

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social

“Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso,  
Hospital Psiquiátrico del Salvador: Evaluación y Propuesta de  
Intervención desde el Trabajo Social”

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

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL  
BIBLIOTECA

Alumna Seminarista: Srta. Victoria Chalot Navarro

Docente Guía: Sr. Dagoberto Salinas Avilés

2007





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

VALPARAISO, 12 de Diciembre de 2007.

**SEÑOR DECANO:**

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Guía, cumpla con informar a UD. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS EN LA PROVINCIA DE VALPARAÍSO, HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SALVADOR: EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL"**, cursado durante el año académico 2007 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **VICTORIA CHALOT NAVARRO**.

El Seminario de Título, se constituye en un trabajo serio por evaluar de manera rigurosa y comprensiva un Programa de intervención en el área de la salud mental. Para lo anterior, la alumna lleva a cabo un completo trabajo de evaluación, a partir de la combinación de métodos tanto globales como analíticos de evaluación, lo que provee de evidencias tanto de naturaleza cuantitativa como cualitativa, mediante la utilización de técnicas e instrumentos de recolección de datos, tales como: observación, encuestas, entrevistas y análisis documental.

Lo precedente, me permite afirmar que no me cabe duda de que el seminario en cuestión, puede constituirse en un muy buen aporte a la institución; así como también, en un buen referente de consulta, tanto de estudiantes como de profesionales interesados en la materia.

Desde una perspectiva formal del documento, este se encuentra estructurado de forma acertada respetando el formato de informes científicos, con una adecuada referencia de citas, presentando de forma correcta: tablas, gráficos, esquemas y fotografías entre otros recursos que ayudan a la mejor comprensión de los antecedentes del informe. Por otro lado, la bibliografía es pertinente, actual y suficiente, incluyendo una variedad importante de recursos, tales como: textos, documentos de tesis y documentos digitales disponibles en internet, entre otros. Del mismo modo, los anexos y apéndices, se constituyen en un importante aporte complementario para el cuerpo principal del informe.

Desde una dimensión metodológica del trabajo realizado, este demuestra coherencia, un alto grado de completación y rigurosidad en su estructuración. En esta misma dimensión del análisis, se destaca la adecuada contextualización tanto institucional como teórica, presentando los antecedentes más importantes para la evaluación y propuesta de mejora del Programa de Hogares Protegidos.

Se agrega a lo anterior, la diversidad de técnicas y/o instrumentos recolectores de datos considerados en la evaluación del Programa, a través de la combinación de diseños evaluativos como el modelo de Daniel Stufflebeam, Contexto, Insumo, Proceso y Producto (CIPP) y el Modelo Iluminativo de Parlett y Hamilton. Lo precedente, lleva a la autora a desplegar un trabajo riguroso, en el cual objetivos y criterios de evaluación, se encuentran adecuadamente formulados y operacionalizados en la estrategia de evaluación desarrollada, permitiendo otorgar credibilidad a las evidencias recogidas y a los juicios evaluativos formulados. De esta manera, la autora, logra proponer de forma clara y operativa una propuesta de intervención, sobre la base de un proceso diáfano, contundente y riguroso de evaluación.



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



En consecuencia, atendiendo a lo señalado precedentemente en este informe, felicito a la estudiante por su completo y minucioso trabajo, lo que refleja no sólo su innegable deseo y capacidad de aprender; sino también un alto compromiso con la realidad social en la cual se insertó a partir de la experiencia de seminario de título.

Por lo anterior, califico el documento evaluado con nota 7,0 (siete coma cero).

**DAGOBERTO SALINAS AVILÉS**  
**PROFESOR GUIA**

AL SEÑOR  
**ALDO VALLE ACEVEDO**  
DECANO  
FACULTAD DE DERECHO Y  
CIENCIAS SOCIALES  
PRESENTE



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

VALPARAISO, 19 de Diciembre de 2007.

**SEÑOR DECANO:**

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesor Informante, cumplo con informar a UD. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS EN LA PROVINCIA DE VALPARAÍSO, HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL SALVADOR: EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL”**, cursado durante el año académico 2007 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social, Srta. **VICTORIA CHALOT NAVARRO**.

La presente tesis es un excelente ejemplo del enorme potencial que representa el uso de las metodologías de evaluación en el ámbito de la construcción de juicios técnicos, sistemáticos y fundamentados para el mejoramiento de programas sociales.

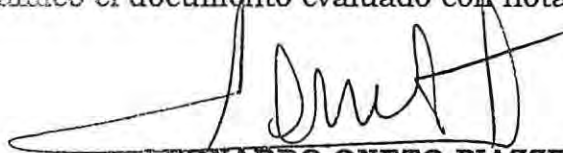
Se trata de un trabajo que evidencia una aproximación metodológica muy bien urdida, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas.

La exposición y organización de la información es muy clara y se desarrolla con un buen vocabulario y estilo.

Cumple a cabalidad con su propósito de evaluar el programa enunciado y proponer una intervención integral sustentada.

La presentación formal de la tesis se rige por los estándares esperados para este tipo de documentos.

Por lo anterior, califico el documento evaluado con nota **7,0** (siete coma cero).

  
**LEONARDO ONETO PIAZZE**  
**PROFESOR INFORMANTE**

AL SEÑOR  
**ALDO VALLE ACEVEDO**  
DECANO  
FACULTAD DE DERECHO Y  
CIENCIAS SOCIALES  
PRESENTE



## Gratitud Sempiterna

A mi amado planeta puerto; a mi padre y a mi madre; a mis queridos trolebuses, pavo, veló, cello y Santiago Wanderers.

A mis profesores, amigos y guías espirituales: Dagoberto Salinas A. y Fernando Pastén C

A mis amigos corpóreos e imaginarios: María Cecilia Torres, Máximo Caballero, Priscila Vargas, Marco Mella, Rafael Vásquez, Alex Pulgar, Charlotte Gäbler, Quentin Sonnevill, Karla Hinojosa, Rodrigo Romero, Angélica Pérez, Jhonny Castillo y por cierto, Antonio Araya.

A mis congéneres y secuaces: Pablo Gutiérrez, Patricia Carrasco y Pamela Deino.

A los quijotescos: Allan Rocheteau, Jildaz Gallen, Nazim Benzerdjeb y Raúl González.

A los indispensables: Morrissey y The Smiths, Charly García, David Bowie, Frank Sinatra, Edith Piaf, The Cure, Pánico, Sandro, The Human League, Pulp, Franz Ferdinand, Velvet Underground, Juana la Loca y Los Ex.

A los inevitables: Michel Foucault, Enrique Symns, Jorge Teillier, Ingmar Bergman, Alfred Hitchcock, Orson Welles y Eliseo Subiela.

Al Hospital del Salvador, particularmente a su Director, Ulises Ríos D., a sus usuarios y funcionarios; a la Corporación Bresky; al Cuerpo de Bomberos de Valparaíso; a la Universidad de Valparaíso; a la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; a Tecnocopier; a L'Alliance Française de Valparaíso, a la Ilustre Municipalidad de Valparaíso y a Carabineros de Valparaíso.

A todas las bibliotecas, ferias libres, casas-habitación, bares, cafés, restaurantes, barrios y recovecos que configuraron el escenario de este trabajo.

Y en especial, a las personas que fueron el alma de esta experiencia: las y los residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso.

A ustedes en exclusiva y amalgamados -por su colaboración y apoyo constante-, vaya mi agradecimiento a ultranza.

**Victoria Chalot Navarro**

Ni a dioses, ni a patrias; ni a amigos, ni a amantes; ni a jefes, ni a mascotas; ni a políticos, ni a cantantes.

A Patricio Chalot Del Campo, el único incondicional que he conocido.



## INDICE

	Página
Introducción	2
<b>I Parte: Marco de Referencia Teórico-Conceptual</b>	
CONSIDERACIONES PRELIMINARES	5
Capítulo 1: Aspectos teóricos del contexto institucional	6
1.1 Antecedentes Generales de la Institución Patrocinante	6
1.2 Antecedentes Históricos	9
1.3 Estructura Institucional	10
1.4 Áreas de Atención del Hospital del Salvador	11
1.5 Aspectos Generales del Programa de Hogares Protegidos	15
1.6 Programas de la Institución	22
1.7 Recursos del Hospital del Salvador	23
1.8 Trabajo Social en la Institución	26
Capítulo 2: Aspectos teóricos de salud	27
2.1 Concepto de Salud	27
2.2 Política de Salud en Chile	28
2.2.1 Historia de la Política de Salud en Chile	28
2.2.2 Orientaciones de la Política de Salud en Chile	30
2.3 Concepto de Salud Mental. Respuestas Gubernamentales ante un escenario de cambios.	30
2.4 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	35
2.4.1 Prioridades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	38
2.4.1.1 Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos: Esquizofrenias	39
Capítulo 3: Aspectos teóricos de la evaluación	41
3.1 Concepto de Evaluación	42
3.1.1 Tipos de Juicio de Valor en Evaluación de Políticas y Programas Sociales	46

3.2	Tipos de Evaluación	47
3.3	Principales Modelos de Evaluación	50
<b>II Parte: Fundamentación Metodológica</b>		
	CONSIDERACIONES PRELIMINARES	52
	Capítulo 4: Descripción del Objeto de Evaluación	53
	4.1 Justificación de la Investigación Evaluativa	53
	Capítulo 5: Objetivos de la investigación evaluativa	72
	Capítulo 6: Diseño de la Investigación Evaluativa	74
	6.1 En cuanto al diseño de evaluación	74
	6.2 En cuanto a la recolección de la información	77
	6.3 En cuanto a la organización de la información	88
	6.4 En cuanto a la comunicación de los resultados	89
	6.5 En cuanto a la validez de la información	90
	Capítulo 7: Metodología de análisis de datos	91
	7.1 Fundamentos teórico-metodológicos de la estrategia de análisis	91
	7.2 Proceso de análisis de contenido	93
<b>III Parte: Resultados</b>		
	CONSIDERACIONES PRELIMINARES	101
	Capítulo 8: Evaluación Programa de Hogares Protegidos implementado en Valparaíso	102
	8.1 Dimensión Contextos:	103
	8.1.1 Condiciones de Habitabilidad	103
	8.1.2 Condiciones de Seguridad	111

8.2	Dimensión Insumos:	116
8.2.1	Focalización del Programa de Hogares Protegidos	116
8.2.1.1	Caracterización de los residentes de Hogares Protegidos	109
8.2.2	Idoneidad de los Prestadores de Hogares Protegidos	137
8.2.3	Idoneidad de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador	146
8.3	Dimensión Procesos:	149
8.3.1	Pertinencia de las actividades implementadas	149
8.3.2	Vinculación a redes de apoyo	154
8.4.	Dimensión Productos:	157
8.4.1	Nivel de satisfacción en relación al programa	157
8.4.1.1	Nivel de satisfacción en torno al programa por parte de los residentes	157
8.4.1.2	Nivel de satisfacción en torno al programa por parte de las administradoras	159
8.4.1.3	Nivel de satisfacción en torno al programa por parte de sus coordinadores	162
<b>IV Parte: Conclusiones y Propuesta de Mejoras</b>		
CONSIDERACIONES PRELIMINARES		165
Capítulo 9: Conclusiones de la Evaluación del Programa de Hogares Protegidos implementado en la Provincia de Valparaíso		166
9.1	Conclusiones en torno a los objetivos de la Investigación Evaluativa	166
9.1.1	Dimensión Contextos	167
9.1.2	Dimensión Insumos	168
9.1.3	Dimensión Procesos	173
9.1.4	Dimensión Productos	175

