación participante.

Es posible identificar a priori dimensiones del estudio, como son:



10. Descripción del trabajo de campo

a. Lugar y fecha de ejecución del trabajo de campo

El trabajo de campo del presente seminario de título se extiende entre los meses de junio y noviembre del año 2009, y se realiza en el contexto institucional dado por la Corporación Bresky, que posee dos sedes, localizadas en Peñablanca y Valparaíso.

Se da inicio en la segunda semana de Junio, específicamente el día viernes 12 de junio, en el que son firmados los consentimientos informados por quienes deseen participar de la investigación en curso, hecho que se lleva a cabo en la sede Peñablanca de la Corporación Bresky.

Posteriormente, se firman los consentimientos informados en la sede Valparaíso y se procede a la aplicación de instrumentos, para posteriormente dar paso al análisis de la información recolectada.

Luego seguirá el proceso de sistematización y conclusiones, hasta terminar el proceso de seminario de título dentro del contexto institucional en el mes de octubre.

b. Implementación de técnicas

Las técnicas a utilizar son, como se describió anteriormente, la entrevista semiestructurada como principal, la observación participante y el análisis documental; todos estos instrumentos serán aplicados directamente por la estudiante en seminario de título.

En relación a la primera, se comienza a realizar entrevistas el día lunes 15 de junio en Peñablanca, y el día martes 16 de dicho mes en la Corporación Bresky de Valparaíso, dándose término a este ejercicio en dos semanas, es decir, el viernes 26 de junio.

Por otra parte, la observación participante se realiza constantemente a través de la participación en talleres y otras instancias (como la asamblea en Peñablanca) y particularmente durante el taller “Estigma”, que se realiza los días miércoles de nueve a once y media de la mañana., comenzando la segunda semana de junio del presente año.

Finalmente, el análisis documental se realiza a través de los registros de los talleres en general y el de Estigma en particular, mediante los trabajos escritos de las personas participantes de la Bresky, y otros medios escritos que sean pertinentes a la información solicitada para este seminario de título; comenzando a aplicarse desde la segunda semana de junio.

11. Implicancias éticas

El año 1991 se definen los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”; el cual consagra como principio número seis la **Confidencialidad** afirmando que “Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne”⁴², principio rector de este seminario de título, que se manifiesta mediante la **privacidad** al momento de las entrevistas, y el **anonimato** en relación a las entrevistas, observación participante y el análisis documental.

Un segundo aspecto que se consideró para el desarrollo de esta investigación fue la **libertad de participación**, es decir la voluntariedad de las personas para la realización de entrevistas y para la entrega de información.

Por otra parte se especificó que el estudio no implicaría gastos, así como tampoco ganancias, en términos económicos para los/as participantes, afirmando que de éstos sólo se dispondría el tiempo.

Además, se responsabiliza al estudiante que suscribe de aquellos hechos que pudieran suceder a lo largo del estudio, haciéndose cargo de su investigación, e incluyendo además a la institución que respalda, en este caso, la Universidad de Valparaíso.

Lo declarado anteriormente se registró formalmente mediante la redacción de un **consentimiento informado**, el cual fue leído y explicado a los/as participantes del estudio, para luego ser firmado por quienes aceptaran formar parte de la investigación.

Finalmente, agregar que esta decisión se sustenta en el principio profesional de Trabajo Social de respeto a la persona, que tiene directa relación con el resguardo de la dignidad de las personas, en este caso particularmente de las personas que hayan sido diagnosticadas con alguna patología de salud mental.

⁴² Organización Mundial de la Salud (2006)

Capítulo Cuarto: Resultados y Análisis de la Investigación

“A mi me decían cuando chico, que la gente que estaba desquiciada se cree un personaje histórico, como Napoleón, pero yo los veo a todos aquí, y nadie se cree Napoleón”

Participante de la Corporación Bresky

Introducción

Como fue declarado en el capítulo precedente, Diseño de Investigación, el principal instrumento de recolección de información utilizado en este Seminario de Título es la *entrevista semiestructurada*. Fueron realizadas catorce entrevistas, de las cuales nueve corresponden a la sede de la Corporación Bresky localizada en Peñablanca, y cinco a la sede Valparaíso; esta inequidad se debe, por un lado al fenómeno de saturación manifestado debido a la implementación en Peñablanca primeramente, y por otro a que los instrumentos complementarios (observación participante y análisis documental) son aplicados en instancias (particularmente Taller de Estigma, Promoción de la Salud Mental y Derechos de las personas con Discapacidad) en la sede emplazada en la ciudad de Valparaíso. Las entrevistas mencionadas se realizan en el período contemplado entre el lunes 15 de junio y el miércoles 23 de junio del presente año, comenzando – como se dijo anteriormente - en Peñablanca, lo que se debe en parte a factores de temporalidad, pues es la primera sede a la cual la alumna se presenta en la semana, y a la disponibilidad de espacio donde realizar dichas entrevistas.

La *observación participante* es realizada de manera constante a través de la participación de diferentes instancias que comparten las personas participantes de la Corporación Bresky, sea el trabajo en los talleres o en los tiempos de descanso del Centro Diurno, en el Club Social, Empresa Social y participación de actividades extra programáticas; siendo la principal fuente de información para este instrumento – por tener gran relevancia para esta investigación – el taller “Estigma, Promoción de la Salud Mental y Derechos de las personas con Discapacidad”. Es aplicada, en función de los objetivos definidos para esta investigación, en el período comprendido entre el 17 de junio y el 28 de agosto del año en curso.

Finalmente, cabe aclarar que se intenciona el instrumento de *análisis documental*, con el fin de dar cuenta de los discursos directos de las personas participantes de la Corporación Bresky, en orden de seguir una coherencia con los demás instrumentos aplicados, y para cumplir así con la finalidad de la presente investigación, por tanto, se concreta mediante la búsqueda y consecuente análisis de documentos realizados por los/as mismos/as participantes de la Corporación Bresky, bien sea en entrevistas de terceros, en escritos biográficos, en trabajos realizados, o en reflexiones acerca de una actividad específica; aplicándose desde el 15 de junio hasta el 28 de agosto del presente año.

Para dar paso de lleno al siguiente capítulo, correspondiente al Análisis y Resultados de la investigación, se declara que para realizar la *evaluación de objetivos* (que obedecerá a los criterios expuestos en el Diseño de Investigación), se

comenzará por el análisis de los Objetivos Específicos determinados en dicho capítulo.

1. Primer Objetivo Específico: Referido a la Conceptualización de Discriminación

“Configurar el concepto que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, manejan respecto al término discriminación”.

1.1. Concepto de Discriminación

Desde el discurso del colectivo, se observan dos tendencias claras, respondiendo ante el cuestionamiento acerca del significado del concepto de discriminación, desde su propio entendimiento, con definiciones **neutras** y **externas**, o bien con definiciones **negativas** e **internas**.

“(Discriminación es) favorecer a unos y perjudicar a otros” (PB5)

Como se manifiesta en el primer caso, existen relatos en que se presentan definiciones *neutras* de la palabra discriminación, ya que no se encasilla éste como alusivo a algo sólo negativo, o sólo positivo, por otra parte, no se identifica a un grupo en particular con este concepto.

Además, se presenta la figura de “unos” y “otros”, es decir, no se habla desde la propia persona, no se asocia directamente el concepto con la experiencia personal, ni como perteneciente o característico del colectivo de esta investigación, es decir, es visto es concepto de discriminación con una definición *externa*.

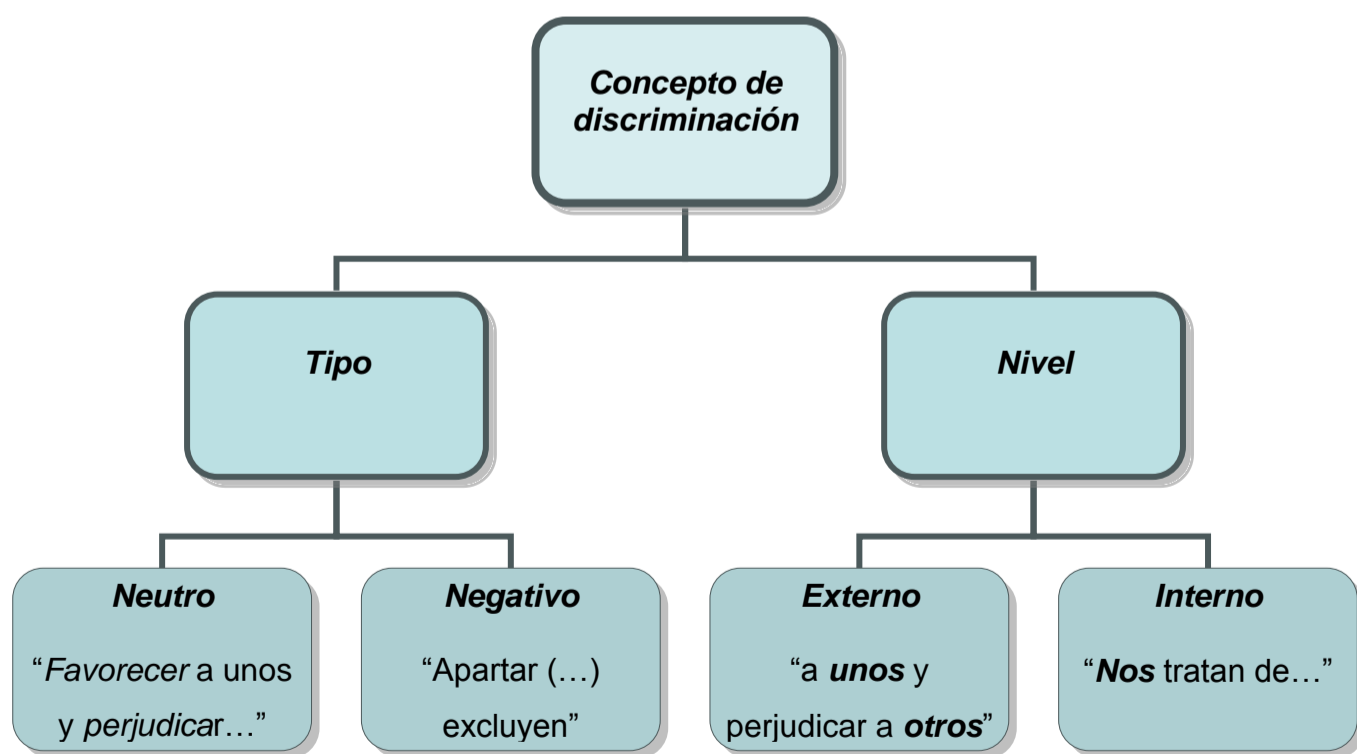
“Mire, en sí, la discriminación es que los sanos nos tratan como apartar del resto de la sociedad, eso es, y con eso nos excluyen totalmente, nosotros nos sentimos más cohibidos, que no servimos para nada incluso” (PB7)

En contraposición al primer caso expuesto, como se manifiesta en el segundo fragmento, se presenta con claridad una apropiación del concepto de discriminación, el que es asociado directamente a la experiencia de las personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico en comparación con “*el resto de la sociedad*”, viviendo – según el relato - el grupo identificado la exclusión de ese espacio que comparten (la sociedad), pero del cual contradictoriamente no son partícipes.

Esta categorización (en que se asocia al concepto en un nivel interno) da cuenta de que la conceptualización, como define el interaccionismo simbólico respecto a los símbolos compartidos en el lenguaje, se ve influenciada por factores como el contexto, debido al cual las personas con diagnóstico psiquiátrico asocian la palabra *discriminación* a sus propias experiencias, por tanto a su subjetividad, lo que se ve reflejado en la definición realizada en primera persona (“*nos* tratan como apartar”), y en que la comprensión de dicha palabra se realiza relacionándola con las sensaciones y sentimientos asociados (“*nos sentimos más cohibidos*”), a su vez, esto hace alusión al rol desempeñado, y da cuenta de la *percepción social* por parte del colectivo en cuestión, quienes a través de su discurso se plantean como agentes receptores de conductas excluyentes, ante las cuales adoptarían una actitud pasiva, debido al grado de daño ocasionado.

Además, se refleja una connotación *negativa* en el discurso, pues la discriminación se manifestaría no sólo en forma de exclusión, sino acarrearía consecuencias negativas para quienes son receptores de ésta, como la pérdida o disminución de las habilidades necesarias para la vida en sociedad, y el afectar personalmente al individuo en cuanto a la percepción que tiene de sí mismo/a, y de sus capacidades como persona, basándose en la opinión de “los sanos” respecto a ellos/as, quienes en contraposición internalizarían un rol de “enfermos”.

Diagrama 1: *Tendencias presentes en el discurso del colectivo de investigación respecto al Concepto de discriminación*



La categorización presentada se puede comprobar mediante un tercer fragmento que manifiesta la presencia de los tres principales elementos del discurso de los/as entrevistados/as:

“No integrar a la sociedad como personas normales a los que tienen este diagnóstico po, como que los limitan” (PB4)

En primer lugar, el concepto discriminación es asociado directamente a las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico; esto se hace cargo de la incógnita planteada desde el marco teórico respecto a la denominación de *discriminación*, en contraposición con el concepto de *anomia*, dando cuenta de la identificación de una identidad como minoría, manteniendo una relación de conflicto con la “mayoría”.

Además, es intrínseca la connotación negativa, ya que se manifiesta que el colectivo identificado no es integrado, no es considerado parte de la sociedad; este elemento alude al *prejuicio* que identifica el colectivo, como componente afectivo en que se valora negativamente a las personas con diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente, lleva añadido el sentimiento que genera dicha situación de exclusión, que, tal como en el caso anterior, dice relación con la restricción que experimentan por parte de los/as otros/as, los límites que piensan les son impuestos, impidiendo su desarrollo.

1.2. Elemento emergente de análisis: Tipos de discriminación

Se presenta una clasificación del concepto discriminación, afirmando un entrevistado que según su experiencia ha logrado distinguir dos tipos de *actitudes* discriminadoras.

“Hay dos tipos, una violenta, así “no, usted no puede pasar”, y una que es socavada, que es “ah, el pobrecito, está en el Salvador”, y no somos pobrecitos, somos personas que nos descompensamos si no tomamos remedios” (V1)

Se desprende de la clasificación que existen dos tipos de discriminación, es decir, dos tipos de *conductas*: la primera es violenta, directa y restrictiva; la segunda es soterrada, y dice relación con un sentimiento de lástima o sensibilización (extrema, de manera negativa) hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico, viéndolos como víctimas.

Cabe destacar que en esta clasificación se repite el patrón descrito anteriormente, es decir, asocia discriminación a las personas con diagnóstico psiquiátrico, y además, se recalca el hecho de que ambas formas de discriminación identificadas son negativas, la primera asociada con agresividad y anulación, y la segunda con la figura de la persona como víctima, receptora de la compasión de estos/as otros/as.

2. Segundo Objetivo específico: Experiencias de discriminación en el Ámbito Laboral

“Describir y analizar los significados que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación en el ámbito laboral”

2.1. Ámbito laboral

2.1.1. Hechos de discriminación experimentados en el ámbito laboral.

Se dan en este ámbito variadas situaciones, debiendo aclarar que, de forma no intencionada, el discurso de los/as participantes se dirigió hacia sus *experiencias de trabajo formal*, existiendo sólo un caso de una persona que da cuenta de su experiencia como trabajador independiente.

Los hechos que las personas participantes identifican como discriminatorias serán clasificados según momentos, entendiendo que la vida laboral consta de diferentes fases; en orden: el período precedente al desempeño laboral, la búsqueda laboral, el ejercicio laboral propiamente tal, y por último el fin del ejercicio laboral.

a. Hechos de discriminación identificados en la búsqueda laboral

Cuadro 1: Hechos de discriminación en la búsqueda laboral

Fragmentos	Situaciones en la Búsqueda laboral
<p>“Porque cuando yo iba a buscar trabajo por ejemplo, yo estoy titulada y todo eso, yo hice mi práctica y me sentía mal de repente y tenía como que esconder lo que tenía porque si uno decía lo que tenía como que no lo toleraban bien” (PB1)</p> <p>“Si uno pone pa’ un currículum que tiene problemas de tipo psíquico, va a ser rechazado inmediatamente del trabajo” (V1)</p>	<p>Ocultar la enfermedad para conseguir el puesto laboral.</p>
<p>“Me preguntó si es que acaso tenía depresión o algo así, pero yo no estaba amargada ese día, estaba bien, no sé cómo se habrá dado cuenta, y yo así pensé en mentir, pero ahí pensé “no po, si miento, capaz que después me pillen y quedo como mentirosa y es peor”</p>	<p>Reprobación tests psicológicos y/o entrevistas.</p>

<p>entonces tuve que decir que sí, pero que tomaba pastillas y que estaba bien po y puse cara así de estar bien (risas) y la señora vino y me miró feo así y no sé... me tiró como dos comentarios irónicos y yo no le dije na' la miré no más y después así me despachó" (V2)</p> <p>"Una vez entregué un currículum en la farmacia Cruz Verde porque estaban necesitando gente y hacían tests psicológicos y yo no quedé, no quedé como para trabajar ahí..." (PB2)</p>	
<p>"En el momento en que yo soy directa y les digo que tomo medicamentos, que tengo pensión, ahora que tengo pensión, pero antes cuando yo les explicaba que tomaba medicamentos y que tenía un diagnóstico, no me daban la posibilidad de trabajo" (PB4)</p> <p>"Pensé en mentir, pero ahí pensé "no po, si miento, capaz que después me pillen y quedo como mentirosa y es peor" entonces tuve que decir que sí, pero que tomaba pastillas y que estaba bien po y puse cara así de estar bien (risas) y la señora vino y me miró feo así y no sé... me tiró como dos comentarios irónicos y yo no le dije na' la miré no más y después así me despachó" (V2)</p>	<p>Manifiestar la enfermedad.</p>

Como es posible distinguir en la tabla, se presentan tres situaciones durante la búsqueda de trabajo.

El **ocultar la enfermedad** al momento de postular a un puesto de trabajo es mencionado recurrentemente por los/as participantes, siendo para ellos/as una práctica común, que puede ser interpretada como una estrategia para conseguir el trabajo buscado.

Se evidencia mediante los relatos que esto podría deberse a experiencias pasadas, en que la reacción frente a la declaración de la información ha sido negativa, y por otra parte, ocultar debido a la predisposición a verse discriminado/a y por ende no conseguir el trabajo. Dicha predisposición puede encontrar sus fundamentos en una postura de auto discriminación por parte de quienes hayan sido diagnosticados/as con alguna patología psíquica, quienes tomarían como causa de su no contratación el sólo hecho de su enfermedad; o pudiera dar cuenta de un hecho clave y cierto: la existencia de criterios de empleabilidad, que serán desarrollados posteriormente.

Un segundo elemento relacionado a la búsqueda laboral es la **reprobación de tests psicológicos o entrevistas**; siendo este hecho de complicada resolución,

pues estos son mecanismos de selección: En estos casos la existencia de una patología de tipo psiquiátrica se encuentra presente y los tests tienen la función de pesquisar esto, siendo un caso similar el de las entrevistas de trabajo, en que se busca seleccionar, excluyendo a quienes no presenten el perfil deseado por la empresa. En ambos casos, como la nomenclatura lo indica, los puestos laborales son negados al momento de descubrir la existencia de una patología psiquiátrica.

El caso final representa una situación opuesta al primero revisado (ocultar enfermedad), y posee las mismas consecuencias que el segundo (reprobación tests o entrevistas): la persona es clara y **manifiesta que tiene un diagnóstico psiquiátrico**, ante lo cual la respuesta es la negación del trabajo. Se aprecia que en estos casos no sólo se manifiesta la información, sino también se explica a la persona receptora de la información la situación que dicha revelación implica (toma de medicamentos, encontrarse médicamente compensada/o en el momento de la entrevista, entre otros), existe la intención de buscar la comprensión mediante la entrega de información, como contraparte de la reacción que se predice acontecerá, obteniéndose de todas maneras una respuesta negativa.

b. Hechos de discriminación durante el ejercicio del trabajo

Cuadro 2: Hechos de discriminación durante el ejercicio laboral

Fragmentos	Situaciones durante el Ejercicio Laboral
<p>“Yo no quería contarles que tenía esta enfermedad, pero a veces me sentía tan mal, tan mal, de las alucinaciones y todo, que pedía permiso para ir a acostarme en la camioneta un rato, hasta que les tuve que contar que tenía una enfermedad, pero yo les dije que tenía depresión a mis compañeros de trabajo... bueno, ellos me dijeron “no nos <i>vai</i> a matar a todos”” (PB2)</p>	<p>Dificultad en la relación con compañeros/as</p>
<p>“Hasta la misma sra. X me ha dicho, y en el mismo frigorífico me decían, “soy lenta” (PB4)”</p> <p>“Me mandaban a hacer las cosas, me equivocaba una y mil veces, me decían es que no te puedes equivocar tantas veces, y yo me equivocaba en cosas comunes po” (PB1)</p>	<p>Bajo rendimiento en el Desempeño Laboral</p>
<p>“El que tenga que ir a buscar pastillas es algo en contra, porque</p>	

<p>ellos quieren que rinda más y yo no puedo hacerlo porque tengo que ir a buscar pastillas” (V3)</p> <p>“Ponían peros pa’ que yo fuera a mis controles, y todas esas cosas” (PB4)</p>	<p>Inconvenientes para el Retiro de medicamentos</p>
--	---

Una primera situación narrada, es acerca de las relaciones sociales propias del ámbito laboral, que son establecidas con los/as **compañeros/as** de labor.

La situación comentada deja al descubierto en primer lugar, la necesidad de, una vez conseguido el puesto, continuar ocultando (en el caso de que se haya hecho, como ocurre en el relato) la enfermedad si ya se hizo en un comienzo, lo que pudiera reflejar la inseguridad a compartir con los compañeros la enfermedad, y por otra parte, este hecho como la extensión del miedo de perder el puesto laboral.

Además, debido a las características propias de la enfermedad, como la toma de medicamentos y efectos secundarios, se dificulta la posibilidad de encubrir, generando presión en la persona, quien luego manifiesta tener un diagnóstico de salud mental, pero no el correspondiente, cambiándolo por uno de mayor “aceptación” social, debido al (supuesto) mayor grado de conocimiento que se tiene de la depresión, ante lo cual recibe una afirmación no sólo prejuiciosa frente a otras enfermedades psiquiátricas, sino prueba de un total desconocimiento de la enfermedad en cuestión, y también de una falta de comprensión de los/as compañeros/as de trabajo, frente a la confesión del compañero, considerando además el contexto en que se vio en la obligación de decirlo.

Luego, existen relatos de **desempeño laboral**, en que se presenta un bajo rendimiento en el ejercicio del trabajo, lo cual es recriminado a las personas por sus empleadores/as, quienes en estos casos específicos (representantes de los demás discursos analizados), son atribuidos a la lentitud con el que se realizan las funciones y con la dificultad para desempeñarlas, traducidas en errores en su ejercicio, no obstante lo anterior, las personas involucradas reconocen en este caso los errores.

Considerando los factores anteriormente expuestos, ocurridos durante la búsqueda y el ejercicio laboral, es que se puede afirmar que estas falencias en el desempeño laboral se ven condicionadas por factores como la presión que sienten las personas al ocultar la enfermedad, y por otra parte de manifestarla y ser esto motivo de desequilibrio en las relaciones con los/as compañeros/as, y la presión propia de sentir que por el bajo rendimiento que encara quien empleó, puede acaecer la pérdida del trabajo.

Por último, si bien se mencionan los controles médicos, se hablará del **retiro de medicamentos**, pues es un compromiso que se debe cumplir mensualmente, a diferencia de los controles con el/la doctor/a, que puede ser más distanciado en tiempo.

El retiro de medicamentos es una necesidad para las personas que tienen un diagnóstico psiquiátrico, no sólo porque es parte fundamental de su tratamiento, sino porque se debe respetar la fecha que han asignado, pues existe la posibilidad de desabastecimiento de la farmacia, lo cual provocaría un desfase en la continuidad del tratamiento.

Se deduce que para los/as empleadores/as, la realización de este trámite médico significa un permiso laboral, y por tanto esto podría significar la pérdida de horas laborales, pero resulta incomprensible al pensar que deberán ser luego compensadas bien en forma monetaria, mediante el descuento de sueldo, bien en horas extra trabajadas, bien disminución de días del período de vacaciones. Es además una contradicción, pues el retiro de medicamentos es una actividad necesaria e importante para la compensación y buena calidad de vida de los/as “pacientes”, y por tanto un punto clave para un desempeño laboral favorable.

c. Hechos de discriminación al momento del egreso del trabajo

Para esta etapa del desarrollo laboral, se presentan como principales situaciones la salida del trabajo, sea voluntaria o involuntariamente, y una situación que dice relación con el tratamiento de la enfermedad.

Cuadro 3: Hechos de discriminación en la salida del trabajo

Fragmentos	Causas de cese del trabajo
<p>“Me despidieron por bajo rendimiento, por necesidades de la empresa, ahí de parte del gerente general eehh no quería darme tiempo pa’ ir a mis controles, había que hacer turnos de noche, y yo los hacía y la doctora me decía que yo no tenía que hacer turnos de noche” (PB4)</p>	<p>Despido</p>
<p>“Me estresaba mucho el trabajo (...) y ahí no aguanté más y le dije que no podía seguir, así que renuncié al trabajo” (PB9)</p>	<p>Renuncia</p>
<p>“Me dio otra crisis y esa crisis digamos me recomendaron que vaya al médico, que vieran la cantidad de problemas que tengo yo y ahí como que me despidieron y me pagaron la indemnización (...) ellos consideraron que yo no era apto para el trabajo” (PB9)</p> <p>“Conocía a una amiga ahí, una polola, me recomendó, estuve ahí, pude estar poco tiempo, porque ahí caí hospitalizado el 2007” (V5)</p>	<p>Descompensación</p>

En primer lugar se encuentra la salida involuntaria del lugar de trabajo a causa del **despido**, el cual se fundamenta en el hecho revisado anteriormente: bajo rendimiento. Se pueden identificar dos categorías de hechos durante el ejercicio del trabajo que conducen finalmente a la desvinculación laboral por voluntad de los/as empleadores/as; el *desempeño laboral*, representado en el bajo rendimiento que se señala anteriormente, acarrea consigo la insatisfacción de la empresa con la persona, y por tanto su despido; y por otra parte se refleja la *presión experimentada* por la persona ante la exigencia de la empresa, quien por no perder el puesto laboral realiza turnos de noche, en contra del consejo del médico; asimismo, el retiro de medicamentos se presenta como una problemática en la relación empleador/a – trabajador/a.

Como otra alternativa, se presenta el abandono voluntario del puesto laboral, la **renuncia**, que tiene como justificación principalmente la tensión experimentada por las condiciones de trabajo que han sido mencionadas anteriormente: presión por rendimiento, lo cual queda de manifiesto con la frase “*me estresaba mucho el trabajo*”.

El caso final dice directa relación con la enfermedad: la **descompensación** puede ocurrir por variadas causas, a inferir: discontinuación o desequilibrio del tratamiento farmacológico debido a horario de trabajo o al deseo de ocultar la enfermedad, entre otros; la presión sentida, la urgencia por aumentar el rendimiento; situaciones familiares o vitales colindantes; etcétera; convirtiéndose en un hecho que puede conducir a la desvinculación del trabajo por cualquier de las vías mencionadas con antelación, por parte de la propia persona, o por parte de los/as empleadores/as.

d. Experiencias positivas en el área laboral

Cabe destacar que no todas las experiencias relatadas tienen un componente negativo, existiendo también las **Experiencias positivas en el área laboral**.

“Yo no he tenido problemas afortunadamente, porque yo, ahora último antes de entrar acá, trabajé en tres partes distintas como jornalero, operario de barracas y nochero y no tuve problemas” (PB5)

En este primer caso, se presenta una trayectoria laboral que no se ha visto alterada por la enfermedad, en cuanto a discontinuidad, ni a la declaración de problemas anexos, como los que se han expuesto en las páginas precedentes; además, la persona involucrada se ha desempeñado en distintas ocupaciones, desempeñándolas sin problema.

“Me han tratado de ayudar más, para conseguir mercadería o cosas para vender” (V1)

Este fragmento da cuenta del caso mencionado cuando se comenzó el tema laboral, respecto al desempeño como trabajador/a independiente. Como se puede apreciar, esta persona da cuenta de un hecho de **discriminación positiva**, en tanto cuanto se ve beneficiada, puesto que le es facilitado el hecho de que tenga medios para realizar su trabajo, con la salvedad de que no es que un suceso que se haya presentado en los casos de mercado laboral formal, no constituye una constante (y

en el supuesto de que la constituyera, se debería evaluar su impacto como medida de apoyo laboral).

2.1.2. Significados asignados a los hechos de discriminación

Las experiencias negativas en el ámbito laboral, tienen para las personas con diagnóstico psiquiátrico participantes de este estudio los siguientes significados:

Cuadro 4: Significados negativos asignados a experiencias de discriminación

Fragmento	Significado
“Lloraba y me daba pena, me mandaban a hacer las cosas, me equivocaba una y mil veces” (PB1)	Pena
“Presión, presión psicológica, no me podía levantar en las mañanas y todo el día y que tenía que llegar a la hora” (PB1)	Presión
“Me da pena, me frustra” (PB4) “Siento mal po, fome porque no te podi desempeñar como persona...” (PB6)	Frustración
“Me siento, digamos, como... no sé como definirlo, como un inútil de repente, o sea, en el buen sentido de la palabra sí, sin pensar en que estoy útil como para realizar algún trabajo en la sociedad” (PB9)	Sentimiento de inutilidad

Por su parte, las *experiencias positivas*, influyen de manera favorable en la persona, quien asocia a éstas los siguientes significados:

Cuadro 5: Significados positivos asignados a experiencias de discriminación laboral

Fragmento	Significado
“Yo puedo hacer bien las cosas, si yo puedo... si yo puedo hacer bien las cosas, si cuando me pongo las pilas hago bien las cosas” (PB2)	Reconocimiento de capacidades

<p>“Es algo favorable, porque lo que yo pienso hacer después de esto es buscar trabajo, tengo la posibilidad de que me den trabajo y no perderlo” (PB5)</p>	<p>Confianza</p>
---	-------------------------

Vale la pena mencionar, que estos significados no dan cuenta sólo de experiencias de discriminación positiva, sino también de personas que no se han sentido discriminados en el ámbito laboral, lo cual demuestra que no existe predisposición cierta para que las personas con diagnóstico psiquiátrico no puedan desempeñar un oficio.

2.1.3. Consecuencias de las experiencias de discriminación

Como se puede inferir, los hechos de discriminación anteriormente descritos acarrear consigo repercusiones que afectan principalmente a la persona en cuestión; dentro de éstas, en el ámbito laboral, se pueden diferenciar entre consecuencias en el ámbito económico, social y personal:

Cuadro 6: Consecuencias negativas asociadas a experiencias de discriminación laboral

Dimensión	Fragmento	Consecuencia negativa
Económica	“El no tener ingresos” (PB6)	Falta de ingresos propios.
Social	“No ser autosuficiente, tener que depender de otras personas, yo en este momento lo único que tengo de ingreso para mi es mi pensión, nada más” (PB6)”	Dependencia de terceros.
Personal	“Me veo muy cohibido, me siento como cohibido ante los demás, me siento como aparte, porque no soy digno po, no llevo una, no he logrado hacer florecer mi dignidad (...) yo pienso que	Baja autoestima

	una persona sin trabajo no demuestra dignidad, no demuestra como le dijera armonía” (PB7)	
--	---	--

Como se describió anteriormente, no todas las experiencias laborales de las personas con diagnóstico psiquiátrico tienen una connotación negativa, por lo tanto es importante rescatar:

Cuadro 7: Consecuencias positivas asociadas a experiencias de discriminación laboral

Dimensión	Fragmento	Consecuencia negativa
Económica	“Puedo aportar económicamente para mi subsistencia” (PB5)	Autonomía económica.
Social	“Querer estudiar de nuevo” (PB4)	Aspiración de capacitación
Personal	“Demostrar con hechos que yo soy competente po” (PB2)	Deseo de superación

2.1.3.1 Elemento Emergente: Consecuencia de la discriminación en el ámbito laboral.

Se percibe la existencia de una consecuencia no declarada: el *Cese de la búsqueda de trabajo*. Las principales razones extraídas del discurso de los/as participantes dicen relación con:

- *Diagnóstico Psiquiátrico (Enfermedad)*, argumentando que éste es un impedimento para realizar esta actividad, debido a la toma de medicamentos, a la falta de habilidades, a la posibilidad de una descompensación, lo que prueba un fuerte elemento de auto estigmatización.

“No he trabajado, las veces que trabajé fue antes de enfermarme” (V4)

- *Miedo al fracaso*, relacionado principalmente con la frustración ante la negativa a la solicitud de empleo, y con la creencia de falta de capacidades y/o conocimientos para realizar algún oficio.

“No es como que tenga una discapacidad o algo para hacerlo, pero como te digo los conocimientos como que se me han acabado y tendría que volver a actualizar” (PB9)

- *Pensión*, se advierte que la posesión de alguna pensión asistencial significa para los/as participantes la solvencia económica necesaria para ellos/as en algunos casos, aceptando el monto de ésta como único ingreso sin mayores complicaciones, por otra parte existe la creencia de que pensión y trabajo son excluyentes, por lo tanto si tuvieran trabajo perderían ese beneficio, lo cual es errado.

“Aquí la mayoría están acostumbrados a vivir de la pensión, ¿por qué? Porque si, voy a hablar como si tuviera yo la pensión “si encontráramos un trabajo, perderíamos la pensión, más vale pájaro en mano que cien volando”” (PB8)

2.2 Reflexión Final respecto a las Experiencias de Discriminación en el Ámbito Laboral

Para concluir, se puede vislumbrar que existen, en general, tres niveles de respuesta, de actitudes de los/as participantes de este estudio frente al tema laboral, a saber:

- El *deseo y la búsqueda constante de trabajo*, que se materializa no sólo en la entrega de currículum, en la búsqueda de ofertas laborales en distintos medios, sino también en la búsqueda e inscripción en cursos de capacitación, de aprendizaje de oficios, etcétera.

*“Todos los días, una vez al mes, presentar currículum, presenté en muchas partes, era de leer el diario, la Radio Portales, la municipalidad y nunca me llamaban (...) No me lo dan, no me dan trabajo señorita María Paz, verdad, si yo estuve como mucho tiempo buscando trabajo lo pasé muy mal.” (PB4)**

- *Intención de trabajar*, pero aprehensiones relacionadas a la incertidumbre de no conseguir trabajo, al miedo de fracasar, de no poseer las capacidades suficientes, o de efectos relacionados con el tratamiento.

“Tengo mi currículum listo, pero en este momento como que no me siento capacitado, como que, como te digo los conocimientos no están enfocados a eso” (PB9)

- *Nula intención de trabajar*, por aceptación y conformidad con la pensión percibida, o el sostenimiento familiar o de otros/as; por la negación ante o la dificultad para cumplir responsabilidades (horarias, tareas, funciones, etcétera), entre otros.