9.2	Conclusiones en relación a la temática de estudio y la experiencia evaluativa:	178
9.2.1	En torno al contexto institucional, social y académico que enmarcaron la experiencia:	178
9.2.2	En torno a la pertinencia metodológica de la Investigación Evaluativa realizada	180
9.3	En torno a los hallazgos obtenidos a través de la Investigación Evaluativa	182
9.4	Una aproximación a la intervención social	185
Capítulo 10: Propuesta de Mejoras		187
10.1	Dimensión Contextos	187
10.1.1	En cuanto a las condiciones de habitabilidad y seguridad de los Hogares Protegidos de Valparaíso	187
10.2	Dimensión Insumos	191
10.2.1	En cuanto a la distribución de los postulantes a residentes de Hogares Protegidos:	191
10.2.2	En cuanto a los procesos de selección de las/os Administradoras/es de estos dispositivos residenciales	197
10.3	Dimensión Procesos	200
10.3.1	En cuanto a las funciones de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador	200
10.4	En cuanto a las estrategias de rehabilitación psicosocial y a la vinculación a redes de apoyo primarias y secundarias	203
10.5	En cuanto a los recursos disponibles	206
10.6	Rol del Trabajador Social integrante de la Comisión de Hogares Protegidos	207

Reflexiones Finales	210
Bibliografía	211
Anexos	216
1.1 Plano del radio de acción del Programa de Hogares Protegidos	216
1.2 Pauta de Observación	217
1.3 Cuestionario de caracterización residentes de Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso	219
1.4 Pautas de Entrevistas semi-estructuradas	224
1.5 Formato de Consentimiento Informado	227
1.6 Informes Técnicos elaborados por el Cuerpo de Bomberos para cada Hogar Protegido de la Comuna de Valparaíso	228
1.7 Transcripción de Entrevistas, organizadas según dimensión y actor	245
Apéndice: Contiene Seminario.doc	

## INDICE DE ORGANIGRAMAS

Organigrama 1.1 Hospital Psiquiátrico del Salvador	10
--	----

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1: Síntesis de las características generales del Programa de Hogares Protegidos.	17
Cuadro 1.2: Roles del Asistente Social en el Hospital del Salvador	26
Cuadro 3.1: Funciones de la Evaluación de Políticas y Programas, según ámbito.	45
Cuadro 4.1: Aspectos Generales del Modelo CIPP	59
Cuadro 4.2: Aspectos Generales del Modelo Iluminativo	64
Cuadro 4.3 Criterios de Evaluación Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso	65
Cuadro 6.1: Criterios de Comparación Evaluación Programa Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso	75
Cuadro 6.2: Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos Evaluación Programa Hogares Protegidos Provincia de Valparaíso	78
Cuadro 6.3: Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos y Sujetos/Objetos de Estudio, según Fase de Evaluación del Programa de Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso	84
Cuadro 6.4: Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos y Preguntas/Ítem, según Criterios de Evaluación del Programa de Hogares Protegidos.	85
Cuadro 7.1: Síntesis Criterial Evaluación Programa de Hogares Protegidos	97
Cuadro 8.1: Condiciones de Habitabilidad de Hogares Protegidos de Valparaíso: Principales falencias identificadas	110
Cuadro 8.2: Idoneidad de los prestadores de Hogares Protegidos en Valparaíso: Principales falencias identificadas	145
Cuadro 8.3: Pertinencia de las actividades implementadas Hogares Protegidos de Valparaíso: Principales falencias identificadas	154
Cuadro 8.4: Nivel de satisfacción en relación al Programa, según actores.	164
Cuadro 10.1: Principales ámbitos de acción propuestos para el Programa de Hogares Protegidos.	204

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1: Cobertura Hospital del Salvador, según unidad de atención	8
Tabla 1.2: Recursos Humanos Hospital del Salvador	23
Tabla 8.1: Edad de los usuarios de Hogares Protegidos	118
Tabla 8.2: Religión de los usuarios	122
Tabla 8.3: Diagnóstico médico actual de los usuarios de hogares	126
Tabla 8.4: Usuario del Programa de Hogares Protegidos desde el año	128
Tabla 8.5: Situación previsional de los usuarios de Hogares Protegidos	132
Tabla 8.6: Enseñanza Básica de los usuarios	135
Tabla 9.1: Caracterización de usuarios de Hogares Protegidos, según variables sociodemográficas, socioeconómicas, socioeducacionales y biomórbidas.	168
Tabla 9.2: Distribución de los usuarios, según Red Institucional	174

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 8.1: Estado civil de los residentes de Hogares Protegidos	119
Gráfico 8.2: Situación social previa a la incorporación a Hogar Protegido	123
Gráfico 8.3: Proporción del consumo de cigarrillos entre usuarios de hogares	130
Gráfico 8.4: Ingresos mensuales de los usuarios de Hogares Protegidos	133
Gráfico 8.5: Acceso a Enseñanza Media entre residentes de Hogares Protegidos	136

## INDICE DE ESQUEMAS

Esquema 6.1: Organización de la información Evaluación Programa de Hogares Protegidos Provincia de Valparaíso	88
Esquema 8.1: Pobreza y trastornos mentales: Un círculo vicioso	127
Esquema 9.1: Incidencia de la escasez de recursos disponibles para el Programa Hogares Protegidos	172

## INDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1.1: Frontis Hospital Psiquiátrico del Salvador.	6
Fotografía 8.1: Sala de baño residentes de Hogaresos N° 8 y N° 4.	105
Fotografía 8.2: Salas de baño Residentes de Hogar Protegido N° 3	106
Fotografía 8.3: Habitación de tres Residentes, Hogares Protegidos N° 2 y 5.	107
Fotografía 8.5: Equipamiento Hogares Protegidos: N° 1, N° 2 y N° 5.	108
Fotografía 8.6: Espacios disponibles y susceptibles de intervención: El caso de los Hogares Protegidos N° 6 y N° 4	109
Fotografía 8.7: Inspección Técnica Cuerpo de Bomberos de Valparaíso	111
Fotografía 8.8: Escaleras de ingreso a Hogares Protegidos N° 2 y N° 7.	113
Fotografía 8.9: Hallazgos que pudieren comprometer la seguridad al interior de los Hogares Protegidos de Valparaíso	114
Fotografía 8.10: Celebración de cumpleaños en Hogar Protegido N° 3	151
Fotografía 8.11: Panorama en Hogares Protegidos, N° 2, N° 6 y N° 8.	153
Fotografía 8.12: Frontis Hogares Protegidos N° 9 y N° 3.	155
Fotografía 9.1: Jornadas de difusión de resultados: Evaluación Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso.	186

## INDICE DE PAUTAS

Pauta de observación 10.1: Condiciones de habitabilidad Hogares Protegidos	189
Pauta 10.2: Ficha de ingreso a Hogar Protegido	192
Pauta 10.3: Registro anual de antecedentes: Administradoras de Hogares Protegidos	187

## INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la materialización del término de la formación profesional de pregrado de la estudiante y a través del cual, ésta optará al título de Asistente Social y al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

Por medio de una investigación evaluativa en torno al Programa de Hogares Protegidos, quien suscribe intentó -más que acceder a un mecanismo para comprender y/o interpretar fenómenos sociales- lograr aproximarse a una realidad de alta complejidad, con el objeto de conocerla en su real dimensión para emitir juicios ulteriores que propendan al aumento de los niveles de bienestar de los sujetos de atención del mismo.

Para lograr los propósitos que sustentaron el estudio, durante el proceso se adhirió a la definición de evaluación, entendida como “La aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los programas sociales”, Ballart (1992).

En cuanto al sello metodológico de la experiencia, éste está dado por una triangulación de la información obtenida, gracias a la complementación de procedimientos de corte cuantitativo y cualitativo.

Concretamente, la investigación evaluativa realizada se estructuró por una parte, en base al modelo C.I.P.P de Stufflebeam (1987), quien le otorgó el ordenamiento y contribuyó a la definición de las dimensiones de estudio y por otra al modelo Iluminativo de Parlett y Hamilton (1976), el que permitió indagar en la subjetividad de los participantes de la experiencia, a través de los significados que éstos asignan al programa de estudio, ambos postulados en Sierra Bravo (1997).

El objeto de evaluación fue entonces el Programa de Hogares Protegidos implementado a nivel provincial por el Hospital del Salvador y que tiene como *alma matter* la satisfacción de necesidades básicas y el avance paulatino hacia mayores niveles de integración social de personas con trastornos psiquiátricos severos de Valparaíso.

En este sentido, la evaluación surge como un requerimiento institucional, por cuanto en sus años de implementación en el espacio local no ha existido una sistematización de la experiencia acumulada que permita identificar sus potencialidades y falencias, en términos de diseño y ejecución en el tiempo.

A ello se agrega la existencia de denuncias planteadas desde el plano informal y que harían poner en duda la eficacia en la puesta en marcha del programa, alertando sobre la necesidad de realizar una revisión sistemática de las prácticas, teniendo como referente la Normativa Técnica (2006) que en este tenor emite el Ministerio de Salud.

En virtud de lo anterior y dada la complejidad de la temática de estudio es que –para facilitar la comprensión del lector– el presente documento se desarrolla como sigue:

En la parte I, se consignan aquellos referentes en que se sitúa la Investigación Evaluativa, tanto desde el punto de vista contextual, como teórico conceptual.

El capítulo 1 da cuenta del ámbito institucional que ampara la realización del estudio, con una revisión del quehacer del Hospital Psiquiátrico del Salvador y con un tratamiento más exhaustivo del Programa de Hogares Protegidos, ejecutado por el mismo, por tratarse del objeto de esta aproximación profesional.

El acápite 2, por su parte, presenta las referencias teórico-conceptuales que constituyen los cimientos investigativos. Para ello se explicita la definición de Salud y Salud Mental emanadas de la Organización Mundial de la Salud, desembocando en las políticas sanitarias en Chile, su evolución sociohistórica y la reforma a la atención psiquiátrica, orientada hoy por hoy hacia una comunitarización de la misma.

En el apartado 3 de este documento, se hace un sucinto recorrido por los aspectos generales en evaluación, como un *agente clarificador*, de cara a la posterior decisión respecto de los enfoques que adquiriría la experiencia.

En tanto, la parte II del presente Seminario expone la fundamentación metodológica que sustentó este acercamiento profesional y, teniendo como referente la información consignada anteriormente, es posible argumentar la necesidad de evaluar, delimitando el objeto y los criterios de comparación del estudio, quedando todo ello patente en el capítulo 4 del documento.

El apartado 5, establece el objetivo general y los objetivos específicos formulados en torno a esta acción profesional, constituyendo los principios rectores durante todo el proceso.

En el párrafo 6, se presenta el diseño de la Investigación Evaluativa, estableciéndose la opción metodológica por un enfoque mixto de evaluación, a fin de acceder a una mayor riqueza informativa y representatividad de los hallazgos del estudio. Se definen igualmente, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la organización y la validación de la información obtenida.

El capítulo 7, da cuenta de la metodología de análisis de datos escogida, exponiendo los lineamientos generales del análisis de contenido, de cara a la reflexión criterial posterior.

En el acápite 8, por su parte se consignan los resultados obtenidos a través de la aproximación profesional, siendo éstos presentados según dimensión y criterio de estudio, de acuerdo a los antecedentes emanados de las diversas técnicas de recolección de datos utilizadas.

La vasta información alcanzada mediante la investigación evaluativa, permitió realizar una detallada recapitulación, en atención a criterios y objetivos de estudio, facilitando el establecimiento de relaciones entre variables, siendo este abordaje expuesto en el apartado 9 de este informe.

Como consecuencia de todo lo anterior, es que el párrafo 10 explicita una propuesta de mejoras programáticas, tendiente a superar los *déficit* identificados, propendiendo a la optimización de los recursos disponibles, llamando la atención de los coordinadores del Programa de Hogares Protegidos, respecto de la urgencia de aumentar la concordancia del hacer cotidiano a los edictos ministeriales y por cierto, al marco ético-valórico que sustenta y que promueve la Reforma a la Salud en Chile.

De este modo el informe, además de cristalizar los quehaceres de un año de trabajo académico, se posiciona como una obra que no pretende generar controversias, sino que más bien una relectura crítica de la implementación de dicho programa en el espacio local, asentándose para ello en fornidos avales teóricos y vivenciales desplegados en una dialéctica comunicacional cuya única ambición es la de alcanzar el *derribo físico y conceptual de las murallas del olvido* al que tantas veces han estado expuestos quienes ostentan un diagnóstico psiquiátrico.

## **I. PARTE**

MARCO DE REFERENCIA  
TEÓRICO -CONCEPTUAL

## CONSIDERACIONES PRELIMINARES

A continuación se presenta al lector el marco de referencia teórico-conceptual que sustentó la definición y delimitación de las temáticas de estudio en durante la realización de la evaluación del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, dependientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

El capítulo 1 de este documento consigna antecedentes relacionados con el contexto institucional donde se situará la experiencia evaluativa, por medio de una descripción del quehacer del Hospital del Salvador, pero particularmente del Programa donde la estudiante centrará su atención, mediante la realización de una exhaustiva revisión analítica del mismo.

Por su parte, el acápite número 2 pone el acento en los referentes teórico-conceptuales que señalan las directrices y regulan los distintos ámbitos de la salud mental en Chile, con especial alusión a la normativa técnica de acreditación y funcionamiento de tales dispositivos residenciales para personas con trastornos psiquiátricos severos.

Finalmente, el capítulo 3 da cuenta de los soportes conceptuales que ampararon el diseño de la metodología evaluativa, que se inicia con la exposición de las diversas conceptualizaciones de la evaluación, seguida por los tipos y principales modelos evaluativos de corte cuantitativo y cualitativo.

Gracias a lo anteriormente enunciado, quien suscribe obtuvo el bagaje teórico necesario para decidir por qué lógica de trabajo inclinarse, en atención, tanto a los propósitos de la investigación evaluativa a llevar a cabo, como a las peculiaridades de los sujetos de estudio.

## CAPÍTULO 1

### ASPECTOS TEÓRICOS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

#### 1.1 Antecedentes generales de la institución patrocinante:

- Identificación de la Institución:

Nombre: Hospital Psiquiátrico del Salvador.

Dirección: Subida Carvallo N° 200, Cerro Playa Ancha. Valparaíso.

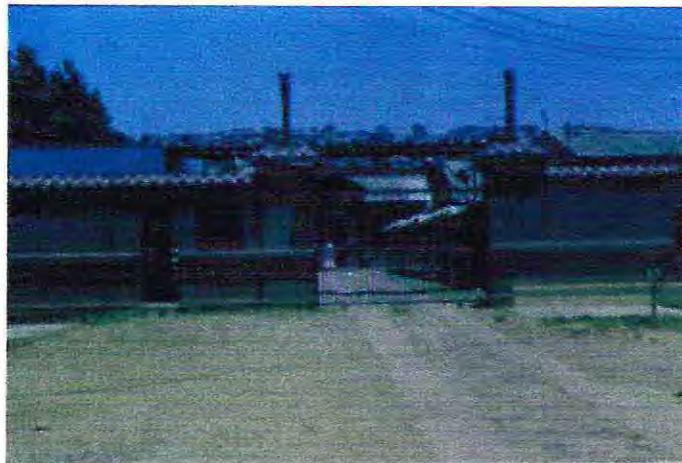
Fono: 032-2275400

Fax: 032-2275466

Síto web: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

Fotografía 1.1:

Frontis Hospital Psiquiátrico del Salvador. Playa Ancha, Valparaíso.



Fuente: Producción personal

- Directiva del Hospital Psiquiátrico del Salvador:

Director: Dr. Ulises Ríos Díaz

Subdirector Administrativo: Sr. Salvador Najúm Sunsino.

Jefe de Servicio Clínico Agudos: Dr. Marcelo Valdebenito V.

Jefe de Servicio Clínico Mediana Estadía: Dr. Raúl Cárdenas C.

- Tipo de Institución:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso es una institución pública y que conforme a la reforma de salud, se clasifica como hospital de especialidades en el ámbito de las patologías psiquiátricas.

El establecimiento forma parte de los cuatro hospitales que a nivel nacional se encuentran dedicados a la atención de dolencias relacionadas con la salud mental, prestando para ello atenciones en modalidad abierta y cerrada.

- Dependencia Legal:

El quehacer del Hospital del Salvador depende directamente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

- Tipo de Atención:

El hospital ofrece a su población objetivo una atención psiquiátrica de carácter integral, sustentada en un modelo biopsicosocial en la realización de las prestaciones.

- Cobertura:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador atiende anualmente aproximadamente a unas seis mil personas con trastornos de salud mental, siendo las patologías más frecuentes aquellas caracterizadas por su cronicidad, como lo es la esquizofrenias en sus diversas manifestaciones, las psicosis; los trastornos afectivos como la depresión y el trastorno bipolar; los trastornos de la personalidad y del mismo modo aquellas patologías asociadas –residuales- del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas.

Con el propósito de graficar los ámbitos de cobertura actual del hospital es que a continuación se presenta Tabla 1.1, con la capacidad de atención diaria, sin considerar las de carácter ambulatorio y el número de días cama, dando a conocer sólo los cupos disponibles de ingresos al mismo y aquellos que efectivamente están siendo utilizados.

Tabla 1.1:  
Cobertura Hospital del Salvador, según unidad de atención

UNIDAD DE ATENCIÓN	CAPACIDAD MÁXIMA	Nº ACTUAL DE USUARIOS
Unidad de Cuidados Especiales	13	13
Sala Azócar	18	18
Sala Valenzuela	18	17
Unidad de Mediana Estadía	18	14
Hogares Protegidos	68	72
Unidad de Desintoxicación	10	10
Hospital Diurno Drogas	35	37
Hospital Diurno Trastorno Psiquiátrico Severo	12	4
Policlínico	-----	-----
<b>TOTAL</b>	192	200

Fuente: Hospital del Salvador

- Radio de Acción:

El establecimiento, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), tiene como jurisdicción la quinta región costa, extendiendo su radio de acción a lo largo de la Provincia de Valparaíso, comprendiendo las comunas de Valparaíso, San Antonio y Casablanca contemplando, a su vez, la realización de hospitalizaciones de pacientes provenientes del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota.

## 1.2 Antecedentes Históricos:

El Hospital del Salvador fue fundado en 1860 como parte del antiguo Hospital San Juan de Dios, constituyéndose en sus inicios en el lugar propicio para acoger a las víctimas de la viruela y la tuberculosis, debido a su ubicación aislada y a la impronta asilar que lo caracterizaba en aquel entonces.

Posteriormente y con motivo de la Guerra del Pacífico (1879) es convertido en Hospital de Sangre; sin embargo fueron el avance de las ciencias biomédicas y particularmente el descubrimiento del antibiótico -y consiguiente control de la TBC.- los determinantes de la configuración institucional actual..

Durante la primera mitad del siglo XX, la atención a pacientes psiquiátricos es desarrollada en el Hospital Viña del Mar (hoy Gustavo Fricke), siendo la llegada de becados de la Universidad de Chile de Santiago la que permite estructurar e instaurar de manera definitiva un servicio de psiquiatría específico en la zona.

El aumento sostenido de la población con dolencias de carácter psiquiátrico evidenciado en ese entonces insta a las autoridades de salud a decidir en 1973 el traslado de las prestaciones al Hospital del Salvador, el cual se convirtió a partir de ese entonces en sede de todos los recursos psiquiátricos del gran Valparaíso, siendo su primer Director el Dr. Carlos Molinari Domínguez.

En los años noventa se crean los denominados *Hogares Protegidos* vistos como una alternativa que propiciaría la desinstitucionalización de los herederos del modelo asilar *-intramuros-*, marcando un precedente respecto del plan de desvinculación hospitalaria emanado de la reforma psiquiátrica manifiesta en la Carta de Santiago.

Desde el año 2000 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, propone la transformación de los servicios de rehabilitación al servicio de psiquiatría de mediana estadía, buscando un trabajo de redes, que permitan la reinserción psicosocial de las personas con trastornos psiquiátricos.

Actualmente el hospital es dirigido por el Médico Sr. Ulises Ríos D., y otorga prestaciones a personas que consultan por patologías de diversa índole y por consumo abusivo de sustancias psicoactivas, ingresados voluntariamente o por resolución administrativa o judicial, situándose su atención en un plano terciario, es decir, aquel que apunta a la rehabilitación de las secuelas resultantes de algún trastorno mental.

1.3 Estructura Institucional:

- Visión Hospital Psiquiátrico del Salvador:

*“Ser un establecimiento de mediana y alta complejidad regional, inserto en una red de salud mental”*

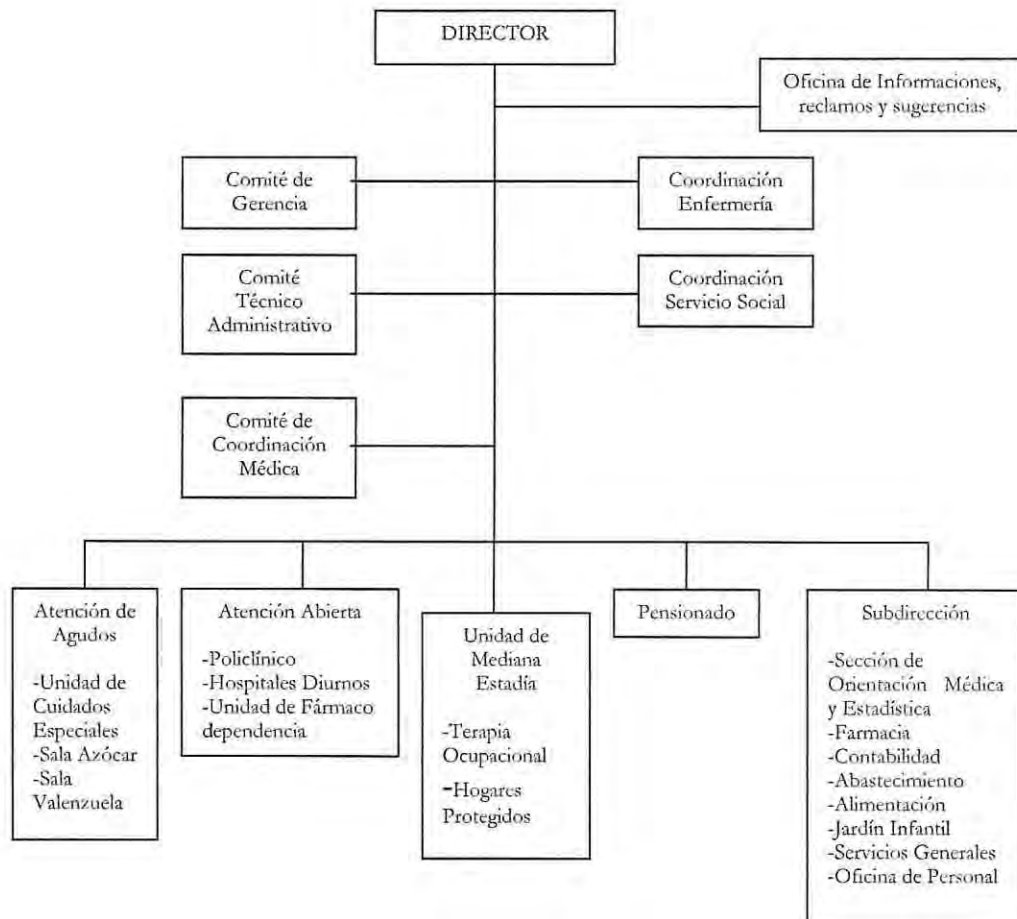
- Misión institucional:

*“Trabajar juntos por la salud mental de las personas”*

- Objetivo de la Institución:

*“Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social”.*

Organigrama 1.1:  
Estructura Organizacional Hospital Psiquiátrico del Salvador



Fuente: Oficina de Personal, Hospital del Salvador

#### 1.4 Áreas de Atención:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador, distribuye su accionar en tres áreas principales, dependiendo del tipo de atención que requieran sus usuarios:

1. Atención Cerrada, orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente.

Perteneciendo a esta área:

- a. Unidad Clínica para Agudos: En esta área se encuentran: La Unidad de Cuidados Especiales, U.C.E.; la Sala Azócar (femenino severo) y la Sala Valenzuela (masculino severo), las vías de ingreso a cualquiera de estas tres unidades puede ser voluntaria o bien por resolución administrativa o judicial.