“Ese como, ese bajón que se da... me dan ganas de pasar todo el día durmiendo (...) no existe la motivación, ahí me quedo” (PB8)

3. Tercer Objetivo Específico: Experiencias de discriminación con Grupos primarios

“Caracterizar y analizar los significados que las personas con diagnóstico psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación presentes en la relación con los grupos primarios a los que pertenecen”

Desde el discurso de los/as participantes de esta investigación emergen dos categorías principales, a saber: Familia y Amigos/as.

3.1 Grupos primarios: Familia

a. Hechos de discriminación al interior del grupo familiar

Se recabó información respecto a la presencia o no de experiencias discriminatorias al interior de la familia, de lo cual se puede rescatar lo siguiente:

Cuadro 8: Hechos de discriminación al interior de la familia

Hecho negativo	Fragmento	Forma
Desvinculación	“En mi familia, por ejemplo, lo veo, porque a mi me dejan a un lado, siempre me han dejado a un lado” (PB7)	Alejamiento
	“Me dice [Refiriéndose a su familia] (desde) que yo empecé a estar en el hogar “ <i>tenis</i> que estar en el hogar” no me llaman, no me ayudan económicamente eh eh ¡no me ayudan po! No me llaman por teléfono, no me van a ver” (PB4)	Abandono

Sobreprotección	<p>“Mi hermana tuvo un problema con él, no yo, sino que mi hermana estaba ella con el médico y dijo que el médico y la enfermera habían sido muy autoritarios, así que ella se molestó y me cambió al médico” (PB5)</p> <p>“Dije a mi mamá que quería hablar con Lisete, para encontrar trabajo (...) aquí cerquita, por último medio día hacer algo distinto, me dijo que no porque el hecho de estar ya con la enfermedad y estar con medicamentos, me dijo no te van a dejar trabajar (...) Mi mamá, entonces me dijo es como cuando <i>estai</i> en la cárcel, ya <i>estai</i> como con una ficha, como marca’o... entonces no sé po.” (PB6)</p>	Anular
	<p>“Mi tía, traía una centrífuga yo de la casa porque se echó a perder, mucho tiempo que estaba mala, así que la fueron a arreglar... “no te vayan a robar la centrífuga, no se te vaya a caer la centrífuga” eso es discriminación po, ella lo hace sin querer, pero cree que yo estoy tonto” (V1)</p>	Subestimar

<p>Ocultar enfermedad</p>	<p>“A mi mamá, igual que a mi, le daba vergüenza decir que yo tenía esquizofrenia” (V5)</p> <p>“Ahí dije, no voy a decir nada de mi enfermedad, que mi mamá me decía “no lo digas, no lo digas”” (PB1)</p>	<p>Esconder el diagnóstico a terceros</p>
<p>Malos tratos</p>	<p>“Me echaba de la casa, no me dejaba bañarme (...) tenía que andar en las casas pa’ que me dieran alimento, andaba todo cochino, no me dejaba lavar la ropa” (PB2)</p> <p>“La convivencia personal choca con el entorno familiar, encontrando sentimientos de hostilidad hacia y desde los padres o hermanos, encontrando por ejemplo los útiles de comida y agua sucios y contaminados”</p>	<p>Físicos</p>
	<p>“Se pone como a tirarme cosas en la cara, por ejemplo, no sé po, que yo traté de buscar un trabajo y no me resultó porque en todas partes me discriminaron, así horriblemente, entonces como que se pone a tirarme eso en la cara, así como “ay no tienes trabajo... ¡que pena! “ (...) “no has</p>	<p>Psicológicos</p>

	encontrado trabajo... ¡que pena!, ¡que lástima!” (V2)	
--	---	--

Existen diferentes formas, algunas más pasivas que otras, de discriminar negativamente a una persona con diagnóstico psiquiátrico al interior de su familia.

En primer lugar se plantea que puede existir una *desvinculación* por parte de algunos/as familiares, que puede adoptar la forma de *alejamiento*, o bien de *abandono* propiamente tal; entendiendo el primero como un distanciamiento, manteniendo aún contactos insípidos o bien reuniones familiares amplias, sin lograr tener una relación de contacto; y al segundo como la renuncia a las relaciones, como se describe en dicho caso, en que el contacto se pierde por completo, aunque sea intencionado o buscado por la persona en cuestión.

En ambos casos la persona “afectada” no tiene la voluntad de desvincularse de su grupo familiar, por lo tanto se ven gravemente afectados por dicha situación, como se podrá comprobar en las consecuencias. Por otra parte, esta desvinculación tiene su punto de comprobación, en el hecho de que ambas personas de las cuales fueron extraídos los fragmentos viven en hogares protegidos, no en el hogar familiar.

Luego, se dan (varios) casos de *sobreprotección*, que incluso es declarada abiertamente por una de las participantes de este estudio, y que se ve manifestado en *anular* a la persona, como se observa en el caso de la hermana que no consulta a la persona si deseaba ésta cambiarse de doctor, tomando la decisión arbitrariamente; y en el *subestimar* las capacidades de la persona, al pensar que no puede, o que necesita ayuda para realizar acciones, en este caso tan simple como trasladar una centrífuga.

Se puede asociar que esta sobreprotección, esta urgencia por cuidar de la persona con diagnóstico psiquiátrico facilita, contribuye, sino promueve la internalización de un rol pasivo.

Nuevamente, ahora por parte del grupo familiar, se presenta la categoría de “*Ocultar la enfermedad*”, se podría pensar que es utilizada ciertamente como estrategia, pero en este caso para evitar las consecuencias que se cree podría tener el que familia, las amistades, sociedad en general, se enteraran del diagnóstico de su familiar. Se puede suponer además, que si la persona vive en este contexto, fue socializada de esta manera, ocultando la enfermedad - recordando el planteamiento del interaccionismo simbólico, que afirma que el aprendizaje de los significados que adquirimos son resultado de la interacción social, especialmente de los grupos, y del

rol que la persona desempeñe en éstos - por lo tanto es probable que la persona tenga fuertemente enraizada la costumbre de ocultar la enfermedad, en este caso, normalizando la situación, enfrentando varias situaciones de la vida social con esta estrategia.

Finalmente, los hechos que dicen directa relación con el *trato* que le es dado a la persona con diagnóstico psiquiátrico, que en el primer caso son malos *tratos físicos* claramente, un trato vejatorio hacia la persona, manifestado en actos de abandono, de prohibición de alimento, techo, aseo, y cercenando con estos los derechos y la dignidad de quien debió pasar dicha situación. Por otra parte, se presenta el herir la sensibilidad de la persona como una forma de *maltrato psicológico*; en este caso en particular recordando a la persona el fracaso que ha tenido en una búsqueda que para ésta es importante, a sabiendas del daño que puede ocasionar, y con un tono de lástima, como si se compadeciera a la persona.

Por el contrario, se presentan hechos positivos en la relación con la familia:

Cuadro 9: Hechos positivos al interior de la familia

Hecho positivo	Fragmento
Comprensión	“Tengo mis hijos que me adoran (...) el fin de semana, cuando fui donde ellos, estaba almorzando con tiritones y me dijo ¿papá tienes frío, qué te pasa? Y yo le dije, no son efectos secundarios de las pastillas... asintió no más con la cabeza, así como “yo entiendo ya”” (PB9)
Integración	“O sea, en mi familia, más tienden a favorecer a la persona, porque como yo estoy con el diagnóstico, tratan de simpatizar con los enfermos mentales” (PB5)
Aceptación	“No, no ninguna, al contrario me siento aceptado por mi familia” (V4) “No he sido discriminado... mi hermano me dice que yo soy inteligente, que a veces hasta lo hago lesa (ríe)” (V5)

Si se observa el hecho descrito que destaca la *comprensión* familiar como algo positivo, se puede vislumbrar que éste dice relación directa con el conocimiento

de la enfermedad que tenga el grupo familiar, como en este caso, ya que el conocer acerca de la experiencia del padre es un factor facilitador para el entendimiento.

Luego, asociado a la comprensión también, la experiencia de empatía por parte de la familia, quien mediante el incentivo para que la persona mantenga relaciones sociales, promueve la *integración* de ésta a grupos de amistad, de apoyo, ya teniendo el área familiar cubierta.

Finalmente se presentan casos en los que las personas no se sienten discriminados por sus familias, y por el contrario, se sienten *aceptados/as* por sus miembros, lo cual promueve relaciones de horizontalidad, como se visualiza en el segundo caso, en que no se disminuye a la persona atribuyendo a ésta una menor capacidad intelectual, por ejemplo, que la que tiene.

b. Significados asignados a las experiencias de discriminación al interior de la familia

Se otorga gran importancia al ámbito familiar, teniendo la discriminación significados agudos para quienes experimentan esta situación.

Cuadro 10: Significados negativos asignados a la discriminación al interior de la familia

Fragmentos	Significado
<p>“Dolor po, dolor... yo no sé porqué lo tuvieron que hacer o por qué me lo están haciendo todavía porque los tíos que tengo yo que ya son de edad igual me siguen apartando del resto de la gente, del resto de la familia...” (PB7)</p> <p>“Estaba súper mal... mal, mal, mal, mal... estaba súper mal, me sentía súper mal, los remedios no hacían efecto” (PB2)</p>	<p>Sentimiento de Dolor</p>
<p>“Que no puedo obligarlos a hacer las cosas que yo quiero que hagan para mi (...) por ejemplo, si quiero abrazar a mi mamá y ella no quiere, no la puedo obligar” (V3)</p>	<p>Sentimiento de incapacidad de cambiar la situación familiar</p>

<p>“Primero tienen que conocer, porque si no conocen no van a poder tener una opinión, tienen una opinión difusa” (V1)</p>	<p>Desconocimiento de la enfermedad</p>
<p>“Es terrible porque son tus parientes más directos los que te discriminan po (...) La integración, claro, lo primero es la familia, y después la sociedad po” (V1)</p>	<p>Experiencias de discriminación familiar como condicionantes para el desempeño social</p>

Como se puede apreciar, los significados que las personas con diagnóstico psiquiátrico asignan a sus experiencias de discriminación en el ámbito familiar son profundos, de ahí que se le asigne una importancia crucial para la vida de la persona, como es posible notar mediante el fragmento asociado a las experiencias de discriminación familiar como condicionantes para el desempeño social, en la cual la persona refiere que la principal fuente para su integración social es la familia, por ende, se infiere que si ese aspecto se encuentra débil se dificulta, para ellos/as, la posibilidad de la integración en la sociedad en general.

Cuadro 11: Significados positivos de las experiencias al interior de la familia

<p>Fragmentos</p>	<p>Significado</p>
<p>“Sabén cómo soy yo y saben el problema que tengo, ¿entiende? Saben cómo soy po” (PB6)</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad</p>
<p>“Importante, importante, porque ellos se lo merecen todo, y han hecho lo imposible para que salga adelante yo” (PB9)</p> <p>“Es algo positivo, en todo sentido de la palabra” (V4)</p>	<p>Familia como pilar fundamental para el desempeño social/Apoyo</p>
<p>“Nada, que es normal” (PB6)</p>	<p>Normalidad de la no discriminación al interior de la familia</p>

En oposición a los significados negativos, se presentan varios factores importantes que es necesario destacar. En primer lugar, existe un sentimiento por

parte de la persona de que su familia conoce la enfermedad, y – más importante aún – conoce a la persona en sí, lo cual de luces de una diferenciación persona – enfermedad.

Otro aspecto a destacar es el hecho de que se le atribuya el significado de normalidad a la experiencia de que la familia no discrimine a la persona, siendo por un lado muy importante y destacable este hecho, pero por otro puede ser puesto en tela de duda al haber ya revisado otras experiencias en que esta situación no es la regla.

a. Consecuencias asignadas a las experiencias de discriminación al interior de la familia

Cuadro 12: Consecuencias negativas de las experiencias de discriminación al interior de la familia

Dimensión	Fragmento	Forma
Personal	“Baja autoestima yo creo, yo creo que tiene que ver mucho con el autoestima” (V1)	Baja autoestima
	“Que siempre voy a seguir así no más po, que no voy a tener oportunidades de salir adelante como yo quiero” (PB7)	Subestimación (aprendida) de las capacidades
Familiar	“La realidad no más po y saber cómo son ellos, de hecho ya los conozco y no tienen ningún interés hacia mi” (PB4)	Alejamiento recíproco
	“Que yo no les tenga ningún cariño, y les tengo mala, y pa’ mi son así como que no sé po, son como la señora de la micro o no sé po, son como cualquier persona no más po,	

	me dan lo mismo” (V2)	
Vínculo Social	“Acercarme más a la religión también, porque me tranquiliza y me ayuda a enfrentar los problemas que tengo con mi familia” (V3)	Búsqueda de Redes de apoyo

Las **consecuencias positivas** de las experiencias en el ámbito familiar fueron identificadas como aceptación para la promoción de una mejor convivencia:

“Estamos siendo aprobados, no estamos rechazados (...) entonces contribuye a que nosotros nos relacionemos bien así, llevemos una armonía” (PB5)

Y, como consecuencia personal contraria a la baja autoestima y la subestimación (aprendida) de las capacidades, la **tranquilidad**:

“Buena, porque puedo vivir tranquilo con esa no discriminación” (PB9)

3.1.1 Elementos emergentes en relación al ámbito familiar

Se presenta un fenómeno interesante en términos de que no estaba contemplada su aparición durante esta investigación.

Existen personas que no se sienten, ni consideran que han sido discriminadas por sus familias, pero, al contrario de lo que se podría pensar, encuentran que esto no es algo positivo, ¿la razón?

“Como tengo un diagnóstico, y no me están discriminando, me están viendo como una persona sin diagnóstico y eso lo considero un error (...) te exigen cosas que tú, precisamente por el tratamiento, no puedes hacer, entonces si no te ven con el diagnóstico, quiere decir que no te comprenden” (PB8)

La persona en cuestión fue consultada respecto a qué se refería más precisamente, respecto a la exigencia de cosas que – según su apreciación – “no podía hacer”; emergiendo luego una declaración similar por parte de otra persona, quien afirma más directamente:

“Que de repente abuse un poco de ello (...) por estar así con la enfermedad eh... me aproveche de la situación ¿me entendi? (...) que me regaloneen o no sé (...) No me mandi a limpiar o a ordenar porque me da flojera de sólo pensar” (PB6)

Finalmente todo esto decanta en el uso de la situación de “enfermo/a” para librarse de aportar en las tareas del hogar (o trabajo, entre otras), por lo cual, según estas personas, se debe diferenciar entre “nosotros” y “ellos/as”.

Para finalizar, vale la pena preguntarse si las familias de las personas participantes estarán al tanto de las situaciones que sus hijos/as, hermanos/as, en fin, parientes, consideran como discriminatorias, puesto que cabe la posibilidad de que, al no ser expresado, se convierta en un patrón, y sea normalizado por todos/as los/as miembros del grupo familiar.

3.2 Grupos primarios: Experiencias de discriminación desde Amigos/as

“Bueno, prácticamente no tengo muchos amigos” (PB9)

Este fragmento cumple la función de ilustrar el panorama que se presenta en este estudio al momento de preguntar por experiencias con amigos/as.

En muy pocos casos se dieron relatos alusivos a las amistades, siendo el hilo conductor en relación a los grupos primarios las experiencias familiares.

Por otra parte, los casos en que sí se refirieron relatos, éstos fueron negativos, por lo que se omitirá en este segmento la experiencia positiva, y cambiará un tanto el formato de presentación, mostrándose los fragmentos escogidos, siendo éstos luego seccionados, mediante el uso de **negrita**, para dar cuenta del punto que se quiere lograr.

A continuación, se presenta la categorización de los fragmentos presentados:

a. Hechos de discriminación desde las amistades

Cuadro 13: Hechos discriminatorios por parte del círculo de amistades

Fragmento	Hecho discriminatorio
<p><i>“Dicen que tú te haci, que deje los remedios, que estai normal y es como súper duro po, porque no sabis que hacer po, estuve una semana, dos semanas sin tomarme los remedios, y después me descompensé totalmente” (PB1)</i></p> <p><i>“Lo que me sucede a mi en general es que a mi mis amigos no me creen que estoy enfermo, y me dicen “no tomi más pastillas, porque las pastillas te van a volver loco, te van a enfermar mucho más”, dicen que no me están haciendo bien, eso es una parte discriminatoria, porque ellos no entienden, no saben, porque yo cuando estoy en alucinaciones, ellos no están ahí, soy yo el que las siento” (V1)</i></p>	<p>Cuestionamiento del diagnóstico psiquiátrico</p>
<p><i>“Dicen que tú te haci, que deje los remedios, que estai normal y es como súper duro po, porque no sabis que hacer po, estuve una semana, dos semanas sin tomarme los remedios, y después me descompensé totalmente” (PB1)</i></p> <p><i>“Lo que me sucede a mi en general es que a mi mis amigos no me creen que estoy enfermo, y me dicen “no tomi más pastillas, porque las pastillas te van a volver loco, te van a enfermar mucho más”, dicen que no me están haciendo bien, eso es una parte discriminatoria, porque ellos no entienden, no saben, porque yo cuando estoy en alucinaciones,</i></p>	<p>Incentivo a dejar el tratamiento</p>

<p><i>ellos no están ahí, soy yo el que las siento” (V1)</i></p>	
<p><i>“Lo que me sucede a mi en general es que a mi mis amigos no me creen que estoy enfermo, y me dicen “no tomi más pastillas, porque las pastillas te van a volver loco, te van a enfermar mucho más”, dicen que no me están haciendo bien, eso es una parte discriminatoria, porque ellos no entienden, no saben, porque yo cuando estoy en alucinaciones, ellos no están ahí, soy yo el que las siento” (V1)</i></p>	<p>Falta de conocimiento/ Incomprensión</p>
<p><i>“Lo que me sucede a mi en general es que a mi mis amigos no me creen que estoy enfermo, y me dicen “no tomi más pastillas, porque las pastillas te van a volver loco, te van a enfermar mucho más”, dicen que no me están haciendo bien, eso es una parte discriminatoria, porque ellos no entienden, no saben, porque yo cuando estoy en alucinaciones, ellos no están ahí, soy yo el que las siento” (V1)</i></p> <p><i>“Empecé a tomar pastillas y a ir al psiquiatra y supieron en el colegio eso, mis compañeros, los profesores y todo, ahí encuentro que algunas personas, la mayoría de las personas así me empezaron a tratar distinto (...) tenía en total como unas 5, 6 amigas más o menos, algunas más amigas y otras menos, pero después me quedó una sola, las demás nunca más así me hablaron ni nada, no me pescaron más” (V2)</i></p>	<p>Alejamiento</p>

Como se puede apreciar en la mayoría de los discursos, un hecho común en relación a las amistades es el **cuestionamiento del diagnóstico psiquiátrico**, brindándole el beneficio de la duda a la persona involucrada, y poniendo en tela de juicio la opinión del equipo de salud.

Estrechamente relacionado con lo anterior, se da cuenta de que los/as amigos/as, motivados por esta incredulidad ante la enfermedad diagnosticada, **incentivan a la persona a dejar el tratamiento farmacológico**, llegando incluso a decir que los medicamentos afectarían a la persona.

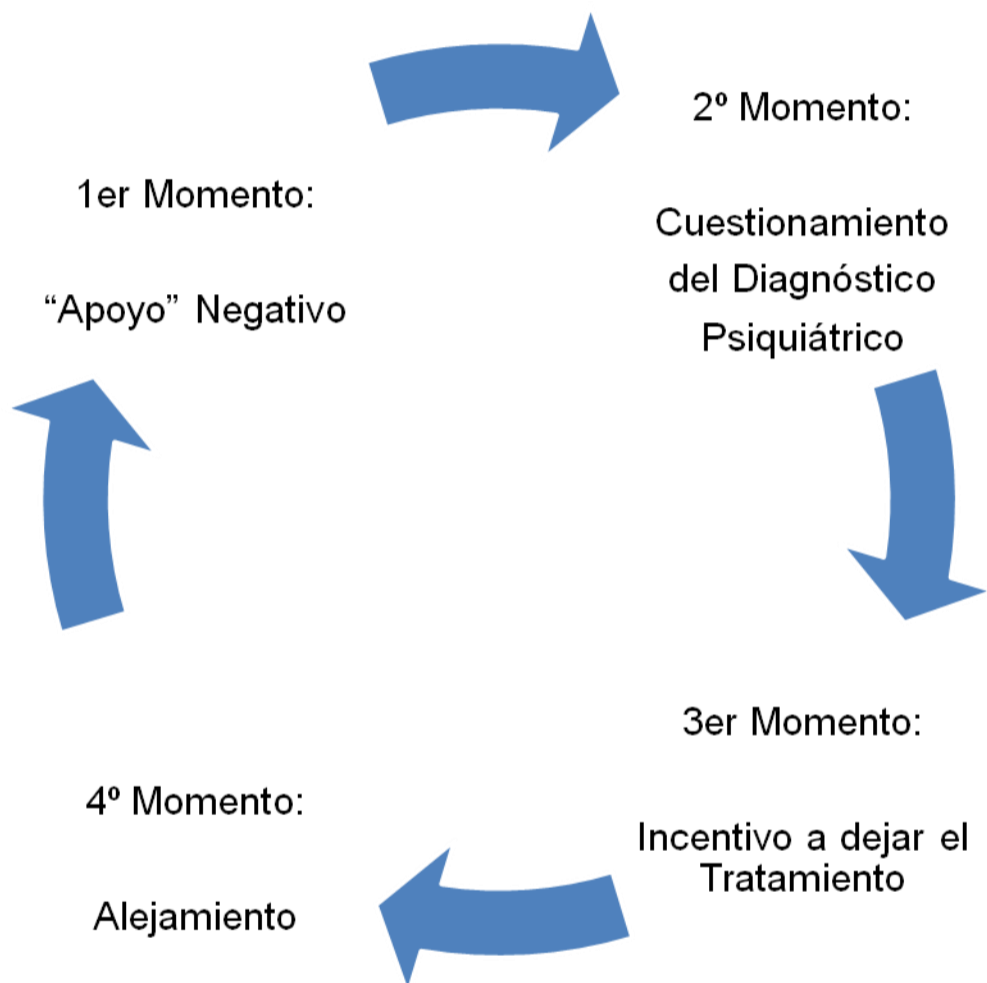
Estos hechos demuestran una **falta de conocimiento** importante por parte de las amistades respecto a la situación de salud de la persona, quienes dirigen sus consejos desde el sentido común, lo que a su vez da a conocer la **incomprensión** de la que son receptoras las personas de estos/as amigos/as, que no dan cuenta de que, como toda enfermedad crónica, el cese del tratamiento trae consecuencias.

Finalmente, los hechos descritos producen un **alejamiento** de la persona con su amigo/a, luego de notar que los consejos no son los más eficientes, ni favorables.

Debido a que estos hechos se dan en fases, es que se afirma que existe un ciclo en el proceso de discriminación por parte de los/as amigos/as: en un primer momento existe una especie de apoyo, aunque este adopta más bien un carácter negativo, luego, se dan fenómenos como el cuestionamiento del diagnóstico y el consecuente incentivo a dejar el tratamiento y un último momento en que hay un alejamiento; bien porque debido a escuchar y adoptar los consejos recibidos (abandono del tratamiento) se provoca una descompensación; bien porque el carácter de las relaciones se debilita a causa de los sentimientos generados por las experiencias descritas.

A continuación, se presenta el diagrama del ciclo de la discriminación en las relaciones de amistad, descrito en el párrafo anterior.

Diagrama 2: Diagrama del ciclo de la discriminación en las relaciones de amistad



b. Significados asignados a la experiencia de discriminación por parte de amigos/as

El *significado* primero que todo es compartido, en segundo lugar es negativo, y se expresa en el sentimiento de **dolor**.

“Me duele, me duele, me duele y en las noches lloro, es fome po”

Lo cual es posible comprender ya que se está hablando de relaciones de amistad, es decir, de relaciones cercanas en que se supone valores como la sinceridad, la preocupación mutua y la comprensión tienen primacía, por tanto la consideración como red de apoyo informal, que actúe en casos de que otros espacios de apoyo (como por ejemplo, la familia) no fueran suficientes.

c. Consecuencias asociadas a las experiencias de discriminación en el ámbito de relaciones de amistad

La consecuencia declarada, que a su vez explica la premisa de que el círculo de amistades no se manifiesta tan amplio, es la **indiferencia**.

“Antes me importaba, ahora ya me dan lo mismo, total no los quiero pa’ na” (V2)

Esta consecuencia se puede definir como agravante del problema, puesto que al no importar mantener relaciones de amistad, se dificulta el establecimiento de relaciones sociales, y por ende se complejiza la integración.

Además, se debe destacar el hecho de que como amigos/as se haga referencia en la mayoría de los casos a “personas sanas”, es decir, a quienes no han sido diagnosticados con alguna patología de orden psiquiátrica, lo cual deja la interrogante respecto a las relaciones que se establecen entre personas con diagnóstico psiquiátrico, como los/as mismos/as participantes de Bresky.

4. Cuarto Objetivo Específico: Experiencias de discriminación en la Atención en el área Salud

“Describir y analizar los significados que las personas con diagnóstico de psiquiátrico severo, participantes de la Corporación Bresky, otorgan a sus experiencias de discriminación en la atención en el área salud”.

a. Hechos de discriminación como usuarios/as en la Atención en Salud

Las experiencias consideradas de discriminación por parte de los/as participantes en el ámbito de atención en salud, se registran casi exclusivamente con el personal médico y paramédico, hecho interesante que no compete abarcar a este Seminario, pero que no deja de ser llamativo, principalmente puesto que esto trae consecuencias para los/as profesionales de las áreas de las ciencias sociales, particularmente a los/as trabajadores/as sociales.

Cuadro 14: Hechos discriminatorios como usuarios/as en la Atención en Salud

Hecho	Fragmento	Forma
Atención insuficiente	“Que mucho tiempo yo estoy pidiéndole que me atienda y que me baje las dosis de Demeril y no me atiende, desde septiembre del año pasado y me dice “no, si eso lo tiene que ver la doctora, lo tiene que ver la doctora” y así pasa y sucede y no me atienden” (PB4)	Falta de atención por parte del/la psiquiatra
	“La atención por lo menos en mi caso no ha sido tan mala, lo que sí es que tengo médicos como muy distanciados ahora, hace como tres meses se demoran en consultorio digamos de verme, por eso en mi familia me deja con	Atención muy distanciada en el tiempo con el/la psiquiatra

	un psiquiatra particular para que me vea” (PB9)	
Estigmatización por parte del personal	“Por ejemplo también, otra cosa vejatoria cuando caí al Hospital, tenía una costra acá [<i>indica su brazo</i>], y el paramédico me dijo “¿esas te las <i>hacis</i> tú?” o sea ellos creen que todos los que llegan ahí traen un estado de locura y de agresividad y eso no es así” (PB8)	Percepción de creencia de mitos por parte del personal respecto de los/as “pacientes”
Problemas de comunicación	“He tenido buenas atenciones y malas atenciones, por eso me cambié de psiquiatra la otra vez, porque no me gustó el psiquiatra, porque no me escuchó, porque no pude decirle <i>na'</i> , y me llenó de recetas <i>altiro</i> y me echó <i>altiro pa'</i> fuera, estaría apurado no sé po, pero ese no es problema mío po, el doctor tiene que media hora atenderte, en cambio con el doctor que me ve ahora, con él yo me llevo bien po” (V1)	Médico No Escucha
	“Tampoco se preocupan de uno, a no ser que te den los medicamentos, nada más, y te mandan pa' la casa y te, al mes siguiente vuelta a conversar con ellos, y vuelta a darte los medicamentos, pero no te preguntan cómo te <i>sentís</i> , o cómo estás de	Médico No Pregunta

	ánimo, porque puede que si uno llegue alicaído, no le van a preguntar “oye, ¿por qué <i>estai</i> alicaído?” (V4)	
--	---	--

Si bien – debido a la metodología de investigación seleccionada – no es un antecedente a destacar el número de veces que un relato se registró, es relevante subrayar que en el ámbito de la atención en salud los discursos de la gran mayoría de las personas apuntaban hacia una situación (o varias situaciones) negativas en la relación con el personal médico y paramédico. No obstante esto, y dentro de la línea que sigue este Seminario, es importante, más aún tomando en cuenta lo declarado recientemente, resaltar que sí existieron ocasiones en que hubo conformidad con la atención recibida, las cuales se destacarán a continuación.

En cuanto a *experiencias positivas en la atención en salud*, primordialmente dicen relación con la situación contraria a la descrita en la tabla anterior, considerándose positiva la **empatía** y la **buena comunicación**; y se puede resumir en el siguiente fragmento:

“Dije ¡esta es una buena doctora!, porque me escucha y... a pesar que no tenga la razón, pero sigue ahí escuchándome y amén, amén, amén po” (PB1)

Como se puede apreciar, el factor comunicación es clave para que las personas sientan que están recibiendo una buena atención en salud, y les de confianza necesaria para compartir sus cuestionamientos, comentarios, “a pesar de que no tengan la razón”.

b. Significados de las experiencias de discriminación en la Atención en Salud

Cuadro 15: Significados negativos asociados a las experiencias discriminatorias en la Atención en Salud

Fragmento	Significado
<i>“A veces digo “no tendrá interés de saber de mí” a lo mejor me encuentra que estoy bien con los medicamentos que estoy, a lo mejor ha leído mi ficha clínica y de repente no le interesa lo mío” (PB4)</i>	Falta de interés del/la psiquiatra/Percepción de la atención como un trámite

<p><i>“Siempre me da rabia po, y los reto” (V2)</i></p>	<p>Rabia</p>
<p><i>“Son importantes porque yo creo que el médico debe estar en conexión con el paciente, sobretodo un psiquiatra, no es lo mismo un cirujano, cuando un cirujano te abre, te opera y se acabó la pega, en cambio, si no teni una empatía con tu paciente o estai muy ocupado no lo atendís mejor po, excúsate que vengan otro día, cambia la hora” (V1)</i></p>	<p>Inconformidad respecto a la relación con el/la psiquiatra/Requerimiento de empatía</p>

A través del primer fragmento es posible diferenciar dos cosas, por una parte, se manifiesta la creencia del colectivo de que existe una falta de interés del/la profesional psiquiatra por el/la “paciente” como persona, lo que lleva a lo segundo que es la visión de la atención como un trámite en la cual hay preponderancia por los medicamentos y la ficha clínica, pasando la persona a un segundo plano.

En el segundo fragmento se expresa la rabia, la frustración sentida, que finalmente produce una reacción, por lo que se confronta al psiquiatra como “responsable” de la mejoría de la persona.

En último lugar, inconformidad de la relación entre el profesional con “el/la paciente”, debido a que esta relación influye profundamente en la persona que recibirá la atención, y por tanto espera un poco de dedicación, afirmando que si el médico no se encuentra con una disponibilidad considerable, es incluso mejor que no haya atención alguna; por cierto, cabe destacar que las razones atribuidas a estos problemas de trato dicen relación con la demanda del/la psiquiatra, de si “están muy ocupados”.

También se declaran *significados positivos*, esencialmente personales:

“Es favorable para mi ánimo, y para mi, digamos para llevarme yo, o sea, me hace sentirme bien yo” (PB5)

Una buena atención en salud, sin experiencias discriminatorias de por medio, trae beneficios personales para quien se atiende, como la mejoría de ánimo, sentirse bien.

“Es importante porque le puedo contar las cosas y he solucionado varias cosas porque he pedido ayuda con el fin de estar mucho mejor” (PB2)

Este fragmento denota la importancia que se le asigna al/la psiquiatra en la resolución de problemáticas, sintiéndose las personas con diagnóstico psiquiátrico con la posibilidad de obtener ayuda, y el sentimiento de apoyo para superar situaciones problemáticas, ligado esto al sentimiento de ganas de mejoría, de querer “estar mucho mejor”

c. Consecuencias de las experiencias de discriminación como usuarios/as en la Atención en Salud

Cuadro 16: Consecuencias negativas de las experiencias discriminatorias en la Atención en Salud

Consecuencia negativa	Fragmento
Influencia negativa en el tratamiento/ Incertidumbre personal/Proyección limitada	“Últimamente estoy durmiendo mal , que yo noto que me dan sueño los medicamentos ¡y no saber si estoy bien o mal po! Y no saber cómo proyectarme hacia el futuro ” (PB4)
	“Porque de partida debería saber cómo estoy con la disminución de la pastilla , y eso no lo va a saber en tres meses más po (...) Ahora me he sentido un poco extraño , porque la risperidona no sé para lo que es, pero me he calmado un poco“(V4)
Incredulidad hacia tratamiento y profesional/Abandono tratamiento	“Te <i>frustrai</i> cuando te atienden mal, al menos a mi me pasa (...) no creís en el tratamiento po, lo dejai botado, tú le crei al doctor ” (V1)
Cierre de comunicación	“No le iba a decir, porque yo soy súper cerrada, súper cerrada, entonces no se lo iba a decir, y me preguntaban, ¿pero tú

	sientes que sale leche por los pechos? Y yo le decía “no” pero por decirle, por inercia, por decirlo así, pero no me daba “a ver sabe qué voy a pensarlo, la otra vez sentí esto, sentí esto otro” no ¿cachai?” (PB1)
--	---

Al observar el cuadro se destaca la presencia de varios elementos comunes en los relatos de los/as sujetos de investigación; siendo el principal factor común la inseguridad: respecto a la situación actual que se está viviendo (Incertidumbre), respecto al futuro (Proyección limitada) y respecto a la efectividad y funcionamiento del tratamiento (Incredulidad).

Por otra parte, existen otras consecuencias relacionadas con el tratamiento, la primera dice relación con la influencia negativa que estos hechos tienen en el tratamiento, manifestados como síntomas físicos (“Estoy durmiendo mal, me he sentido un poco extraño”); y el referente o asociada a la incredulidad hacia el tratamiento: el abandono de tal.

Por último se manifiesta un caso en que la persona desiste, pierde el interés de contar sus síntomas, o formas de sentir al psiquiatra, dando como razón que no es una persona muy abierta en general, lo cual, de estar presente una buena comunicación recíproca entre “paciente” y psiquiatra, no debiera ocurrir.

Cuadro 17: Consecuencias positivas de las experiencias discriminatorias en la Atención en Salud

Consecuencia positiva	Fragmento
Experiencia para encontrar buen/a profesional	“Buenas po, porque me ayudaron a terminar a encontrar una doctora buena” (PB1)
Resultados positivos del tratamiento	“Cómo estoy ahora po... estoy bien, me siento con ánimo, ahora comparto más, antes no lo hacía eso yo, comparto más, antes yo pasaba solo” (PB2)
Impulso a cooperar con el tratamiento	“Cooperar con más ánimo en todo lo que estoy haciendo por recuperarme, por

	sanarme" (PB5)
--	----------------

Finalmente, al haber pasado por experiencias no tan favorables de atención en salud, las personas se sienten aliviadas de poder haber encontrado un/a buen/ profesional luego de todo lo vivido.

Superada esta etapa, y ya en los casos en que el/la psiquiatra eran considerados/as por las personas como buenos/as profesionales, tienden a destacar las mejorías que han tenido, los avances con el tratamiento y la situación actual en la que se encuentran como algo positivo; lo cual a su vez gatilla un impulso para cooperar con el tratamiento.