La población objetiva en agudos es un grupo bastante heterogéneo que contempla trastornos psiquiátricos y pacientes con dependencia a drogas y alcohol. Es importante señalar que dentro de una visión más integral, además del diagnóstico y tratamiento del paciente se busca incorporar al mismo a redes de apoyo que se hagan cargo del paciente y contribuyan a formar parte del tratamiento.

- a. Unidad de Cuidados Especiales (U.C.E.): Esta unidad se caracteriza por presentar una atención rigurosa, dada las características de los pacientes que allí se atienden. Encontrándose aquí a los pacientes con descompensaciones más graves, por lo que deben estar constantemente vigilados, ya que se asume que podrían constituir un riesgo real tanto para sí mismos, como para quienes los rodean. Una vez que sus síntomas son neutralizados pasan a la sala de agudos que les corresponda.
- b. Sala Valenzuela: Sala constituida por pacientes de sexo masculino. Atendiéndose en sus dependencias crisis agudas, como el primer brote psicótico o una esquizofrenia descompensada. La finalidad es compensar al paciente mediante la estabilización de su tratamiento y/o dilucidar su diagnóstico clínico.

- c. Sala Azócar:: Esta dependencia intrahospitalaria es homóloga a la sala Valenzuela, con la única diferencia de que ésta se halla destinada exclusivamente a población femenina. Se trabaja en base a un equipo interdisciplinario a fin de dilucidar el diagnóstico clínico de cada paciente y conocer su contexto social y familiar..

Tanto en Sala Valenzuela como en Sala Azócar es posible evidenciar que en la mayoría de los casos, sus pacientes han sido derivados de la Unidad de Cuidados Especiales, U.C.E, teniendo en esta unidad una estadía de alrededor de 21 días, siendo los usuarios- luego de su compensación- dados de alta a sus domicilios y eventualmente de no contar con el apoyo de familiares, derivados a un Hogar Protegido.

- d. Unidad de Mediana Estadía (U.M.E.): En esta unidad se acogen a aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos graves, refractarios al tratamiento y que muchas veces conjugan su patología con otros trastornos como autismo, retardo mental, retraso psicomotor, entre otros.

Se trata de pacientes de larga evolución, crónicos, y que por lo general presentan un gran deterioro en las distintas áreas de su desarrollo, tanto por las características de su enfermedad como por el proceso de institucionalización que les ha tocado vivir.

El propósito de este segmento es que estos pacientes reciban un tratamiento terapéutico adecuado y oportuno, orientado a facilitar su inserción dentro de un Hogar Protegido y/o eventualmente en otras iniciativas de tratamiento psicosocial de cohorte diurna, como lo es la denominada “Casa Club”.

- e. Unidad de Desintoxicación (U.D.D.): En esta unidad se hallan internas las personas que presentan serios problemas de adicción al alcohol y/o a las drogas y que requieren de un proceso de desintoxicación intensivo.

- 2. Atención Abierta: Este tipo de atención se caracteriza por desarrollarse de forma ambulatoria, esto quiere decir que los usuarios que acuden a las institución lo hacen de forma espontánea o derivados a través de una interconsulta otorgada por Hospitales o Centros de Salud, en la medida que necesiten atención Psiquiátrica, pero que no requieren hospitalización.

El equipo de trabajo encargado de ésta área está constituido por: Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeros y Auxiliares Paramédicos, encontrándose dentro de sus principales quehaceres, los siguientes:

- a. Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria: Este centro de salud tiene a su cargo el cuidado de pacientes con patología psiquiátrica severa. El tipo de atención que ofrece es de atención secundaria y terciara, la cual implica tratamiento y hospitalización, respectivamente.
- b. Policlínico: Este servicio es una instancia de atención de nivel secundario, por lo que se trata de un centro especializado en problemas de salud mental. La población a quien se dirige la atención es principalmente pacientes derivados por interconsultas provenientes de otros hospitales de la región, de consultorios de atención primaria, o bien a aquellos llegados por demanda espontánea.
- c. Unidad de Fármaco Dependencia (U.F.D.) y Hospital Diurno para pacientes con drogodependencia (H.D.D.): La atención está dirigida a personas que presentan problemas de adicción a estupefacientes, los cuales optan por participar en un programa de ocho meses de duración.

Consiste en entrega de apoyo desde diversas dimensiones tales como: psicoterapia grupal, individual, diversos talleres, apoyo familiar, entre otros, siendo fundamentalmente relevante el trabajo desarrollado en este sentido por la posta antialcohólica del Hospital.

- d. Hospital Diurno para Pacientes con Patología Dual: Constituye el dispositivo más nuevo con el que cuenta el Hospital del Salvador y corresponde a una instancia para trabajar con pacientes que presentan dos patologías, vale decir, se abordan aquellos casos en que se identifica la coexistencia de trastornos psíquicos con un consumo problemático de alcohol y drogas de diversa índole.
- e. Hospital Diurno para Pacientes con Trastornos Psiquiátricos Severos: Esta unidad otorga tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial a pacientes compensados diagnosticados de trastornos psicóticos caracterizados por su cronicidad.

Dentro de las actividades del hospital diurno, se contemplan, iniciativas que, a través de una modalidad ambulatoria que incorporan a la familia de los pacientes, intentan para facilitar la recuperación de las habilidades sociales, instrumentales, cognitivas y afectivas de los usuarios; con el objetivo de reconstruir los vínculos sociales de éstos y estimulando el desarrollo de potencialidades y destrezas que les permitan desenvolverse efectivamente en el medio extrahospitalario.

- f. Hogares Protegidos: Como componentes de la red de servicios de rehabilitación psicosocial corresponden a instancias residenciales para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente no disponen de apoyo familiar ni de habilidades para vivir de manera independiente.

El Hospital del Salvador cuenta actualmente con nueve Hogares Protegidos distribuidos en la Provincia de Valparaíso –ocho en la Comuna de Valparaíso y uno en la de San Antonio- y que albergan a un total de 68 personas con discapacidad de causa psíquica.

Es en este contexto institucional, dependiente de la Unidad de Mediana Estadía (U.M.E.) del Hospital del Salvador donde se enmarca la experiencia de Seminario de Título a llevar a cabo por la Alumna Srta. Victoria Chalot Navarro durante el período comprendido entre marzo y noviembre del año 2007.

Por lo anterior es que se hace imprescindible indagar en esta modalidad de atención ambulatoria de pacientes con trastornos psiquiátricos severos; en sus características generales y propósitos, en sus énfasis y su relación con la actual Política Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y en fin, en la relevancia que ha adquirido su presencia institucional en sus quince años de existencia y que, sin lugar a dudas llaman la atención respecto de la premura de llevar a cabo una evaluación integral de los mismos.

### 1.5 Aspectos generales del Programa de Hogares Protegidos:

El Ministerio de Salud define a los Hogares Protegidos como aquellas instancias residenciales de carácter alternativo, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias.

Los Hogares Protegidos<sup>1</sup>, en tanto dispositivos de la Red de Servicios de Salud Mental de carácter público o privado persiguen proteger los derechos esenciales de atención y cuidados especiales de un grupo de población con discapacidad psíquica altamente vulnerable.

Su objetivo general es el de *“Integrar las necesidades habitacionales con las de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de las habilidades que se relacionan con su desempeño en el hogar”*.

De este modo, el hogar debe favorecer el acceso paulatino a mayores niveles de autonomía de sus residentes, mediante la estimulación permanente en diversas áreas de la vida diaria, propendiendo con ello a un mejoramiento de la calidad de vida y al desarrollo del potencial personal, social y laboral de las personas con trastorno psiquiátrico severo.

Asimismo, la normativa vigente establece que la dinámica *intrahogar* debe garantizar la generación de una lógica de funcionamiento lo más asimilable posible a las relaciones propias de un grupo humano que habita en una residencia común, es decir, deberá fomentar la participación; promover la expresión de sentimientos, ideas y opiniones; el respeto, la tolerancia y la afectividad entre sus residentes, sean éstos portadores de una dolencia de salud mental o no.

Para lograrlo, el Programa de Hogares Protegidos -implementado a nivel nacional- dispone de un marco regulatorio para velar por su funcionamiento y gestión y que se materializa en una Norma Técnica específica emanada del Ministerio de Salud, sustentada a su vez, en las disposiciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

---

<sup>1</sup> Norma Técnica sobre Hogares Protegidos. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 2000.

Tal Norma Técnica está caracterizada por la obligatoriedad de sus disposiciones en el caso de los organismos dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de aquellas entidades privadas adscritas a los edictos del DFL N°36/80<sup>2</sup>, manteniéndose sólo como referente técnico para las instancias privadas que no se hallan adscritas a dicha modalidad.

En el desarrollo alcanzado en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000), se ha logrado identificar, dentro de la población total de personas que presentan algún trastorno de salud mental, un subgrupo que detenta un trastorno psiquiátrico severo -generalmente de larga evolución- diferenciados por la ausencia de referentes afectivos significativos -*redes de apoyo primario*- y de habilidades personales y sociales que les permitan asumir el desafío de iniciar una vida independiente.

A las secuelas de abandono, desarraigo y situaciones de desamparo que generalmente caracterizan a una patología mental se agregan -como consecuencia- dificultades en el desarrollo e integración social de los mismos, con escasos recursos psicosociales remanentes y fuertes secuelas asociadas a la cronicidad de la enfermedad en todas las áreas de funcionamiento, con *déficit* importantes en sus habilidades sociales, lo que entorpece aún más su abordaje terapéutico, su recuperación, su proceso de rehabilitación y su re-integración social ulterior.

La compleja situación que rodea a este segmento de la población la hace ser altamente vulnerable en su condición de vida y presentar notables dificultades para resolver sus requerimientos básicos de autocuidado y participación. Por ello y dado su grado de discapacidad es que ha de ser considerada como una población sujeto de beneficios sociales y de protección sanitaria, social y económica.

En este sentido, los Hogares Protegidos son concebidos como instancias residenciales *de tránsito* para personas con dicho perfil provenientes, tanto desde hospitales psiquiátricos; servicios de psiquiatría en hospitales generales; servicios de atención psiquiátrica ambulatoria o bien, procedentes de otros componentes de la red asistencial, siendo su proceso de selección una responsabilidad conjunta del Equipo Técnico, con los propios postulantes y sus familias en los casos que corresponda.

---

<sup>2</sup> Decreto con Fuerza de Ley N°36 de 1980: Corresponde al cuerpo legal que establece las normas que regularán los convenios que celebren los servicios de salud con otras entidades, relativos a las acciones de salud que a dichos servicios corresponde ejecutar.

A objeto de favorecer la satisfacción de necesidades de este subgrupo es que se requiere de articular y organizar servicios que tengan como fin el resguardo de sus derechos esenciales en tanto seres humanos, con prestaciones brindadas próximas a sus entornos naturales de vida y con la mayor integración posible a la dinámica vecinal como cualquier otro miembro de la comunidad, teniendo como referentes de atención los principios de *protección, rehabilitación* y búsqueda de una paulatina *integración social* de quienes en ellos habitan.

De este modo los Hogares Protegidos, se posicionan como una alternativa transicional, generalmente desde el espacio institucional –asilar- hacia la vida *extrahospitalaria*, siendo planteados analógicamente como un puente hacia la comunidad.

Por ello y por ser sus sujetos de atención personas altamente susceptibles en términos generales y específicos es que tales dispositivos no pueden funcionar de manera antojadiza, sino que por el contrario, deben obedecer a los edictos ministeriales manifiestos en la Norma Técnica (2000), documento donde se consignan, además de antecedentes relativos a los usuarios, prestadores y supervisores de Hogares Protegidos, información alusiva a sus rasgos esenciales de instauración y funcionamiento.

Coherente con lo anterior es que a continuación se presenta Cuadro 1.1, donde se consigna de manera esquemática una síntesis de las características fundamentales de los Hogares Protegidos del país<sup>3</sup>, como medio para familiarizar al lector con el contexto institucional en el que se llevará a cabo la presente experiencia evaluativa.

Cuadro 1.1:

Síntesis de las características generales del Programa de Hogares Protegidos

<p><b>EN RELACIÓN A LAS LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROGRAMA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción de requerimientos básicos de habitación, alimentación, abrigo, etcétera.</li> <li>- Administración de medicamentos</li> <li>- Desarrollo de habilidades para la vida, estructuración de una rutina</li> <li>- Estimulación del desarrollo de conductas de autocuidado</li> <li>- Apoyo psicosocial que propenda a una mayor adaptabilidad y autonomía de las personas.</li> <li>- Vinculación a redes de apoyo</li> </ul>
---	---

<sup>3</sup> Op. cit N° 1







	<p>Tal equipo estará integrado por profesionales y técnicos de diversas disciplinas, representantes de la red asistencial de salud mental, del Servicio de Salud donde se ubiquen los dispositivos residenciales, de representantes de usuarios y sus familiares y de administradores de estos dispositivos residenciales.</p>
<p><b>FUNCIONES DEL EQUIPO TÉCNICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir lineamientos, asesorar y supervisar el funcionamiento del programa</li> <li>- Asesorar las prestaciones otorgadas en cada hogar protegido de su jurisdicción.</li> <li>- Analizar y evaluar la oferta/demanda de plazas residenciales para cada hogar protegido</li> <li>- Supervisar y evaluar el funcionamiento de estos mediante visitas y reuniones que darán lugar a informes que certificarán su funcionamiento</li> <li>- Monitorear el cumplimiento de la normativa</li> <li>- Promover la articulación de la red asistencial en la atención de salud general del usuario y la interrelación de programas de atención de salud en los distintos niveles y</li> <li>- Sensibilizar a la comunidad en temas de salud mental.</li> </ul>

Fuente: Elaboración personal

## 1.6 Programas de la Institución:

Los programas implementados en la actualidad por las diversas unidades del Hospital Psiquiátrico del Salvador, son los siguientes:

- Programa de Depresión: Dependiente del Policlínico del centro hospitalario y sustentado en un trabajo multidisciplinario orientado hacia la prevención y el tratamiento oportuno de los casos de depresión mayor en el espacio comunitario, siendo desarrollado en los ámbitos de atención de salud primaria, secundaria y terciaria.
- Programa Unidad Mediana Estadía: Conjunto de iniciativas dependientes de la unidad del Hospital del Salvador del mismo nombre y tendientes al logro –a través de un trabajo mancomunado de estimulación psicosocial- de mayores niveles de autonomía personal y funcional en pacientes con trastornos psiquiátricos severos, como transición hacia la vida fuera de dicho centro.
- Programa de Alcohol y Drogas: Se halla enmarcado dentro de las actividades habituales de la unidad de farmacodependencia del centro hospitalario y contempla la realización de talleres y encuentros con los pacientes que evidencien un consumo problemático de sustancias psicoactivas y los seres queridos de éstos, bajo una lógica de grupos de mutua ayuda.

En ese contexto, mediante el acompañamiento profesional y la contención del grupo de pares, se propenderá que la persona modifique su actitud y logre superar su dependencia, en un trabajo donde además se pone el acento en las problemáticas sociales existentes y subyacentes que podrían incidir en la configuración del consumo.

## 1.7 Recursos de la Institución:

En el apartado que a continuación se explicita, se dan a conocer la multiplicidad de recursos de que dispone el espacio institucional que amparará la realización de la presente Investigación Evaluativa, ello según las categorías de recursos humanos, económicos y materiales.

## a) Recursos Humanos:

La dotación de recursos humanos de que dispone el Hospital del Salvador está compuesta por Directivos, Médicos, Asistentes Sociales, Enfermeros, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos Paramédicos, Auxiliares de Servicio, Odontólogo, Nutricionista, Matrona, Químico Farmacéutico, Educadora de Párvulos, Administrativos, Secretarias, Estafetas y Chofer.

Tales recursos, si bien contribuyen a la configuración de un trabajo multidisciplinario, se sitúan en el contexto institucional de manera oscilante, variando su disponibilidad en relación, tanto a los requerimientos organizacionales y de la población-objetivo (número de horas, ámbitos de intervención, etcétera), como a la existencia de los recursos financieros necesarios para solventar sus prestaciones.

Con el propósito de graficar lo anteriormente señalado es que ahora se presenta Tabla 1.2, con un detalle de los recursos humanos de que dispone la institución patrocinante:

Tabla 1.2:  
Recursos Humanos Hospital del Salvador

CARGO	DOTACIÓN
Directivos	3
Profesionales Biopsicosociales	47
Técnicos	56
Odontólogo	1
Directivos Ley Médica	2
Químico Farmacéutico	1
Auxiliares de Servicio y otros funcionarios	46
Administrativos	21
<b>TOTAL</b>	<b>178</b>

Fuente: Oficina de Personal Hospital del Salvador.

## b) Recursos Financieros:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador posee dos fuentes de financiamiento, la primera corresponde a los recursos económicos designados anualmente por el Ministerio de Salud y la segunda a los recursos financieros proporcionados por la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), asignados a los pacientes que están en tratamiento de drogas.

Durante el año 2006, de acuerdo a cifras dadas a conocer por el ex Director del Hospital del Salvador, Dr. Raúl Cárdenas C<sup>4</sup>. se dispuso de un total de \$1.643.341.- de los cuales, un 71,2% estuvo destinado sólo al pago de remuneraciones del personal del centro hospitalario, siendo el porcentaje restante guiado a la realización de actividades orientadas a los pacientes del mismo y a la comunidad en que se halla inserta el establecimiento.

## c) Recursos Materiales:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador cuenta con una portería, una unidad de estadística, contabilidad y servicios generales, cuatro edificaciones de dos pisos, en una de ellas cuenta con una unidad de electroencefalografía (EEG), un policlínico, una oficina de SOME y dependencias administrativas.

En el segundo edificio es utilizado en su plenitud por la unidad de mediana estadía (UME) al igual que el tercer y cuarto edificio, en los que se sitúan las salas de pacientes agudos femeninos (Azócar) y la unidad de desintoxicación (UDD) y sala de pacientes agudos masculinos (Valenzuela) y Pensionados respectivamente.

También se encuentra la unidad de cuidados especiales (UCE), una posta dental, una unidad de alimentación, comedor, baños para el personal, una capilla, una cancha y una cafetería abierta al público.

El Hospital del Salvador se sitúa en un inmueble caracterizado por su antigüedad (sin conexiones interiores entre algunas dependencias), existen edificaciones de material sólido y mixto (principalmente las estructuras ubicadas a la entrada del Hospital donde funcionan la unidad de farmacodependencia, el hospital diurno psicóticos, la farmacia y posta antialcohólica).

---

<sup>4</sup> Tales antecedentes fueron dados a conocer en la Cuenta Anual de Gestión 2006 del Hospital Psiquiátrico del Salvador, en una jornada realizada durante abril del año 2007.

En términos generales se encuentran en buenas condiciones ambientales, algunos sectores evidencian humedad (edificaciones anteriormente mencionadas) y pintura deteriorada, techumbre aparentemente en adecuadas condiciones; baños, puertas y ventanas bien mantenidas.

Algunas de estas condiciones podrían afectar al personal, desmotivándolo a trabajar por tratarse de un lugar frío y húmedo. Esto también influye en el paciente y su familia. Además es un factor de riesgo laboral, ya que propicia la adquisición de patologías respiratorias en el personal; y en los pacientes puede ser un factor desencadenante o agravante de patologías.

Los recursos con que cuenta una institución son de mucha importancia para el desarrollo de sus funciones en pos del logro de sus metas, es por eso que es importante reconocer sus recursos económicos, materiales (infraestructura), y humanos, en esta línea revisaremos al Trabajo Social Profesional dentro de la institución como un recurso sinérgico al sumarse a través del accionar interdisciplinario, ya que se espera tratar al paciente en su integralidad, atendiendo así los requerimientos con una mirada biopsicosocial.

## 1.8 Trabajo Social en la Institución:

El quehacer profesional del Trabajo Social en la institución, atraviesa diversas dimensiones que van desde la conformación de equipo multidisciplinario, en el cual los profesionales se preocupan de otorgar una atención integral a las personas que sufren diferentes patologías severas, así como también a sus familias; contribuyendo a la reparación de sus redes sociales y de apoyo, a fin de obtener un resultado óptimo en su tratamiento y calidad de vida.

El objetivo de intervención de Trabajo Social es la *rehabilitación*, la cual se desarrolla a través de un proceso educativo destinado a ayudar al paciente a hacer uso de sus capacidades residuales y a la instauración de habilidades sociales y laborales que le permitan reincorporarse a su familia y medio social.

El rol profesional opera sobre la base de la delimitación de los tres procesos que configuran el trabajo en el ámbito de la salud mental y que dicen relación con la investigación diagnóstica, el tratamiento/rehabilitación y el seguimiento de los casos.

A continuación, se presenta Cuadro 1.2 con los principales roles desempeñados por el profesional Asistente Social al interior del Hospital Psiquiátrico del Salvador en los niveles de intervención de caso-familia, grupo y comunidad:

Cuadro 1.2:  
Roles del Asistente Social en el Hospital del Salvador

ROL	FUNCIÓN
Educador Social Informal	Orientación e información a usuarios y familiares en torno a diversos tópicos.
Implementador de Políticas Sociales	Articulación de las políticas de atención, acciones en beneficio del paciente e implementación de redes de apoyo.
Investigativo	Pesquisa de información del paciente y su medio familiar, laboral y social en el contexto de la institución. Se coordina con el medio externo donde existen otras instituciones con las que se vinculan.
Planificador	Programación de las distintas actividades que se llevarán a cabo para lograr el cumplimiento del objetivo propuesto.
Coordinador	Se coordina y se deriva con las diversas instituciones y servicios tanto a nivel interno como externo con las que se vincula.
Terapéutico	Creación de conciencia de enfermedad en el paciente y su núcleo familiar, educándolos respecto de las características, evolución, tratamiento e implicancias de la patología, a través de sesiones socioeducativas de pareja, familia y grupos.

Fuente: Elaboración Personal

## CAPÍTULO 2.

### ASPECTOS TEÓRICOS DE SALUD

#### 2.1 CONCEPTO DE SALUD

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha estado condicionado, tanto por el relativismo cultural, como por los diversos énfasis otorgados al mismo dependiendo de quién o quiénes sean los que aludan a la misma, por ello es que es plausible afirmar que se trata de un concepto dinámico, en constante discusión y evolución.

No obstante lo anterior, existe consenso al considerar la conceptualización emanada de la Organización Mundial de la Salud, OMS como el principal referente semántico a la hora de referirse a la salud, entendida por el organismo internacional como *“Un completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad”*.<sup>5</sup>

Evidentemente, dicha definición refleja que la salud es un estado o condición humana multidimensional que supone los siguientes atributos esenciales:

- Adaptación biopsicosocial: Asociado al equilibrio dinámico entre los sistemas biológicos, psicológicos y socioculturales del individuo, incluyendo la capacidad de éste para hacer frente a los diversos eventos propios del ciclo de la vida.
- Autoactualización: Entendida como la maximización del potencial de la persona, por medio de comportamientos orientados hacia la obtención de metas, el crecimiento personal reflexivo y el logro de una vida plena y productiva.