5. Temas emergentes

Durante la aplicación de instrumentos surgieron varias temáticas no contempladas para este estudio, las cuales forman parte importante del discurso de las personas con diagnóstico psiquiátrico y por tanto no sólo deben ser manifestadas, sino también pueden cumplir una doble función de algunos como posibles temas de investigación.

Cuadro 18: Presentación de los temas emergentes de la investigación

Título	Fragmentos	Comentarios de la estudiante seminarista
Reacción del colectivo ante su participación en el presente estudio	<p><i>“Para mí es como que tuvieran una atención hacia mí como paciente de psiquiatría, o sea que me siento atendido así, favorecido al ser consultado y creo que la entrevista es para bien mío y para, o sea, bien para usted también para su práctica, las dos cosas” (PB5)</i></p> <p><i>“Me parece bueno lo que hacen aquí en Bresky, y bueno lo que hacen aquí ustedes, digamos haciendo esta encuesta digamos” (PB9)</i></p>	<p>Llama la atención a la seminarista que suscribe, pues no se esperaba recibir tales comentarios; por otra parte, da cuenta de una realidad que se intentó reflejar además en el análisis: la necesidad de comunicar, no como nosotros/as y ellos/as, sino como toda persona que quiere ser escuchada, sumándole a esto que las personas participantes de esta investigación se ven sujetas día a día a situaciones discriminatorias por parte de todos/as nosotros/as, lo cual aumenta sus ganas de comunicar.</p> <p>Queda de manifiesto la necesidad de expresión de las personas con diagnóstico psiquiátrico, se hace un llamado a hacerse cargo de ésta, no sólo los/as profesionales, sino las personas y la sociedad en general.</p>
Rol de los/as Profesionales de las Ciencias Sociales	<p><i>“El problema es que quien no es paciente psiquiátrico, quien no ha tenido una depresión, quien no ha tenido un trastorno de la mente, solamente una persona</i></p>	<p>En contraposición a las opiniones vertidas respecto al personal médico y paramédico, se presenta a los/as profesionales de las Ciencias Sociales, particularmente del Trabajo Social, como agentes poseedores de la capacidad de empatía, tan buscada según los relatos anteriores, y de</p>

	<p><i>con mente muy amplia puede entender el problema, en tu caso, los asistentes sociales están preparados para eso” (V1)</i></p> <p><i>“Las personas, la gente como tú, sana como tú, que trabaja en trabajos sociales y esos trabajos así, no nos aísla porque son profesionales que nos comprenden, pero la gente que vive y que no trabaja dentro de los trabajos sociales o psicológicos, los mismos psicólogos no nos aíslan, pero las personas que son ajenas...” (V4)</i></p>	<p>comprensión frente a las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo cual es por una parte una tremenda responsabilidad, pero por otra una gran oportunidad.</p> <p>En la opinión personal de la estudiante seminarista, sería interesante ahondar en este punto en el que se nos plantea a los/as (futuros/as) profesionales de las Ciencias Sociales y del Trabajo Social en particular como “beneficiados” por una relación de mayor confianza.</p>
<p>Redes de Apoyo de las personas con diagnóstico psiquiátrico</p>	<p><i>“Gracias a Dios, me he refugiado hartito en la iglesia y eso me ha apoyado montones a salir arriba, y con eso he tratado y acá en la Corporación también y todo eso” (PB1)</i></p> <p><i>“Hacer radio es bonito, y hacer radio con pacientes psiquiátricos es más bonito todavía, porque hay veces que hablan y ni se les</i></p>	<p>Como bajo todos los contextos, la figura de las redes de apoyo aparece con gran fuerza en el discurso de las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo cual puede obedecer a varios puntos, siendo el primero de ellos la necesidad de pertenencia a un grupo humano u organizacional, pudiendo ser también en compensación de relaciones informales (familia, amigos/as, como ya se describió) no satisfactorias.</p> <p>Si se ve desde un punto práctico, las redes de apoyo formales, o las adscripciones a grupos específicos, pueden traer ventajas a la persona tales como apoyo, facilitar la búsqueda de servicios, orientación e información.</p>

	<p><i>entiende lo que hablan, pero ellos quieren estar, están pidiendo darle voz a los sin voz po” (V1)</i></p> <p>Corporación Bresky</p> <p><i>“Dar gracias que existe un corporación como esta que es sumamente importante para mí, que me ha servido bastante, ha sido de mucho, mucho provecho (...)uno aquí hace actividades, está haciendo cosas, las personas que trabajan aquí con muy buenas, nos ayudan bastante”</i></p>	<p>Pero sin duda el componente más importante es el que dice relación con la <i>integración social</i>, que las personas en general, y las personas con diagnóstico psiquiátrico en particular participen de instancias comunitarias, grupales, etcétera, promueve las relaciones en diversas esferas de la vida, lo cual repercute en sus habilidades sociales, y en el deseo de continuar participando de otras instancias.</p> <p>Según el pensar de la seminarista, las redes de apoyo no son sólo un tema a intervenir, como es tradicional en el Trabajo Social, sino es también necesario definir las falencias y fortalezas y poder dibujar, dentro de lo posible, un mapa de las relaciones, las interacciones sociales en las cuales la persona con diagnóstico psiquiátrico está inmerso, para así luego poder intervenir eficientemente, según las necesidades e intereses de los/as involucrados/as.</p> <p>Como se puede comprobar, la Corporación Bresky es un referente clave al momento de referirse a vínculos sociales y red de apoyo.</p> <p>En primer lugar un participante destaca la importancia de la realización de actividades, de la ocupación como forma provechosa de “terapia”, lo cual se incentiva como forma de rehabilitación e integración en forma innovadora; lo cual es reforzado por un participante que afirma</p>
--	--	--

	<p>(PB2)</p> <p><i>“La Corporación Bresky Valparaíso ha dado un enorme paso. ¿Por qué? Hay talleres de actividades manuales que son complementarios con los tratamientos terapéuticos clásicos, a los que puede optar el que lo desee, entonces parece que la recuperación sigue un curso más rápido y definitivo, y para los casos graves psiquiátricos es una vía más en sus tratamiento”</i></p> <p>(V6)</p> <p><i>“No po, no me han dado hora con ella [la doctora], aquí en la Bresky no más, que a veces hablo con don Antonio (...) Hablo con la señorita Lissete, la señorita Claudia a veces...”</i> (PB4)</p> <p><i>“Le pregunto a mis compañeros aquí de la Bresky, como te dije anteriormente, “¿cómo te sientes? ¿Por qué estás media tristoná, o por qué estás medio</i></p>	<p>que se brinda tratamiento complementario al médico, valorando a su vez las técnicas utilizadas como eficaces, motivando no sólo una “recuperación” más pronta, sino también con mayor proyección.</p> <p>Luego, se da cuenta de la importancia de la relación que es posible establecer con los/as miembros del equipo profesional y técnico, que para los/as participantes cobra relevancia al ser un espacio en el cual pueden acceder a una comunicación prácticamente horizontal, y manifestar sus sentimientos, experiencias, etc.</p> <p>Importante es la relación que se establece entre todos/as los/as participantes de la Bresky, donde se crean relaciones de compañerismo y se presta la oportunidad para comunicar y relacionarse entre todos/as, preocupándose los/as unos/as de los/as otros/as.</p> <p>Vale la pena rescatar el modelo de la Corporación Bresky, evaluar sus resultados en los objetivos planteados de rehabilitación e integración, y realizar un análisis de su organización como Centro Diurno, Club Social y Empresa Social, en relación a los dispositivos de Salud Mental existentes.</p>
--	--	--

	<p><i>tristón? ¿O por qué estás alicaído? ¡Arriba el ánimo!” como que lo entusiasmo a que se le levante el ánimo un poco para que no sigan tan bajoneados todo el día, eso...” (V4)</i></p>	
<p>Auto percepción como persona diferente</p>	<p><i>“Como que a todos los que tienen intereses de otras cosas, “no, no” los limitan, debe ser por el mismo hecho de que nosotros tenemos una vida diferente a los demás po” (PB4)</i></p> <p><i>“Yo pienso que las otras personas quieren imponer la voluntad de ellos, pero no sé si, pero ahí hay una cosa, porque no sé si es para implantar una disciplina o para implantar una, como le dijera, esto... ehhh... un modo de vida que les convenga a ellos po, ¿no?” (PB7)</i></p> <p><i>“Ahora en cuanto a si son diferentes las personas con discapacidad en relación a las personas que no la poseen, por supuesto que sí, porque esas personas no están con medicamentos, no están</i></p>	<p>La auto percepción de las personas con diagnóstico psiquiátrico da cuenta de su sentir y apreciación acerca de la vida que llevan, considerada disímil a la vida de “las demás personas”, por razones como la toma de medicamentos; una primera postura identificada debido a esta auto percepción es la de victimización, sintiéndose limitados por los/as demás; la segunda es una posición de conflicto con el entorno, en que existe una manifiesta oposición al comportamiento o creencias de estos/as otros/as; y por otra parte el asumir neutralmente que existen diferencias de vida, sin asignarle características negativas, sino entenderlo como un hecho que ocurre en la realidad.</p> <p>Debido a que la auto percepción es un proceso subjetivo de cada quien, sería interesante -al realizar una intervención- abordar esta temática, ya que por una parte se puede considerar como herramienta diagnóstica, y por otra se puede intentar dar cuenta de ésta, y – en caso de no ser satisfactoria para la persona – intentar que la auto percepción sea modificada, considerando que ésta puede tener efectos secundarios en aspectos personales como la autoestima y en aspectos sociales como la capacidad de relacionarse.</p>

	<i>con eso” (PB8)</i>	
Conciencia de enfermedad	<p><i>“Yo me siento sana, pero yo creo que debo tener una depresión mal cuidada no más, pero no que sea bipolaridad ni nada de eso, ni pa’ tomar remedios ni nada de eso” (PB1)</i></p> <p><i>“A mi me costó mucho reconocer que estaba enfermo, hace como cinco años que reconocí la enfermedad y en los otros 45 años pensé que estaba sano”(V6)</i></p>	<p>Si bien este es un concepto que se aborda desde los tratamientos médicos, resalta en un contexto terapéutico y comunitario, pues acarrea consigo la necesidad de hacer la diferenciación e hincapié en el hecho de que si bien existe una enfermedad, este no define a la persona, no es el “estado natural”, ni una característica esencial de ella.</p> <p>Éste es un dato a tener en consideración, no sólo como personas que realicen tareas de investigación y/o posible intervención, sino desde las relaciones establecidas con personas de diagnóstico psiquiátrico, pues – con la salvedad que se expresa en el análisis – es importante promoverla y cooperar a la reflexión acerca de la enfermedad en forma positiva.</p>
Relación de Pareja	<p><i>“Cuando fue el momento de tomar responsabilidades no las, no se responsabilizó por eso y constantemente me estaba dando a entender que yo tenía que tomar medicamentos... que me tenía que atender en El Salvador (...) me decía que los medicamentos me limitaban (...) en muchas cosas influyen en la relación sexual, en lo afectivo” (PB4)</i></p>	<p>En primer lugar se debe declarar que la relación de pareja es un tema recurrente entre los/as participantes de la investigación.</p> <p>Luego, las relaciones afectivas son complejas <i>per se</i>, por tanto se debe investigar las variables influyentes en la dificultad mencionada.</p> <p>Por su parte, la declaración de que los medicamentos afectan distintos ámbitos de la relación, es una hipótesis que pudiera ser despejada a través de un estudio.</p> <p>No existe suficiente información, ni al parecer se prioriza, el tema de relaciones afectivas en personas con diagnóstico psiquiátrico, por lo cual desde la</p>

		<p>perspectiva de la seminarista, se plantea como una interesante – y necesaria- área a estudiar.</p>
<p>Percepción de los/as participantes respecto de los Medios de comunicación</p>	<p><i>“¿Hasta qué punto llega la ignorancia de la gente? Uno es discriminado porque la prensa sensacionalista se ha dedicado a dejar muy mal parado lo que es una persona con un problema psiquiátrico, donde muestran personas violentas” (PB2)</i></p> <p><i>“Ya ves tú que es re fácil vender una noticia diciendo que un esquizofrénico mató a toda la familia” (PB8)</i></p>	<p>Los medios de comunicación aparecen como grandes protagonistas, debido a su capacidad de transmitir mensajes masivamente, además del gran impacto que causa en la opinión pública. Éstos son observados por los/as participantes del estudio como una fuente de propagación de una imagen negativa de las personas con diagnóstico psiquiátrico, lo cual puede ser comprobado mediante los ejemplos que brindan.</p> <p>Resulta interesante, pues visto desde otra arista, la comunicación social puede ser una gran herramienta para abordar la discriminación hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico y promover su erradicación contemplando la disminución (sino abolición) de la ligereza con la cual son declaradas las personas con diagnóstico psiquiátrico (agresivas, descontroladas, etcétera) como de la emisión de mensajes realistas que derriben mitos acerca de la enfermedad.</p>

Capítulo Quinto: Conclusiones y Hallazgos de Investigación



*Muestra de los trabajos realizados en el taller de Artesanía del Club Social
Bresky*

Introducción

El presente capítulo da cuenta de una síntesis del trabajo de investigación realizado, y de los conocimientos adquiridos debido a éste, siendo el principal aprendizaje logrado a través del desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados desde el diseño de investigación para este Seminario de Título.

Uno de los objetivos subyacentes de esta investigación es dar a conocer las situaciones de discriminación que cotidianamente viven las personas con diagnóstico psiquiátrico, sus historias y emociones, no con la finalidad de victimizarlos, sino por el contrario, para informar, acercar, sensibilizar y romper mitos.

Si bien no es objeto de este Seminario el emitir juicios de valor respecto a la información recogida, indefectiblemente produce reflexiones (y deseablemente reacciones) debido a la amplia gama de situaciones en las cuales una persona puede sentirse discriminada, sin muchos/as de nosotros/as darnos por enterado.

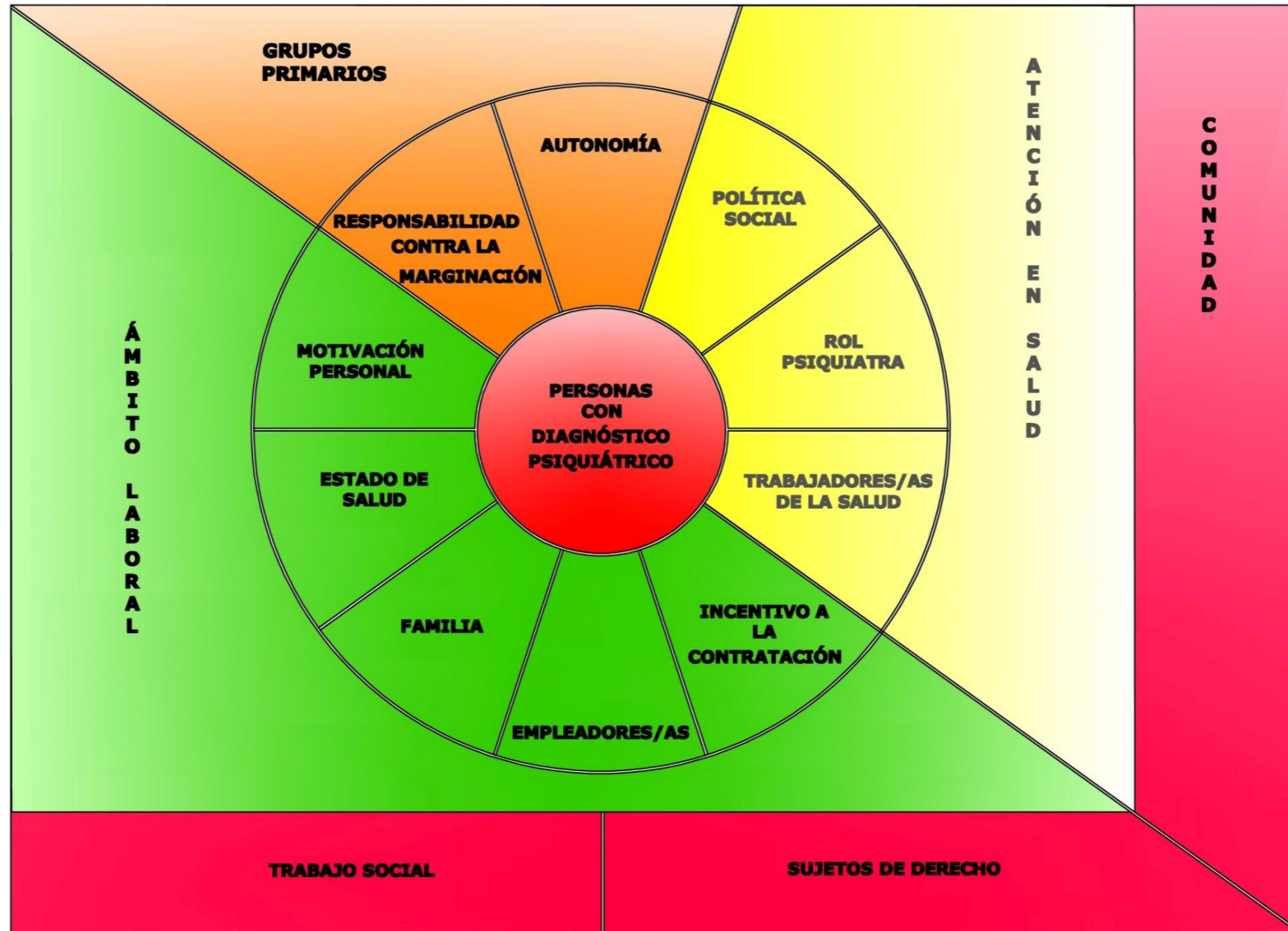
No se intenciona culpabilizar a ninguno de estos/as, puesto que no se avanza de forma alguna en el desarrollo de la sociedad con esta estrategia, sino se hace un llamado, una invitación a cada una de las personas involucradas a la reflexión y a la construcción de un cambio de lo que se han venido llamando los aspectos cognitivos (estereotipos), afectivos (prejuicios) y actitudes (discriminación) que excluyen (y fomentan la autoexclusión) a las personas con diagnóstico psiquiátrico.

Presentación

Lo que se pretende a lo largo de este capítulo es visibilizar las situaciones descritas, mediante el reconocimiento de los/as actores/actrices que participamos en la interacción social en la que se presentan hechos de discriminación, lo que conduce a situaciones de exclusión de las personas con diagnóstico psiquiátrico en las áreas abarcadas a través de este estudio, como son el trabajo, los grupos primarios y la atención en salud, convocando además a otros/as participantes que serán abordados en los hallazgos de investigación.

Para lograr este objetivo se hará uso de una ilustración que muestra el universo que conforman los/as participantes del proceso de cambio de actitudes discriminatorias hacia personas con diagnóstico psiquiátrico, en las áreas a las cuales se asocian y con las temáticas que les competen.

Ilustración 2: Participantes del proceso de cambio de actitudes discriminatorias hacia personas con diagnóstico psiquiátrico



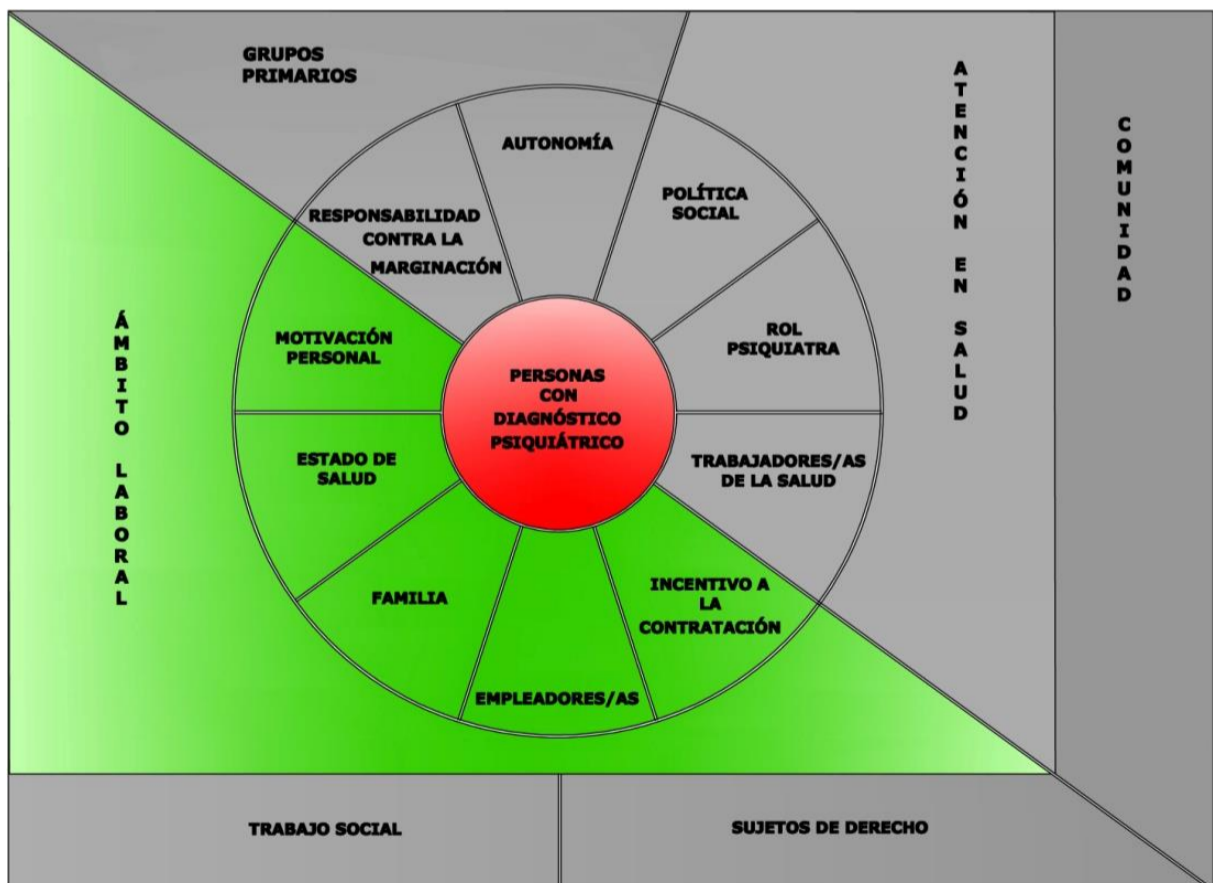
1. CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de la investigación, se enfocó la atención en tres ámbitos particulares de la vida de toda persona, recogiendo en este caso las vivencias de las personas con diagnóstico de salud mental, quienes dan cuenta – como ya se revisó en el capítulo de Análisis - de actitudes discriminatorias en varios de estos escenarios de la vida social. A continuación se presentarán las conclusiones y propuestas desde el Trabajo Social para cada uno de éstos.

1.1 Ámbito Laboral

Como se pudo conocer a través de los discursos del colectivo, asignan una gran valoración al acto de trabajar (lo cual es comprensible pues la gran mayoría de los/as participantes de la investigación se encuentra en edad productiva), siendo en muchos de los casos negada esta posibilidad de antemano, o complicándose el desempeño de éste, o finalmente dando término al compromiso laboral. De estas experiencias recogidas, es posible concluir que existen los siguientes factores a considerar en el ámbito laboral:

Ilustración 3: Factores a considerar ante la discriminación en el Ámbito Laboral



a. Motivación Personal para desempeñar un trabajo

Como se ha descubierto en el capítulo de Análisis, existen diferentes posturas respecto al desempeño de un trabajo, siendo para algunos/as una prioridad en sus vidas, pero para otros/as constituye una necesidad secundaria; esto dependerá, por cierto, de la situación socioeconómica de la persona y de sus intereses personales, encontrándose también muchos casos de personas que prefieren ocupaciones y/o actividades recreativas, más que un trabajo en sí; cabe destacar que en este aspecto es esencial el respeto a la voluntad de la personas. Es relevante aclarar que frecuentemente se cree el ingreso al mundo laboral como meta última de la rehabilitación, hecho que difiere de la realidad, puesto que dependerá de las motivaciones, desafíos y habilidades de cada persona.

Propuesta Objetivo de Intervención de Trabajo Social: Conocer las necesidades y motivaciones que tienen los/as participantes respecto del desempeño laboral, comprendiendo su percepción del trabajo.

b. Estado de Salud: Tratamiento Compatible con la Actividad Desempeñada

A través de los relatos se pudo dar cuenta de que el tratamiento farmacológico puede condicionar el desempeño de la persona en su puesto laboral, es por ello que se requiere de una coordinación con los/as profesionales involucrados/as en el tratamiento, para consultar respecto a los efectos secundarios de los medicamentos, evaluar las condiciones de trabajo (respecto a la jornada laboral, a la toma de medicamentos, etc.) y por último como apoyo necesario para el ejercicio de un trabajo.

Propuesta Objetivo de Intervención Equipo Interdisciplinario: Procurar la coordinación de los profesionales de la salud encargados del tratamiento farmacológico, y del equipo psicosocial de rehabilitación para la realización de un seguimiento del estado de salud de la persona, en relación a sus condiciones laborales.

c. Familia

La familia, como se vio, es un factor importante en la vida del colectivo, es por ello que la invitación es a formar parte del proceso laboral de la persona, mediante el apoyo a la iniciativa, el seguimiento del desempeño que la persona está teniendo, y – muy importante – la evaluación en conjunto respecto a cómo ésta se siente.

Propuesta Objetivo de Intervención de Trabajo Social: Propiciar la instalación de canales de comunicación que permitan al sistema familiar conocer, comprender y apoyar la iniciativa laboral de la persona.

d. Empleadores/as

Juegan un rol trascendental no sólo para el ingreso de la persona en el mundo laboral, sino en la evaluación diaria del desempeño, decidiendo por tanto el mantenimiento de la persona en su puesto laboral; el llamado es, en primer lugar, a *informarse* respecto la realidad y características de los diagnósticos psiquiátricos, para descubrir, sólo por poner un ejemplo, que éstos no afectan la inteligencia de la persona, y que no existen obstáculos que impidan a la persona desarrollar una ocupación; a la *concientización* cuando la persona se encuentre efectivamente desempeñando un trabajo, particularmente en lo que dice relación a los permisos para el retiro de medicamentos, actividad necesaria para mantener el bienestar de la persona, y a la compatibilidad de la jornada laboral (dependerá de cada persona, en esta investigación se da cuenta de que los/as participantes aspiran deseablemente a una jornada diurna), con el fin de evitar situaciones estresantes que pudieran provocar una descompensación; y a *derribar mitos*, principalmente en lo que concierne al agudo y permanente estado psicótico en que se encontrarían las personas con diagnóstico psiquiátrico, el cual la mayoría de las veces se encuentra ligado a la “peligrosidad” de éstas.

Propuesta Objetivo de Intervención de Trabajo Social: Promover el conocimiento de las patologías psiquiátricas por parte de empleadores/as, mediante la entrega de información, la sensibilización, concientización y desmitificación.

e. Incentivo a la Contratación

El Código del Trabajo en su artículo Tercero señala “*Son contrarios a los principios de las leyes laborales los actos de discriminación. Los actos de discriminación son las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en motivos de raza, color, sexo, edad, estado civil, sindicación, religión, opinión política, nacionalidad, ascendencia nacional u origen social, que tengan por objeto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación*”.⁴³

Como hemos visto, esta declaración en la realidad de las personas con diagnóstico psiquiátrico no se cumple, pues se ven expuestos cotidianamente al rechazo ante la postulación a un puesto de trabajo, a la dificultad para su mantenimiento, o bien a la pérdida de éste.

Desde la política social este tema se desarrolla en forma incipiente, y tiene su mayor representación mediante el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), a lo cual es necesario realizar dos alcances; en primer lugar, plantea desde un primer momento el asistencialismo por cuanto se plantea inmediatamente a la persona como discapacitada y por tanto, debe ser declarada como tal para conseguir ingresar al campo laboral, segundo, desde este organismo en el área del trabajo no se realiza una distinción entre estas “discapacidades”, por tanto puede hacerse alusión a discapacidad física, mental o psíquica, teniendo estos tres tipos características muy diferentes; por otra parte, en la realidad, según las experiencias que ha sido posible conocer tanto en la Corporación Bresky como en la Universidad de Valparaíso, la Oficina de Intermediación Laboral de la Quinta Región se encuentra superada en su capacidad, actuando principalmente como centro para la recolección de información.

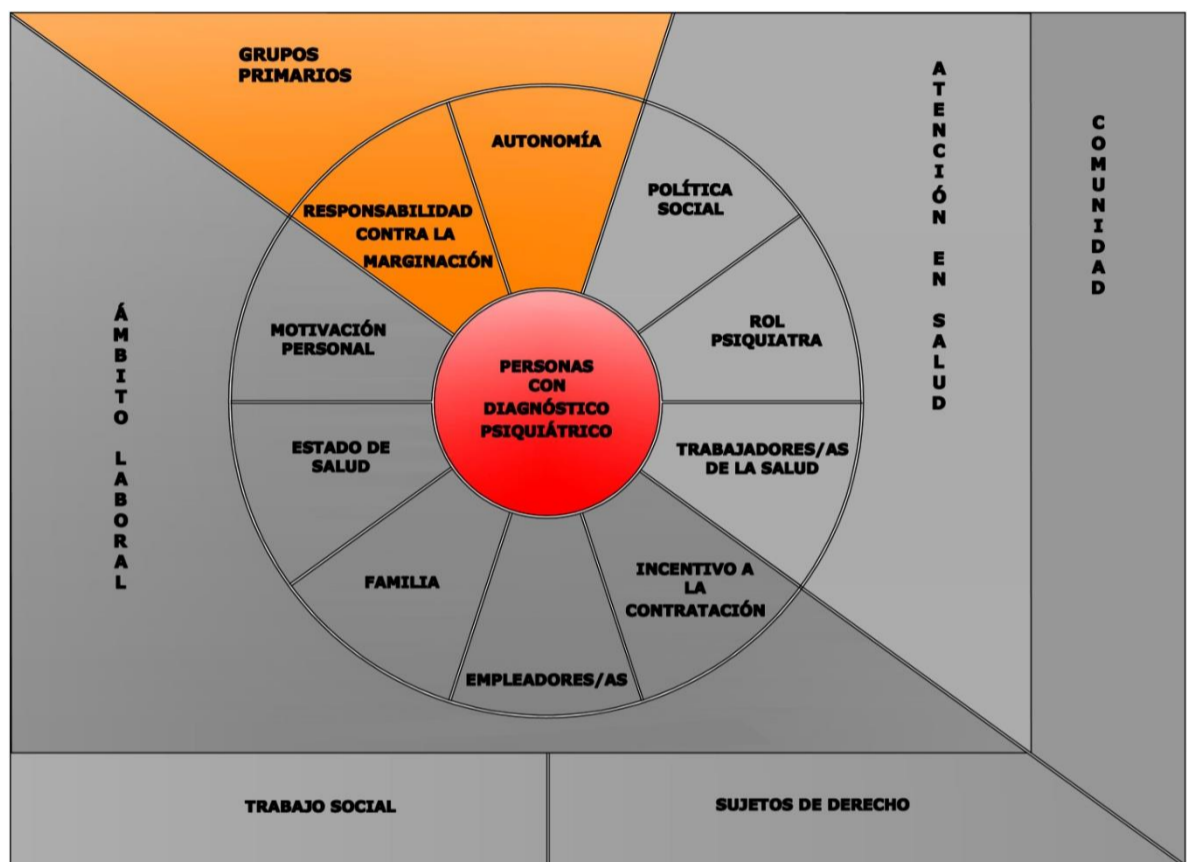
Propuesta Objetivo de Intervención desde la Política Social: Propender a generar desde la política social un *Incentivo a la contratación* que contribuya a facilitar el ingreso y mantenimiento en el puesto laboral a las personas con diagnóstico psiquiátrico, y por otra parte medidas que apoyen el *Fomento a la Empresa Social*, entendida esta como una instancia en que se beneficia directamente a las personas con diagnóstico psiquiátrico que allí se desempeñen, permitiendo además el desarrollo de esta iniciativa como agente productor de servicios o bienes que pueda ser proyectada en el tiempo.

⁴³ Código del Trabajo (2002)

1.2 Grupos Primarios

Guardan una importancia central en el proceso, puesto que desde el discurso de los/as participantes de la investigación constituyen el primer estadio de las relaciones sociales.

Ilustración 4: Grupos Primarios en el proceso de cambio de actitudes discriminatorias



a. Responsabilidad ante la marginación

La familia y los/as amigos/as pueden asumir un rol activo para el desarrollo de habilidades sociales, el mantenimiento de relaciones interpersonales, e incluso de red de contactos de la persona, es por ello que se debe incentivar a ésta a participar de las diversas instancias sociales, y apoyar dentro de las posibilidades, promoviendo las relaciones positivas tanto dentro de la familia como el grupo de amistades.

Propuesta Objetivo de Intervención de Trabajo Social: Incentivar al sistema familiar y de amistades a promover el establecimiento de relaciones sociales y de participación en actividades comunitarias.

b. Promover la Autonomía de la persona con diagnóstico psiquiátrico

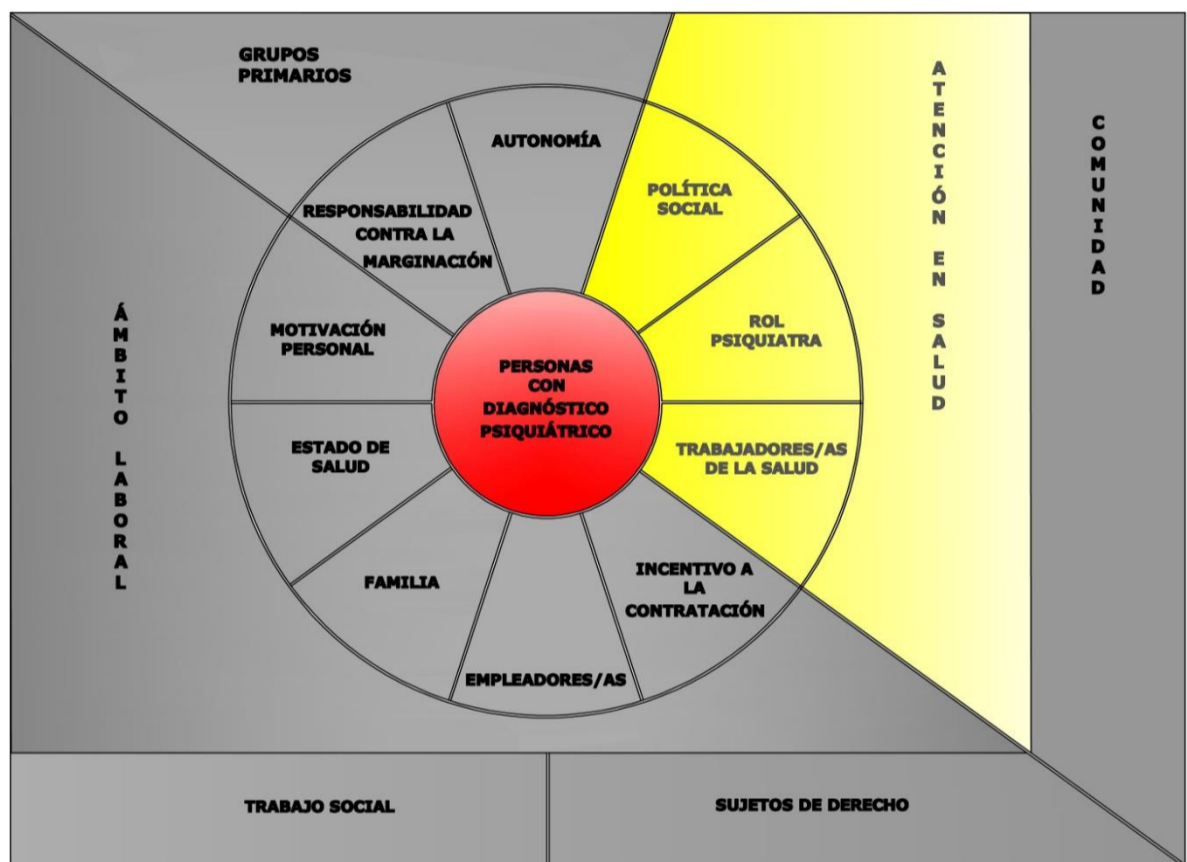
Si bien es cierto que la familia y los grupos de amigos/as cumplen un rol para todos/as importante, teniendo funciones como el cuidado, se pudo apreciar durante el Análisis que esto en algunos casos es malentendido, pasando al extremo de sobreproteger a la persona; es por esto que en la medida de lo posible, se debe brindar independencia a la persona con diagnóstico psiquiátrico, con el fin de colaborar en su desarrollo personal. Esto puede ser logrado mediante el establecimiento de límites familiares, que permitan definir cuáles serán las funciones y roles que cada uno desempeñará dentro de la familia, recordando a su vez que debe existir un clima familiar que no se centre exclusivamente en la persona con diagnóstico psiquiátrico, sino que dar lugar para que todos/as los miembros de la familia aporten y procurar evitar así el estrés familiar producido principalmente en el/la cuidador/a principal de la personas con diagnóstico psiquiátrico, rol que frecuentemente asumen las madres, factor que puede perjudicar el funcionamiento y la comunicación familiar.