El giro copernicano experimentado en términos de la conceptualización de lo que es la salud ha supuesto una verdadera transición ideológica hacia un enfoque de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva multidimensional, que supera la impronta de antaño, marcada por el reduccionismo por asumir que las dolencias sólo podían ser atribuidas a alteraciones biológicas en el individuo.

---

<sup>5</sup> Medina V., Carlem “Significados que le atribuyen los participantes al Programa de Desarrollo Psicomotor del Consultorio Las Torres de Viña del Mar”, Tesis para optar al Título de Trabajadora Social y a la Licenciatura en Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2007.

Un cambio de perspectiva implica necesariamente modificar las prácticas en el ámbito sanitario, reorientándolas hacia una concepción global de la salud, en tanto proceso multifactorial que requiere de acciones profesionales conjuntas con sello promocional, centradas en la persona en constante relación con el entorno socio histórico cultural en que se sitúa.

## 2.2 POLÍTICA DE SALUD EN CHILE

La Política Pública es un elemento de suyo importante en la configuración del objeto de investigación evaluativa, en tanto se sitúa como el marco regulatorio del quehacer de la entidad hospitalaria que ampara esta experiencia profesional, emanando de ella los lineamientos y directrices que articulan y determinan el accionar de las instancias de salud pública del país.

En este sentido, una Política Pública corresponde a la respuesta específica desde el gobierno hacia una temática particular, dependiendo sus orientaciones de la trayectoria histórica que cada área haya experimentado, de los énfasis que se le otorguen en cada período desde la esfera política y de la administración ministerial vigente en un momento determinado.

A objeto de dar cuenta del enfoque actual que tiene la política del sector salud en nuestro país, se hace necesario exponer brevemente algunos elementos claves de su evolución histórica:

### 2.2.1 Historia de la Política de Salud en Chile<sup>6</sup> :

- Etapa de la caridad 1550-1850: La caridad se configura como el motor de las acciones de salud entre la época colonial y la primera mitad del siglo XIX. Es a través de la iglesia y la beneficencia pública que se entregan bienes y recursos para la atención desprofesionalizada de enfermos.
- Etapa de la ciencia y el Estado 1850-1960: En Chile se vivencia la irrupción y el proceso de incorporación de los productos de la ciencia y de las doctrinas sociales predominantes en el mundo occidental, empero se evidencia el surgimiento de un problema social en el sentido de una correlación entre pobreza y enfermedad, lo que aumentó las demandas hacia el Estado que incidieron en su ulterior intervención en el área sanitaria.

---

<sup>6</sup> Op.cit N°5

- Etapa de apoteosis del Servicio Nacional de Salud 1960-1970: En esta fase en cuando comienzan a legitimarse las nuevas *praxis* en el ámbito sanitario; aumenta la cohesión en los equipos y se desarrollan e implementan nuevos programas que amplían la cobertura y los alcances de las iniciativas provenientes de los servicios de salud pública.
- Etapa de la descentralización y la privatización 1973-1989: Durante el gobierno militar el país adopta un modelo económico social de corte neo-liberal, caracterizado por la –valga la redundancia- liberación de las diversas actividades y la primacía en este sentido de la ley de la oferta y la demanda.

La salud no se mantuvo ajena a este nuevo escenario, y es en este contexto cuando surgen entidades como las Instituciones de Salud Provisional, ISAPRES y las Administradoras de Fondos de Pensión, AFP, que constituyen verdaderos hitos de la previsión social y de salud chilena, cuyas implicancias resuenan hasta nuestros días.

- Etapa de la restauración democrática 1990- : Con el término del gobierno de Augusto Pinochet, la nueva administración nacional a cargo de una coalición opositora al antiguo régimen, asume el desafío de superar las brechas y deudas sociales heredadas del anterior período.

Ello fue lográndose paulatinamente, a través de un aumento significativo de la inversión en salud pública y del diseño de un programa de múltiples reformas que supondrían el acceso a un cambio de paradigma, con un cariz promocional y centrado en el bienestar biopsicosocial de los individuos y comunidades.

### 2.2.2 Orientaciones de la Política de Salud en Chile:

El devenir sociohistórico vivenciado por nuestro país se constituye *a priori* como uno de los factores determinantes de los lineamientos de las políticas sanitarias, influyendo notoriamente en los acentos puestos en el ámbito de la prestación de servicios de salud durante cada gobierno.

En este contexto es pertinente enunciar como los énfasis otorgados al sector salud por los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (1990- ), están orientados por una impronta preventivo-promocional, con hincapié en la equidad en el acceso a la atención de salud, basado en un paquete de reformas que permitan aumentar la resolutivez sectorial, mediante un modelo de gestión sustentado en una mayor participación ciudadana y en el mejoramiento de los estándares de calidad.

La re-estructuración de la salud pública en Chile y la consiguiente definición de nuevos lineamientos sectoriales han influido en todos los planos del quehacer sanitario, siendo uno de sus principales protagonistas, el ámbito de la salud mental de las personas.

### 2.3 CONCEPTO DE SALUD MENTAL:

#### RESPUESTAS GUBERNAMENTALES ANTE UN ESCENARIO DE CAMBIOS

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y sin duda, las condiciones de la vida moderna, especialmente en la grandes ciudades son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser –junto a los accidentes y enfermedades crónicas- uno de los grandes desafíos para las próximas décadas.

En este sentido cabe enunciar la definición que la Organización Mundial de la Salud otorga a la Salud Mental, en cuanto alude a *“Un estado de bienestar mediante el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades”*.

Así, las conceptualizaciones de lo que es la salud mental incorporan la esfera subjetiva, el bienestar autopercebido; las competencias; la dependencia intergeneracional y el reconocimiento de la habilidad para realizarse intelectual y emocionalmente, permitiendo a los individuos desarrollarse y lograr sus propios objetivos.

Como contraparte a lo anterior, la misma entidad internacional define la enfermedad mental como *“Un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo no se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas”*.<sup>7</sup>

Concretamente y, desde un punto de vista médico, las enfermedades mentales son aquellas que afectan el funcionamiento del sistema nervioso, desencadenando una sintomatología que debe ser tratada para disminuir los efectos y las alteraciones que tales dolencias traen consigo para el relacionamiento y el desempeño de roles sociales<sup>8</sup> en quienes las padecen.

En este sentido cabe subrayar el hecho de que los trastornos mentales, distan mucho de ser realidades ajenas, sino que son problemas que afectan a las sociedades en su totalidad y no sólo a un segmento de ella sin que existan individuos inmunes, siendo empero los más propensos a sufrirlas, las personas expuestas a una mayor vulnerabilidad social, como lo son quienes tienen menos recursos económicos; los desempleados; las mujeres maltratadas; los migrantes y refugiados y los adultos mayores abandonados.

Los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización acelerada, generándose cambios en muchos aspectos de la vida que están llegando a ser condiciones que desestabilizan el desarrollo y la salud mental de la población. En el perfil de problemas de salud de estos países se entremezclan problemas sanitarios propios de la pobreza con patologías características de una población que envejece.

Las enfermedades no transmisibles vinculadas a estilos de vidas, entre ellas los trastornos mentales, constituyen ahora el principal reto para lograr mejoras en morbimortalidad y en la calidad del mayor número de años de vida proyectado en nuestros días.

La transición epidemiológica vivenciada hoy por hoy alrededor del orbe implica que las enfermedades mentales aumenten su prevalencia y sean responsables de parte importante del sufrimiento y deterioro general en la calidad de vida de las personas.

---

<sup>7</sup> Definición extraída del sitio web de la Organización Mundial de la Salud, [www.oms.org](http://www.oms.org). Abril de 2007.

<sup>8</sup> Rol Social: Alude al comportamiento esperado para un determinado estatus

Lo anterior queda respaldado de manera categórica por cifras emanadas de la Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup> (2004) y que señalan que más de 450 millones de personas a nivel mundial presentan algún tipo de trastorno de carácter neuropsiquiátrico, siendo 1 de cada 4 hogares portadores de algún miembro con este tipo de dolencias, lo que sin dudas repercutirá en la salud mental del resto de los integrantes de la familia.

A nivel nacional, en tanto la Encuesta Nacional sobre Discapacidad, llevada a cabo por el FONADIS señala que un 5,87% de la población chilena, equivalente a 121.487 personas padece algún tipo de trastorno o discapacidad de causa psíquica,<sup>10</sup> Fondo Nacional de la Discapacidad (2004).

En la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan tanto a hombres como mujeres. Grupos nuevos y más numerosos alcanzan niveles significativos de riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, determinando que las necesidades de salud mental en la actualidad y proyectadas al año 2010, sean enormes.

En este escenario, el Estado de Chile ha explicitado que la salud es un bien natural y social y que el goce de un grado máximo de salud y una atención integral en este sentido constituyen derechos humanos esenciales<sup>11</sup>.

Por ello es que el Ministerio de Salud, en tanto organismo encargado de la formulación de políticas y estrategias tendientes a garantizar el ejercicio del Derecho a la Salud de todos los habitantes de la nación, sustentado en los principios de Participación, Equidad, Modernización y Descentralización ha decidido adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, desarrollando acciones dirigidas a la salud en general y en particular hacia el ámbito de la salud mental, especialmente a partir desde 1990.

---

<sup>9</sup> "Invertir en Salud Mental" Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. 2004.

<sup>10</sup> Cabe destacar que dichas cifras no contemplan a aquellas personas que presentan daños de carácter orgánico, ni las que presentan discapacidad de tipo intelectual.

<sup>11</sup> La Constitución Política de Chile del año 1980 en el inciso 9 de su artículo 19, titulado "El Derecho a la Protección de Salud" establece que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de los individuos.

En los albores del siglo XXI, el MINSAL asume la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la atención sanitaria. De la forma más participativa y consensuada posible, intentando con ello atender a la deuda histórica existente con esta área de la salud, integrando para ello nuevos recursos, acciones intersectoriales y un compromiso con el logro de sus objetivos y la expansión de su cobertura en el tiempo.

La Reforma al sector salud impulsada con el retorno a la democracia y concretada bajo los gobiernos de Ricardo Lagos Escobar y Michelle Bachelet Jeria, tienen como sustento valórico los siguientes principios<sup>12</sup>:

- **Equidad:** El nuevo modelo de atención busca poner al alcance de todas las personas las acciones de salud que ellas necesiten, sin discriminación de ninguna índole.
- **Calidad:** Los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico ocurrido en los últimos años implican la incorporación de esta variable como uno de los énfasis del sector, tanto desde un punto de vista técnico, como de la percepción que de las prestaciones tienen los usuarios.
- **Accesibilidad:** Se espera que toda persona pueda acceder de manera oportuna a la atención de salud que requiera. Ello persigue disminuir los tiempos de espera, asegurando de este modo el derecho a la salud de todos los chilenos, independiente de sus peculiaridades individuales y ubicación geográfica.
- **Integralidad:** Uno de las principales falencias de los sistemas de atención de salud se refiere a la excesiva especialización de éstos y que por lo general da lugar a respuestas sanitarias de carácter fragmentario y disperso.

Lo previo puede tener implicancias tanto positivas como negativas en cuanto a que bajo estos preceptos es posible acceder a buenos resultados en términos de costos/beneficios de las acciones de salud. Empero, al mismo tiempo se sub-estima la complejidad de los fenómenos sanitarios, obviando en muchos casos la multiplicidad de condicionantes ambientales que inciden en la configuración de la enfermedad.

Por esto es que el nuevo modelo plantea la superación de tal dicotomía, incorporando una mirada holística de la persona, promoviendo su activa participación en las acciones de salud.

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud Chile. División de Salud de las Personas. Santiago de Chile, 1998.