Propuesta Objetivo de Intervención de Trabajo Social: Propiciar la instalación de la fijación de límites en el sistema familiar como temática relevante para el desempeño de roles de la persona con diagnóstico psiquiátrico.

1.3 Atención en Salud

Se presentaron en esta área bastantes relatos que hacen alusión al trato del equipo médico, es por eso que se hace necesario dilucidar algunas concepciones respecto a este ámbito.

Ilustración 5: Participantes del proceso de cambio de actitudes discriminatorias en el área salud



a. Política Social

Se abordaron desde el Marco Teórico los principios y cambios planteados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, lo cual puede ser contrastado mediante la información recabada durante esta investigación, en la cual se da cuenta que el modelo comunitario de Salud Mental no ha podido ser desarrollado a cabalidad, faltando aún mucho trabajo por hacer en cuanto al acercamiento de los servicios de psiquiatría a la comunidad, y al traspaso del modelo biomédico al biopsicosocial. Esto se observa claramente si notamos que aún las acciones en cuanto al ámbito de la Salud Mental se enfocan principalmente en el Tratamiento de éstas, teniendo incluso escasa prioridad la Rehabilitación de estas personas, lo cual ve manifiesto en el hecho de que no en todos los casos las personas vivan esta etapa, es decir, que luego de su (generalmente) hospitalización o control de brote, no accedan a alguna instancia de rehabilitación, como lo es un Centro Diurno de Salud Mental, en el contexto institucional de este Seminario en particular en un modelo no medicalizado como lo establece la Corporación Dr. Carlos Bresky.

Propuesta Objetivo de Intervención de Equipo Interdisciplinario: Promover la rehabilitación como un proceso necesario en el tratamiento de las patologías psiquiátricas, dando énfasis al rescate y aprendizaje de habilidades personales y sociales, acompañamiento terapéutico familiar e integración social.

b. Función Psiquiatra

Se pudo apreciar mediante varios de los relatos de los/as participantes que éstos/as esperan del psiquiatra orientación y una relación de mayor cercanía; en este sentido si bien es esencial una relación de respeto mutuo, es necesario aclarar que el/la psiquiatra es un/a médico, por tanto su función es brindar un servicio clínico, existiendo a su vez otros/as profesionales (del ámbito psicosocial, por ejemplo) que poseen mayores herramientas para suplir las necesidades de comunicación y/u orientación.

Propuesta Objetivo de Intervención de Trabajo Social: Informar respecto al rol del médico psiquiatra con el fin de esclarecer las funciones a desempeñar por él/ella, disminuyendo así las expectativas y frustración de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

c. Trabajadores/as de la Salud

Son actores/actrices fundamentales, en tanto cuanto tienen una relación directa con los/as participantes de esta investigación, es por esto que es necesario destacar su función y recordar la relevancia que estas personas asignan al trato y preocupación que estos dirijan; siendo por otra parte informantes claves del estado de salud de la persona al momento, por ejemplo, de reuniones clínicas; lo cual conduce también a la coordinación que el equipo de salud mantiene, a través del trabajo interdisciplinario, desde el cual cada una de las disciplinas debiera aportar su experticia para promover una atención integral.

Propuesta Objetivo de Intervención de Equipo Interdisciplinario: Generar espacios de reflexión, autocuidado y trabajo interdisciplinario entre profesionales y técnicos del equipo de salud, en los cuales se analice y evalúe continuamente el trabajo realizado, con énfasis en la persona usuaria.

2. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Persona como diagnóstico psiquiátrico: Actor/Actriz esencial

La persona con diagnóstico psiquiátrico en general **no se reconoció a sí mismo/a como un actor/actriz relevante**, lo cual difiere radicalmente con el pensamiento de la seminarista, quien considera que el cambio de actitudes discriminatorias comienza con una *aceptación personal*, destacando tres aspectos.

En primer lugar, las personas con diagnóstico psiquiátrico **forman parte de la sociedad**, no se encuentran fuera de ésta, por tanto deben cumplir roles sociales, como todos/as quienes participamos de ella.

Para lograr este fin es importante estimular lo que anteriormente fue llamado **diferenciación persona – enfermedad**; que en reunión sostenida con la sra. Juanita Bianchetti, quien ejerció como Asistente Social en el Hospital Psiquiátrico del Salvador y Académica de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, señaló, basada en fundamentos teóricos y su vasta experiencia en el tema, que se debe tener “en cuenta que todo enfermo mental es una persona marcadamente dividida por lo menos en dos partes: una parte psicótica activa y otra no psicótica (parte sana), esta última, capaz de mantener un control relativo de su personalidad y establecer contacto con el ambiente y con el terapeuta”, por lo tanto es de suma importancia potenciar el aspecto no psicótico para una mayor integración social⁴⁴.

Desde la Corporación Bresky este es un tema a trabajar mediante el Taller de Bienestar Psicológico, basado en el modelo de Carol Ryff, en el cual se abarcan las seis temáticas propuestas por la autora: Autoaceptación, Relaciones interpersonales, Autonomía, Dominio del entorno (abordado como control de situaciones, tanto estresantes como agradables), Proyecto de vida y Crecimiento Personal.

Ligado a lo anterior, se vuelve relevante no sólo impulsar la “conciencia de enfermedad” postulada desde el modelo biomédico, sino también una **conciencia de la persona como actor/actriz social**, lo cual es impulsado por la Corporación Bresky a través de la *ocupación* de la persona y el desempeño de actividades culturales, artísticas y sociales, en la cual es la persona la que construye, y asigna su autoría al trabajo que ha realizado y que luego expondrá, dándose también en muchas oportunidades creaciones colectivas.

⁴⁴ Bianchetti V. Juanita (1973)

2.2 Contexto Comunitario

Se hace desde el colectivo constante alusión a la comunidad como actriz en el sistema social, en algunas ocasiones como agente excluyente, es por esto que adquiere un rol principal, no como “personaje negativo”, sino como potencial para un mayor acercamiento mutuo, siendo de vital relevancia la **educación e información** por parte de la comunidad, y las estrategias como el desenvolvimiento de habilidades sociales por parte de las personas con diagnóstico psiquiátrico, con la finalidad de evitar la exclusión.

Otras instancias que operan dentro de la comunidad son los **grupos de apoyo** en los cuales la persona puede participar para facilitar la vinculación social, y para el intercambio de experiencias con personas que cuentan con características similares a las propias, generando un trabajo terapéutico grupal que puede incluso contar con el acompañamiento de familia y/o amigos/as, enriqueciendo aún más esta experiencia.

Un subtema que emerge directamente relacionado con la comunidad, es el símbolo revelado en esta investigación que dice relación con el **lenguaje**, particularmente la forma en que se denomina a las personas con diagnóstico psiquiátrico, pudiendo ser la abolición de estas nomenclaturas un primer paso para el cambio de actitudes hacia éstas personas, evitando dañar con adjetivos como “loco”, “desquiciado”, entre otros.

Una de las principales estrategias consideradas eficientes por la seminarista que suscribe dice relación con la **Comunicación Social**, debido al surgimiento de los medios de comunicación como transmisores de un mensaje cargado de estigma, pudiendo ser una herramienta importante para provocar un efecto contrario, que entregue información fidedigna y no estigmatizadora.

2.3 Persona con diagnóstico psiquiátrico: Sujeto de Derecho

En este ámbito se presentan figuras legales como los **Derechos Humanos** que declaran que *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*.

Ahora bien, existen esfuerzos en relación a la temática salud mental y legislación, como lo prueban la **ley 19.284 de Integración social de las personas con discapacidad**, sin embargo, se expresan aún deficiencias que pudieran ser zanjadas si existiera la voluntad política y se le diera a la Salud Mental la relevancia social para dicho propósito, poniendo como ejemplo el caso del “Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en la Atención de Salud”, cuya importancia radica en que considera explícita y específicamente a los/as “discapacitados/as mentales” como sujetos con derechos específicos en la atención en salud, por lo tanto, a pesar de que la ley establece medidas generales, precisa para estas personas algunos puntos como la capacidad para dar consentimiento respecto a decisiones que involucren su salud, integrando además medidas que buscan alcanzar el respeto a la dignidad de la persona y aportar a disminuir o en su defecto evitar la exclusión de las personas con diagnóstico de salud mental.

Este proyecto, que se empezó a tramitar el año 2001, fue luego archivado el 2006 por desacuerdos para su aprobación; posteriormente ingresa el mismo año al Congreso, es votado el 31 de julio del 2007, pero a falta de quórum respecto a algunos artículos regresó a la Comisión de Salud, quien debe preparar un nuevo informe⁴⁵; además este proyecto tiene urgencia simple, por lo cual no hay fecha estimada para su conversión en ley, cuando podría ser un gran aporte en términos de derechos de las personas con diagnóstico de salud mental.

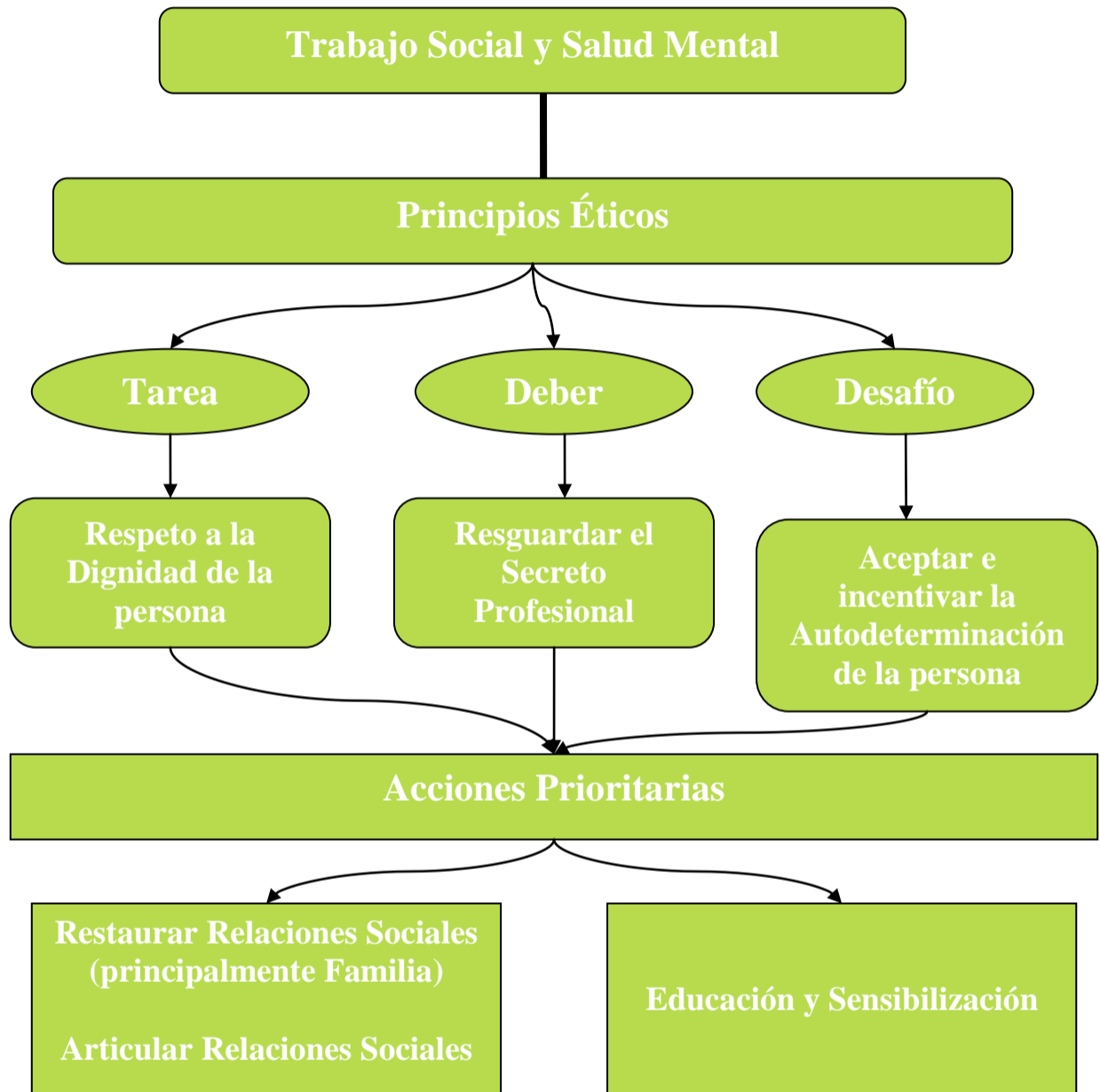
Se considera relevante esta área, puesto que gracias a ella se puede avanzar en la percepción de las personas con diagnóstico psiquiátrico como **sujetos de derechos**, promoviendo la creación de una legislación no discriminadora, que supere el asistencialismo y la visión de estas personas como “discapacitados/as”, aludiendo a que este término se asocia con la respectiva idea general de “limitado/a”.

⁴⁵ Biblioteca Congreso Nacional (2007)

3. REFLEXIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Desde la visión del colectivo de investigación se plantean desafíos y oportunidades para el Trabajo Social, que se resumen en lo siguiente:

Ilustración 6: *Trabajo Social; Aspectos a considerar para el trabajo en el área Salud Mental.*



a. Principios Éticos del Trabajo social

Desde el discurso de las personas con diagnóstico psiquiátrico participantes de esta investigación, se plantea al/la profesional Trabajador/a Social como empático/a y comprensivo respecto a las situaciones descritas a lo largo de este Seminario.

Este hecho lleva acarreado la tarea de velar por el **Respeto a la dignidad de la persona humana**, lo cual se puede reflejar concretamente en el trato, a todo nivel de interacción, hacia personas con diagnóstico psiquiátrico, y la responsabilidad por procurar que este trato sea extensivo desde todas las personas, tanto profesionales, como familiares y la comunidad en general; teniendo el deber de resguardar con sumo cuidado el **secreto profesional**, puesto que – como se vio en el desarrollo de este Seminario – existen situaciones delicadas que dicen relación con ocultar el diagnóstico.

Por otra parte, se plantea un desafío que dice relación con la **Autodeterminación** de las personas con diagnóstico psiquiátrico, es decir, su capacidad para la toma de decisiones, la cual es constantemente puesta en tela de juicio; ésta puede ser cuestionada cuando la persona no se encuentra compensada, puesto que su juicio de la realidad se encuentra alterado y por tanto podría tomar decisiones desinformado/a o perjudiciales para él/ella o terceros/as, pero en el caso de las personas compensadas que se encuentran en proceso de rehabilitación no es sólo recomendable, sino totalmente necesario que asuman esta responsabilidad de decidir sobre su propia vida, con el apoyo de familiares y de quienes participen en su proceso de rehabilitación; el llamado a los/as trabajadores/as sociales es para contribuir a que los derechos de la persona, su privacidad y la libertad de acción no se vean afectadas.

b. Trabajador/a Social como facilitador/a en el establecimiento de relaciones sociales

Usualmente las personas con diagnóstico psiquiátrico que se encuentran en proceso de rehabilitación en la Corporación Bresky “ingresan” vía derivación de unidades de salud mental, compensados/as, pero con algunos desafíos tales como la reinstauración de habilidades sociales y personales; es por dicha situación que el/la trabajador/a social cumple un rol de **Restaurador/a de las relaciones sociales**, principalmente familiares, que en algunos casos se ven degradadas posteriormente de una hospitalización o un brote psicótico.

Además, puede servir de nexo para **Articular relaciones sociales**, debido al manejo de las redes de apoyo y organizaciones sociales, con las cuales se puede facilitar el contacto entre la persona con diagnóstico psiquiátrico y los medios sociales que se han definido en el desarrollo de este capítulo.

c. Trabajador/a Social como educador/a social

Es inmenso el aporte que se puede realizar en este sentido, a través de la **información** y **sensibilización** respecto al tema en las distintas instancias abarcadas en este capítulo: en el Ámbito laboral, de Grupos Primarios, desde o hacia la Atención en Salud, en la Comunidad, con diversos profesionales, es más, se cumple este mismo rol con la persona con diagnóstico psiquiátrico en sí, facilitando la comprensión de lo que su situación implica.

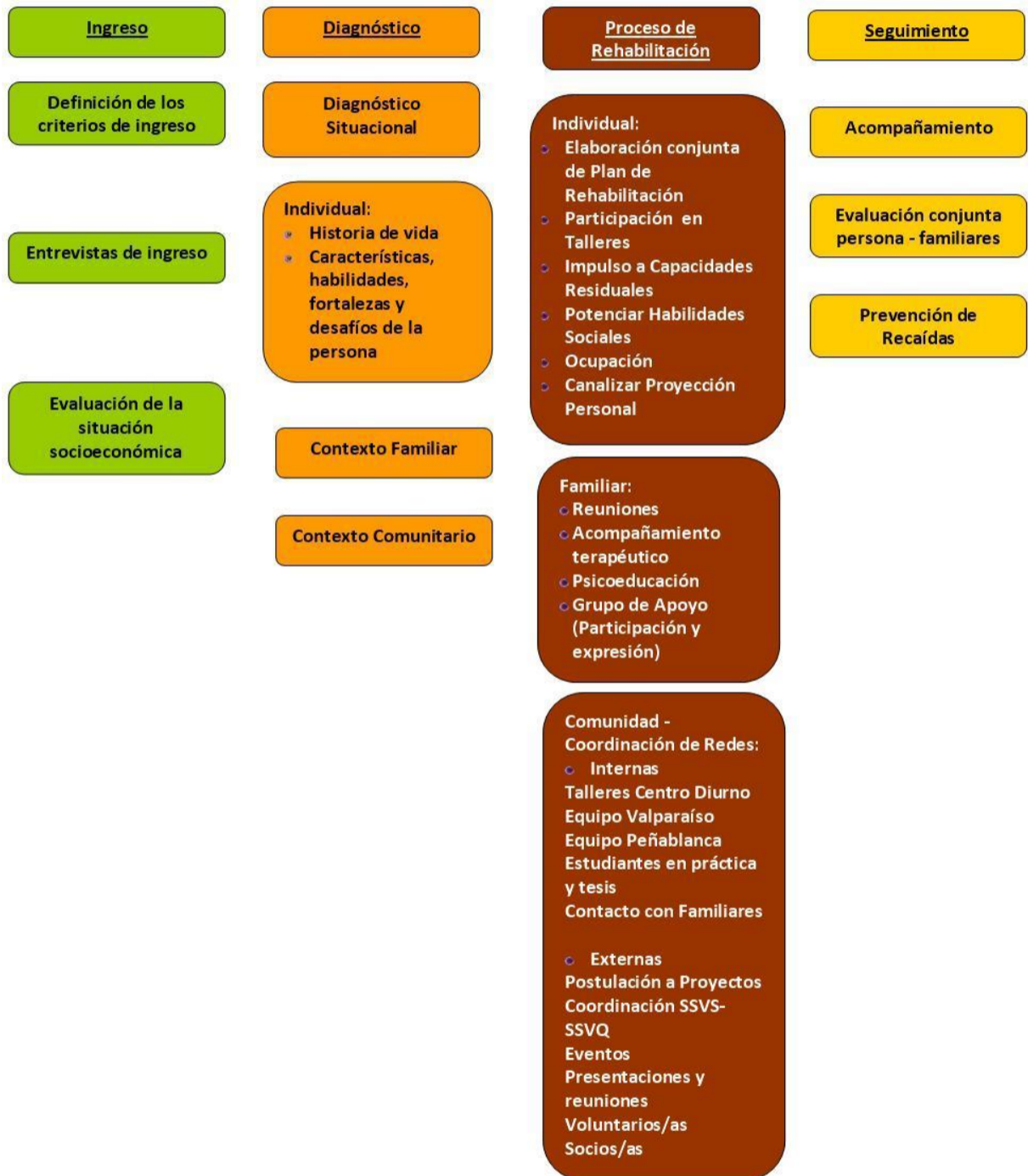
En otro ámbito, es necesario mencionar que se le asigna al trabajo una importancia enorme dentro de esta área, por lo cual cabe declarar que se puede realizar con mayor facilidad la inserción laboral que la inserción social de una persona con diagnóstico psiquiátrico; no sólo por poseer las capacidades necesarias para ejecutar este tipo de labor, sino porque, como se mencionó anteriormente, la realización de una labor remunerada no implica necesariamente que el proceso de rehabilitación ha concluido, por tanto el/la trabajador/a social cumple una multiplicidad de funciones dentro de la rehabilitación (como se ha mencionado a lo largo de este Seminario de Título), y una de éstas es el de aunar, o procurar que la inserción laboral y social sean procesos paralelos.

Durante el presente Seminario se ha hecho referencia a personas con diagnóstico psiquiátrico en proceso de rehabilitación, por tanto es una necesidad realzar la importancia del *seguimiento* por una parte, como acción que se debe realizar constantemente *con* las personas con diagnóstico psiquiátrico (no hacia ellos/as en actitud paternalista), para pesquisar cuáles son sus necesidades, sus avances, sus

desafíos, y de qué forma podemos ser facilitadores/as de este proceso, puesto que en la realidad el seguimiento es un tema no preponderante; y por otro lado la *rehabilitación* en sí, como necesaria y no subvalorada dentro de los niveles de intervención en salud, para dar término o mejora al tratamiento, que si bien en el caso de las personas con diagnóstico psiquiátrico es permanente, se puede elevar el nivel de calidad de vida de éstas en tanto cuanto exista adherencia al tratamiento por una parte, y un apoyo psicosocial (que *acompañe* el proceso personal) de reinserción a la vida familiar y social, de asumir diversos roles como el de ciudadano/a, trabajador/a, padre/madre, y el que se desee desempeñar, que conduzca a la persona con diagnóstico psiquiátrico a olvidar esta clasificación y asumirse – proyectándose también hacia los/as demás - como sólo eso: una persona.

Finalmente, se presenta una propuesta de acción de trabajo, basada en las necesidades detectadas, para cumplir por el/la Trabajadora Social que se inserte en el área de Rehabilitación a personas con diagnóstico psiquiátrico.

Ilustración 7: Propuesta de Acción de Trabajo para Asistente Social en el área Rehabilitación a personas con diagnóstico psiquiátrico



BIBLIOGRAFÍA

- Behar Astudillo, Rosa (2006, abril, 21 y 22.). *Homenaje al Doctor Carlos Bresky*. Actualización en Psiquiatría y Psicología Clínica. XVI Jornada. Últimos avances clínicos y psicológicos., pp. p. 12. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Departamento de Psiquiatría.
- Bianchetti V, Juanita; Iturriaga, Matilde; Sandoval, Isaura y Treviño M., Silvia (1973) *Experiencia de Servicio Social en Rehabilitación Psiquiátrica con metas a una Comunidad Terapéutica*. Seminario de Tesis para optar al Título de Asistente Social, Escuela de Servicio Social, Universidad de Chile de Valparaíso.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2007) *Derechos y deberes de los pacientes: habrá mayor claridad*. Consultado el 12 de mayo de 2009. http://www.bcn.cl/carpeta_temas_profundidad/temas_profundidad.2007-08-31.1359994059/#derechos-para-discapacitados-y-adolescentes
- Carey-Belanger, Elaine (2004) Trabajo Social y la Política Social hacen el enlace. Revista Electrónica de Trabajo Social Universidad de Concepción. Número 5 año 2002. Consultado el viernes 9 de octubre de 2009 en: <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero5/>
- Chuaqui, Jorge (2002). *Sociedad, psiquiatría y esquizofrenia (interrelaciones)*. Valparaíso: Alba.
- Desviat, Manuel (Marzo, 2007). *Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica*. Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Año 3, Volumen 3, N° 1. Consultado el 4 de abril de 2009 en <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/vol3n1marzo2007.pdf>.
- Escobar M., Enrique. *Jerónimo Letelier Grez (1873 - 1934): Primer médico director de la Casa de Orates*. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2005, vol. 43, no. 3. Consultado el 12 de mayo de 2009 en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300010&lng=es&nrm=iso >. ISSN 0717-9227.
- Florenzano Urzúa, Ramón (1999). *Psiquiatría*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Foucault, M. (1960) *Locura y civilización*. Suecia

-
- Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica I*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
 - Foucault, M. (2007). *Historia de la locura en la época clásica I*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
 - Gilbert, Jorge (1997) *Introducción a la Sociología*. LOM ediciones: Santiago, Chile.
 - Instituto de Asuntos Públicos & Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (2003). *Ampliando la ciudadanía, promoviendo la participación: 30 innovaciones locales*. Consultado en marzo, 25, 2009 en <http://www.ciudadania.uchile.cl/pdf/30experiencias.pdf>.
 - Maidagán de Ugarte, Valentina (1966). *Manual de Servicio Social*. Santiago, Chile: Jurídica.
 - Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2002) *Código del Trabajo*. Consultado en septiembre, 01, 2009 en <http://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=207436&idVersion=2009-08-7&idParte>
 - Ministerio de Salud (2000). *Plan de Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
 - Ministerio de Salud de Chile (2002). *Orientaciones técnicas para el desarrollo de Clubes de Integración Social*. Consultado en marzo, 29, 2009 en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/OTClubesIntegracionSocial.pdf.
 - Morales, J. Francisco y Olza, Miguel (1996). *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid: McGraw-Hill.
 - Organización Mundial de la Salud (2005) *Who resource book on mental health, human rights and legislation*. Consultado el 4 de abril de 2009 en http://www.who.int/mental_health/policy/who_rb_mnh_hr_leg_FINAL_11_07_05.pdf
 - Organización Mundial de la Salud (2006) *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (2007) *Salud Mental: Un estado de bienestar*. Consultado el 25 de abril de 2009 en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Platón (1957) *Fedro*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Universidad Central, Ministerio de Salud Chile, Hogar de Cristo (2005). *Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social*. Santiago: Universidad Central, Facultad de Ciencias Sociales.
- Vallejo Ruiloba, J. (1991). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores.
- Valles Martínez, Miguel S. (2003) *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana.

ANEXOS

I. Documentos**Consentimiento Informado*****Junio de 2009***

Yo,....., participante de la Corporación Bresky en la sede....., acepto en forma libre y voluntaria, y con debido conocimiento de causa, participar en el estudio denominado: "Exclusión Social: Experiencias de Discriminación en Personas con Diagnóstico Psiquiátrico Severo".

Conozco la condición de confidencialidad, privacidad y anonimato del presente estudio. De igual forma, estoy al tanto que esta investigación no implicará gastos para mí.

Me comprometo a disponer del tiempo que se requiera para la aplicación de los instrumentos de este estudio (entrevistas, encuestas).

Serán de responsabilidad de la investigadora y la Universidad de Valparaíso, los procedimientos y salvaguardas de la presente investigación.

Nombre y Firma

Pauta entrevista semiestructurada participantes de la Corporación Bresky

Nombre:

Edad:

Sexo:

Años en la Corporación Bresky:

- ***Ítem Conceptualización***

1.- Desde su perspectiva, ¿Cómo definiría usted el concepto de discriminación?

¿Qué conceptos o características asocia a esta palabra?

a. ¿Podría referir un sinónimo para la palabra discriminación?

b. ¿Me puede dar algún ejemplo de discriminación?

2.- ¿Ha sido testigo, ha participado de alguna forma o se ha visto involucrado/a en algún hecho de discriminación hacia personas con diagnóstico psiquiátrico?

3.- Desde su propia experiencia, ¿Ha tenido a nivel personal alguna experiencia directa de discriminación? Coméntela.

- ***Ítem Descripción de hechos***

- ***Ámbito Relación con Grupos Primarios***

4.- ¿Ha sido testigo, o se ha visto involucrado/a en algún hecho de discriminación hacia personas con diagnóstico psiquiátrico en el interior de su familia o por seres cercanos?

5.- En el marco de su experiencia ¿Ha tenido alguna vez alguna experiencia discriminatoria al interior de su familia o con seres cercanos a usted? Coméntela.

6.- ¿Qué significó para usted, o qué significados asoció a este hecho de discriminación?

a. ¿Qué significados cree que asociaría una persona que sea discriminada al interior de su familia o por seres cercanos?

7.- Desde su relato reciente ¿Qué consecuencias cree usted que trajo asociadas esta vivencia de discriminación?

- **Ámbito Laboral**

8.- ¿Ha sido testigo, ha participado de alguna forma o se ha visto involucrado/a en algún hecho de discriminación en relación a la búsqueda, consecución o despido de un trabajo?

9.- En el marco de su experiencia ¿Ha tenido alguna vez alguna experiencia discriminatoria en relación al ámbito laboral? Coméntela.

10.- ¿Qué significó para usted, o qué significados asoció a este hecho de discriminación?

b. ¿Qué significados cree que asociaría una persona que sea discriminada en el área laboral?

11.- A partir de esta experiencia ¿Qué consecuencias cree usted que trajo asociadas su vivencia de discriminación relacionada con el trabajo?

- **Ámbito Atención en Salud**

12.- ¿Ha sido testigo, ha participado de alguna forma o se ha visto involucrado/a en algún hecho de discriminación como usuario/a en los servicios de salud, en relación a la atención que le brindan?

13.- Desde su vivencia ¿Ha tenido alguna vez alguna experiencia discriminatoria en la atención de los servicios de salud? Coméntela.

14.- ¿Qué significó para usted, o qué significados asoció a este hecho de discriminación?

c. ¿Qué significados cree que asociaría una persona que sea discriminada en la atención en salud, en relación a los servicios que le brindan?

15.- A partir de esta experiencia ¿Qué consecuencias cree usted que trajo asociadas su vivencia de discriminación en la atención en los servicios de salud?

• **Ítem de cierre**

16.- Finalmente, ¿Existe algún último comentario que quisiera hacer, que no haya sido preguntado?

Pauta de Observación Participante

Fecha:

Hora inicio observación:

Hora término observación:

Lugar:

Número de participantes:

- Notas de campo:

- Hechos:

- Fragmentos o citas:

Carta de Triangulación Familiar Corporación Bresky

Me parece que lo que se describe es verídico, pero hay que tener cuidado con no hacer mucho caso a todo lo que ellos dicen.

En el trabajo en realidad son discriminados, porque si les van a hacer un test psicológico están afuera inmediatamente.

La atención de los hospitales hacia ellos, que no sólo sea entrega de medicamentos, que por lo menos los vea un psiquiatra cada dos meses, porque van a puro buscar pastillas, ni siquiera los ven cómo están.

A los familiares, no sé si a todos, pero desde mi experiencia al menos, yo no le creía a mi hijo que estaba enfermo, yo antes lo renegada, hasta vergüenza sentía, pero cuando empecé a entender fue cuando vine para acá, porque la empresa antes era de puros apoderados y hablábamos, y ahí me di cuenta y entendí.

Finalmente, que hay niños que no les gusta trabajar, eso sí, pero no se puede generalizar, se pueden rescatar muchos, muchos.

II. Fotografías⁴⁶



Taller de Artesanía, Club Social Peñablanca



Grupo Musical "Los Soñadores", Centro Diurno Peñablanca, en Presentación de Radio.

⁴⁶ Nota de la autora: Estas fotografías fueron integradas con el expreso consentimiento de todos/as los/as participantes de la Corporación Bresky de ambas jornadas, tanto en la sede Valparaíso, como en Peñablanca; existiendo personas que prefirieron no ser parte de la impresión del registro fotográfico, por lo tanto no aparecen en esta sección registrados/as.



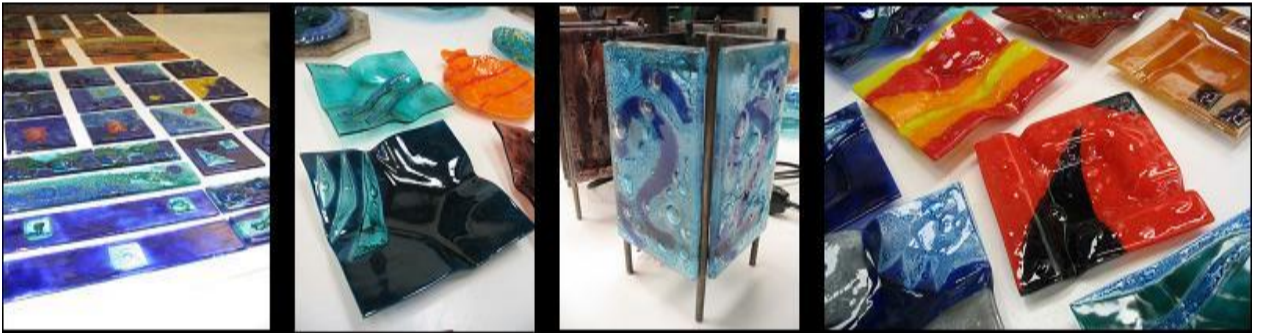
Participantes Centro Diurno Jornada Mañana, Valparaíso, entrevistando en Pza. O'higgins.



Participantes Centro Diurno Jornada Tarde, Valparaíso. Taller de Mandala.



Taller de Cerámica, Empresa Social FusionArte "FA".



Productos de Vitrofusión elaborados en Empresa Social FusionArte "FA"



Corporación Carlos Bresky, Sede Valparaíso.