- **Participación Social:** Un componente clave es el diseño de un modelo que promueva y privilegie la participación activa de la comunidad en la definición de las prestaciones y cuidados que espera recibir y en la selección de las estrategias que pondrán a su alcance las iniciativas sanitarias que requieran.
- **Humanización:** A través de este principio se persigue que los cuidados de salud sean percibidos por sus beneficiarios como respuestas a sus necesidades y como servicios personalizados que reconozcan la diversidad de los usuarios de atenciones de salud.
- **Heterogeneidad:** La flexibilidad constituye un elemento esencial a la hora de dar cuenta de la variabilidad existente actualmente en el ámbito sanitario, dada la desigual evolución que han presentado en nuestro país los procesos de transición demográfica, epidemiológica y en términos de estilos de vida de la población.

En este tenor, es imprescindible dedicar un apartado especial al instrumento especializado diseñado por el Ministerio de Salud chileno en el año 2000 para hacer frente a las nuevas coyunturas sanitarias vinculadas al área de la Salud Mental, obedeciendo a los fenómenos previamente descritos, en términos de cambios auspiciados por las oscilaciones socioculturales/ambientales y que amalgamadas configuran un nuevo escenario desde el punto de vista de la salud pública.

## 2.4 PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría<sup>13</sup> tiene, como un aporte al desarrollo humano del país, el propósito de *“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”*.

El Plan se basa en el concepto de salud propugnado por la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de un bienestar biopsicosocial que está condicionado, en gran medida por el estado o nivel de desarrollo alcanzado por el país de residencia en términos económicos, políticos, sociales y de salud pública.

Vale decir, la salud y en especial la salud mental, constituyen un fenómeno de carácter *multifactorial* que no sólo depende de las condicionantes biológicas inherentes a las personas y grupos, ni es un fenómeno exclusivamente individual determinado únicamente por los sistemas sanitarios.

Agregándose a ello la demostración empírica de que es posible mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de enfermedades mentales, pues –como se ha observado- el deterioro individual no depende sólo de la patología de base, sino que además, se ve notablemente influido por las condiciones socioeconómicas, sanitarias y por el comportamiento social de la familia y de la comunidad en que se hallan insertos.

Tales postulados adquirieron mayor fuerza con el reconocimiento oficial realizado en la I Reunión de Ministros de Salud Iberoamericana, realizada en La Habana-Cuba (1999) y donde se enfatizó que la salud debe ser considerada como un recurso indispensable para el desarrollo y sustentabilidad de las naciones, así como una capacidad que permite a las personas, grupos y comunidades influir y mejorar sus condiciones de vida.

Por tanto, las acciones que favorecen la salud en general y, en particular la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo.

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud, “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”. Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Chile. Santiago de Chile, 2000

Es decir, a partir del año 2000 todas las iniciativas a nivel nacional están estampadas por un *énfasis biopsicosocial* y focalizadas en generar mayores niveles de bienestar y autonomía que permitan a la persona acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que ésta y su familia necesitan, intentando de este modo minimizar la discapacidad y sus secuelas en términos de marginación social, habitacional y laboral, estimulando la generación de espacios de integración para las personas con problemas de salud mental.

El modelo de atención planteado entonces, está caracterizado por *privilegiar la atención ambulatoria por sobre la atención cerrada, enfatizar la calidad técnica y humana y fortalecer la participación del usuario y su familia/ seres queridos* en el proceso de atención en salud mental

Son los avances científico-tecnológicos en el campo de la biología, la psiquiatría y las ciencias sociales, los que en general, permiten hoy formular políticas de salud mental más ambiciosas y disponer de intervenciones efectivas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Utilizar tales progresos y su evidencia para la orientación técnica y la evaluación sistemática de las prestaciones se perfila como un desafío si lo que se quiere es facilitar la adecuada utilización de los recursos existentes, en beneficio de las personas que más los necesitan.

Por ello es que el llamado es a que las acciones en promoción y prevención tengan la capacidad de influir y modificar paulatinamente las condiciones nocivas para la salud, por medio de intervenciones intersectoriales sobre las formas de vivir de las personas, familias, grupos y comunidades, siendo en este sentido el *trabajo en redes participativas* un recurso *sine qua non* para el tratamiento, recuperación y rehabilitación de las personas con este tipo de trastornos, corroborando en este sentido que los progresos en este ámbito trascienden la esfera de responsabilidad del Ministerio de Salud.

Por eso es que la prevención, la detección y el tratamiento precoz y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores, puesto que precisamente la identidad y el sentido de pertenencia se configuran como factores protectores, debiendo privilegiarse las atenciones más cercanas a los espacios naturales de las personas y en caso de necesitarse atención cerrada, ésta deberá ser en instancias lo más parecidas posibles a un ambiente familiar.

De este modo la puesta en marcha y el desarrollo del Plan Nacional, fortalece el proceso de reforma psiquiátrica iniciado a comienzos de la década del 90' y que ha permitido mejorar y diversificar progresiva y sustancialmente la oferta de atención de salud mental dentro del sistema público de salud.

La *comunitarización de la atención psiquiátrica* se posiciona en este sentido como el énfasis ministerial, en tanto las acciones para la rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral -constituyentes de la atención integral- parten del espectro extra hospitalario, requiriendo en forma especial del protagonismo de las personas con trastornos psiquiátricos, sus familias y seres queridos y del trabajo mancomunado de las distintas instancias públicas y privadas de la comunidad.

Así, en el ámbito nacional se ha logrado aumentar la oferta de atención del sistema público, con nuevas Unidades de Hospitalización de Corta Estadía insertas en Hospitales Generales, Unidades de Mediana Estadía, Unidades Forenses, Hospitales Diurnos, Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Hogares y residencias Protegidas, Clubes de Integración Social y Centros de Rehabilitación Psicosocial<sup>14</sup>.

No obstante, para el desarrollo de un Plan de esta naturaleza y envergadura, se requiere la definición explícita de un marco valórico y de principios que deben constituir el eje de todas sus acciones; un programa de las actividades que necesita la población, una red de servicios clínicos integrada en la red de salud general, recursos humanos suficientes y con las competencias necesarias; formas de participación activa y regular de usuarios, familiares y organizaciones sociales; coordinación intersectorial con diversos actores que influyen en la temática de la salud mental y formas de financiamiento que aseguren su instalación y sustentabilidad en el tiempo.

---

<sup>14</sup>Entendido como "Un proceso individualizado de desarrollo del máximo de potencialidades y capacidades de acuerdo a intereses, valores y objetivos personales" Ministerio de Salud, Chile. 1996.

#### 2.4.1 Prioridades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría:

El Programa se configura como una respuesta a todas las necesidades que tiene la población en salud mental, por ende, no existen problemas, enfermedades ni grupos o personas excluidas de la atención.

Empero, para cada etapa del desarrollo de sus acciones, tanto de prevención, como de promoción, recuperación y rehabilitación, se definen acentos estratégicos o prioridades sobre la base de criterios como la magnitud del problema, sus características epidemiológicas, su impacto social, su costo económico, la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades técnicas necesarias para llevarlos a cabo.

En este tenor, las prioridades estratégicas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría son las siguientes:

- Promoción y Prevención en Salud Mental,
- Trastornos de Salud Mental asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Represión Política (1973-1990),
- Trastornos de Hiperactividad/Niños y Jóvenes en edad escolar,
- Depresión,
- Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas,
- Alzheimer y otras demencias y los
- Trastornos Psiquiátricos Severos/Esquizofrenias.

Fue justamente en este último grupo donde se puso el énfasis para la realización de la presente aproximación profesional, en términos de que son los trastornos psiquiátricos severos –especialmente los diversos tipos de esquizofrenias-, sumados a la mayor dependencia y vulnerabilidad social, los denominadores comunes de los usuarios y usuarias de los nueve Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso y por ende, de la población-objetivo de esta investigación evaluativa.

Por ello es que a continuación, se explicitan antecedentes alusivos a las mismas, emanados de la política sectorial vigente en la actualidad y que sirvieron de sostén teórico metodológico para la acción ulterior:

#### 2.4.1.1 Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos: Esquizofrenias

La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida de la persona y conlleva un alto riesgo de suicidio y de menoscabo de la calidad de vida de ésta y de su entorno social mediato.

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, éstas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación a las mismas.

Según la Organización Mundial de la Salud, se trata de un trastorno que compromete las funciones esenciales que dan a la persona la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma; dañándose de este modo su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en actividades compartidas.

El inherente aislamiento de la persona se debe, tanto a que ésta se siente incapaz de comportarse de acuerdo a las expectativas del grupo o comunidad de pertenencia, como –particularmente– por el rechazo que su conducta produce en éstos y que acarrea situaciones de marginación social de quien detenta dicho diagnóstico.

En Chile, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud, la Esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1,02% en la población general, sin considerar las estimaciones oficiales los casos de personas que carecen de un diagnóstico médico en este sentido o que refieran una sintomatología incipiente de la enfermedad (primeros brotes).

Los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos –especialmente de psicofármacos– efectivos para disminuir los síntomas de esta dolencia, inhibiendo en mayor medida los comportamientos que puedan interferir en la convivencia de la persona con los demás, favoreciendo significativamente sus posibilidades de reinserción social y laboral, modificando, en parte el –hasta hace algunos años– *apocalíptico* pronóstico de este trastorno crónico.

De acuerdo a recientes estimaciones ministeriales, existe consenso internacional al señalar que los tratamientos que integran un adecuado uso de fármacos, con intervenciones de impronta psicosocial, demuestran sistemáticamente el mayor nivel de efectividad, traducido en un 60% de los casos, con personas que gracias a este tipo de abordaje mejoran notablemente sus condiciones generales de vida.

En este sentido son las *estrategias comunitarias* las que mayor costo-efectividad han expresado, permitiendo tanto mantener la compensación clínica de la persona con mayores niveles de satisfacción como descongestionar los hospitales psiquiátricos, disminuyendo la prevalencia de la tan arraigada *tradicón manicomial/asilar*, promoviendo por medio de la externalización de los servicios, la mayor autovalencia de la persona.

Existe evidencia que los equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en la comunidad logran una mayor adherencia por parte de las personas al tratamiento, -tanto farmacológico, como en las iniciativas de rehabilitación y reinserción psicosocial- que en los servicios acostumbrados, con una reducción de la tasa de internación hospitalaria y de muerte por suicidio.

La estrategia de atención en redes sociales permite incorporar recursos y potencialidades habitualmente *subutilizados*. La activa participación de las familias y de instancias de la comunidad que proporcionan un efectivo soporte social como complemento al tratamiento, permite una mayor cobertura, un seguimiento más eficaz y personalizado del paciente, *coresponsabilidad* o tratamiento compartido en la atención de casos, con la simultánea disminución del consumo de los recursos de mayor costo del sistema de salud, como son las hospitalizaciones y atenciones de especialistas, entre otros múltiples beneficios.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Op. cit. N° 11

## CAPÍTULO 3.

## ASPECTOS TEÓRICOS DE LA EVALUACIÓN

A través de la realización de una acuciosa revisión de la literatura actual vinculada al ámbito de las Políticas Públicas llama la atención que en su mayoría consignan el tema de la Evaluación como uno de los requerimientos esenciales de la Administración Pública de nuestros días.

Así lo confirma, a modo de ejemplo el hallar dentro de las líneas de acción del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría –antes descrito- la preocupación estratégica por “Evaluar en forma sistemática la eficiencia de la red en cuanto a satisfacción de usuarios, prestadores y de indicadores, tales como nivel de información, comprensión que tiene el paciente y sus familiares acerca de sus tratamientos, tiempos de espera, tiempos de traslado, continuidad del equipo tratante, etcétera”.

En este sentido cabe preguntarse ¿Por qué el tema de la Evaluación de Políticas y Programas Sociales se ha ido convirtiendo con el paso del tiempo en un problema central de la acción de los gobiernos?

Serrano y Raczynski plantean tres posibles razones/respuestas a las interrogantes antes enunciadas<sup>16</sup>:

- La primera es que el desarrollo y progreso social que se evidencian en el nuevo milenio no omiten ni aminoran la severidad de las problemáticas sociales, sean éstas de carácter habitual o emergente.
- En segundo lugar, es que a pesar de las innovaciones institucionales y programáticas las soluciones que se han puesto en marcha no siempre arrojan los resultados esperados. La complejidad de nuestras sociedades, caracterizadas por la desigual distribución de las oportunidades y las brechas que esto trae aparejado, exigen miradas más acuciosas sobre las iniciativas que se están implementando.
- Finalmente, la necesidad de evaluar se asocia con la permanente escasez de recursos; cuestión que puede ser mejor encarada si existe información que permita dar un uso eficiente de los mismos.

<sup>16</sup> Serrano Claudia y Raczynski Dagmar, “La función de la Evaluación de las Políticas Sociales en Chile”, Asesorías para el Desarrollo. Santiago de Chile, 2002.

Por ello es que podría aseverarse que el posicionamiento de la realización de Evaluaciones como un requerimiento institucional, se acentúa cuando se reconoce que como consecuencia de la globalización y del acelerado ritmo de los cambios constantemente van transfigurando las constelaciones de situaciones de precariedad y marginación social, configurando nuevos escenarios y nuevas coyunturas de vulnerabilidad que deben ser atendidas.

En este escenario cabe referirse a las diversas conceptualizaciones sobre Evaluación coinciden en enunciar tres elementos: es una tarea rigurosa y sistemática, tiene un carácter retrospectivo y persigue emitir juicios de valor sobre Políticas y Programas.

### 3.1 CONCEPTO DE EVALUACIÓN:

- Una Evaluación de Programas Sociales es el conjunto ordenado y sistemático de procedimientos que permiten establecer un juicio u opinión sobre el mérito o valor de un programa para tomar decisiones sobre él que apunten a su mejoramiento, Fernández-Ballesteros (1996).
- Una Investigación Evaluativa es un examen riguroso y sistemático de los logros de una política o programa en relación a las metas propuestas y efectos esperados, Vedung (1999).
- Evaluar consiste en la aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los programas de intervención social. Ballart (1992)
- Alude a todas las formas de valoración de la acción colectiva que puedan darse en un sistema público, es decir, se configura en un medio para construir evidencias y criterios que nos indiquen qué se ha hecho, para qué y hasta qué punto los quehaceres públicos se acercan a lo que estaba previsto para ellos, Dunn, (1999).

- La Evaluación es un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se deriven criterios útiles para la toma de decisiones en relación con su administración. Briones (1986)<sup>17</sup>

Evaluar, así implica preocuparse por los resultados, saber si se han obtenido o no los objetivos planteados. Pero la Administración Pública, en su modelo más extendido (racional-burocrático), no está pensada para preocuparse por los resultados, sino por la legalidad de su actuación, siendo vista más que como un productor de servicios, como una expresión de dominación legal, que ostenta mecanismos de control dirigidos más bien a la certificación del accionar administrativo, en términos de gestión, volumen de resultados e impacto.

No obstante, las nuevas exigencias sociales de la actualidad plantean la necesidad de saber hacia dónde son focalizados los recursos gestionados por los poderes públicos, cobrando particular relevancia el interés por saber si estamos acertando o no en la implementación de políticas y programas desde el gobierno.

Evaluar políticas y con ello conocer percepciones, establecer relaciones y elevar juicios valorativos específicos que tendrán flagrantes implicancias para la administración pública, en tanto que el mejoramiento continuo y la modernización, serán plausibles a través de tales análisis, pues gracias a ellos se podrá tener acceso a información referente a percepciones, niveles de satisfacción, fortalezas/debilidades, potencialidades y amenazas, que –claro está- servirán de base a la hora de tomar decisiones tendientes a la generación de cambios, tanto de carácter estructural, como en la conducta de los individuos.

Xavier Ballart<sup>18</sup>, defiende la tesis de que la Evaluación de Programas y Servicios Públicos, entendida en su sentido estricto, puede adoptar formas muy diversas, pudiendo ser llevada a cabo de acuerdo con metodologías muy diferentes. Según el autor, el mérito no está tanto en la naturaleza de la investigación como en la relevancia de la información producida en cada caso concreto.

---

<sup>17</sup> Briones Guillermo, "Evaluación de Programas Sociales. Teoría y Metodología de la Investigación Evaluativa". Editorial Universitaria. Santiago de Chile. 1986.

<sup>18</sup> Ballart Xavier, "¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?". Ed. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid, España. 1992.

Vale decir, la trascendencia de estos acercamientos investigativos radica en el logro de una comprensión más amplia de los procesos, con el objeto de aprender de cara a acciones futuras.

Por ello es que, siguiendo a Ballart (1992), es posible enunciar las principales contribuciones de la evaluación de Programas y Servicios Públicos:

- La Evaluación es un proceso reflexivo, sistemático y riguroso de indagación sobre la realidad, que atiende al contexto, considera globalmente las situaciones, atiende tanto a lo explícito como a lo implícito y se rige por principios de validez, participación y ética.
- Detenta una connotación técnica, en tanto es necesario repensar y crear instrumentos idóneos y confiables que enriquezcan el proceso de implementación de políticas y programas
- Evaluar es participar en la construcción de un tipo de conocimiento axiológico, interpretando la información, estableciendo visiones no simplificadas de la realidad
- El acto de evaluar y con ello el de valorar, asume un cariz ideológico, en tanto está condicionado por las concepciones histórico-sociales vigentes en un contexto determinado.
- Evaluar implica valorar y tomar decisiones que impactan directamente en la vida de otros. En tal sentido, es una práctica que compromete una dimensión ética, no siempre reconocida y que plantea la necesidad de impulsar procesos reflexivos/críticos tendientes a conciliar lo realizado con lo esperado para un programa específico.
- Incrementa la capacidad institucional de “rendir cuentas” de su quehacer ante la ciudadanía, logrando a través de los estudios y la sistematización de sus resultados, sofisticar la permanente evaluación –consciente o inconsciente- de éstos respecto del accionar oficial.
- Ofrece un vasto tema de investigación que dará lugar a instrumentos con sustento empírico, orientados al mejoramiento continuo de la gestión de entidades de gobierno.

Las funciones asociadas a la Evaluación de Programas y Servicios Públicos en sus tres dimensiones pueden sistematizarse en el Cuadro 3.1 que a continuación se presenta:

Cuadro 3.1:

Funciones de la Evaluación de Políticas y Programas, según ámbito

EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN PÚBLICA	EN EL ÁMBITO DE LA PLANIFICACIÓN SOCIAL	EN EL ÁMBITO DE LA TRANSPARENCIA Y EL CONTROL CIUDADANO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respalda y fundamenta la toma de decisiones</li> <li>• Fortalece la responsabilidad de las agencias gubernamentales</li> <li>• Contribuye a la asignación más eficiente de los recursos</li> <li>• Contribuye a la contabilidad pública y facilita nuevas decisiones presupuestarias</li> <li>• Informa a quienes diseñan las Políticas y Programas</li> <li>• Recomienda modificaciones y ajustes a iniciativas en curso</li> <li>• Contribuye a mejorar el desempeño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genera conocimientos y aprendizajes sobre innovaciones</li> <li>• Identifica buenas prácticas y deficiencias en la implementación de Políticas y Programas</li> <li>• Identifica la pertinencia de los diseños y estrategias vigentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuye a fortalecer la gestión democrática</li> <li>• Permite a las entidades estatales mostrar eficiencia hacia la opinión pública.</li> </ul>

Fuente: Serrano y Raczynski

Al revisar la literatura sobre la Evaluación de Políticas y Programas Sociales se observa que si bien existen diversos modelos de evaluación, todos ellos coinciden en la finalidad de desembocar en la emisión de juicios, sean estos de carácter cualitativo o cuantitativo, orientados hacia la toma de decisiones implícita o explícita, a continuación se ofrece al lector la taxonomía realizada en este sentido por Serrano y Raczynski<sup>19</sup>:

### 3.1.1 Tipos de Juicio de Valor en Evaluación de Políticas y Programas Sociales:

- De pertinencia: Entendida como la medida en que una política o programa, sus opciones metodológicas y sus lógicas de intervención obedecen a las características y requerimientos de la población.
- De focalización: Alude a la medida en que una política o programa llega a su población objetivo.
- De cobertura: Coherente con la anterior, pero con énfasis en cuántos de sus posibles beneficiarios el programa otorga sus beneficios.
- De procesos: Se refiere a las actividades y procedimientos que se realizan durante la implementación de la iniciativa y contribuye a determinar cómo éste está actuando.
- De eficiencia: Determinando si los resultados que se obtienen son adecuados a los medios invertidos/utilizados.
- De eficacia: Entendida como la medida en que existen pruebas de que los objetivos de la política se han logrado.
- De efectividad: Referida al modo cómo una política o programa ha alcanzado los efectos previstos en la población beneficiaria.
- De satisfacción: Alude al sentimiento subjetivo por parte de los usuarios en relación a la implementación de la política o programa.

---

<sup>19</sup> Serrano y Raczynski, Op cit. N° 12

### 3.2 TIPOS DE EVALUACIÓN:

Dada la vasta cantidad de conceptualizaciones en torno a la evaluación es menester referirse a los distintos tipos de evaluación en atención a los siguientes criterios:

- Según el nivel de la Evaluación:

**Metaevaluación:** Es evaluar la evaluación en la búsqueda de la calidad, la validez y la fiabilidad de la misma. Es un nivel superior dentro de la teoría de la evaluación, perfilándose como un nuevo concepto de ésta.

**Evaluación:** Aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los programas de intervención social.

**Investigación Evaluativa:** Se le conocerá como la investigación cuyo objeto de estudio son los procesos de evaluación. Se hace referencia a una investigación que tiene como finalidad determinar en qué medida algo ha cumplido con lo que se esperaba o con las metas u objetivos propuestos previamente, empleando una metodología propia de las ciencias sociales. Weiss (1992)

- Según al paradigma a que se adscribe:

**Evaluación cuantitativa:** Alude a la evaluación por medio de la medición de variables, su principal función es la de mensurar, jerarquizar y seleccionar, dando prioridad a la rigurosidad por sobre la riqueza evaluativa y la eficiencia de los programas.

**Evaluación cualitativa:** Su finalidad es la de diagnosticar y servir de fuente de retroalimentación para el mejoramiento de un programa, priorizando la riqueza de la información por sobre el rigor evaluativo; en vez de seleccionar, la evaluación persigue que las diversas coyunturas permitan a los individuos alcanzar mayores niveles de desarrollo.

- Según la intencionalidad:

Diagnóstico: Si lo que se persigue por medio de la evaluación es explorar, verificar el estado de un fenómeno antes de proponer una experiencia.

Sumativa: Se aplica a procesos y productos terminados con el fin de comprobar su eficacia.

Formativa: Es utilizada para la detección de logros, avances y dificultades, a objeto de retroalimentar la práctica. Se sitúa en el proceso.

- Según el agente evaluador:

Interna: Son realizadas por las personas que participan directamente del programa y/o forman parte de la institución patrocinante del mismo. Se contempla dentro de esta categoría la autoevaluación, la heteroevaluación y la coevaluación.

Externa: Es preparada y llevada a cabo por personas ajenas, tanto al programa evaluado, como la institución garante de su planificación e implementación.

- Según el estándar de comparación:

Normativa: Es aquel tipo de evaluación en que preliminarmente se dispone de algún grupo de comparación, a partir del cual se definen los estándares o normas con los que se compararán los resultados del estudio.

Criterial: Alude a aquellas evaluaciones en que existen criterios establecidos de antemano, que servirán de base para la ulterior comparación entre hallazgos/resultados y estándares deseados

- Según la extensión:

Parcial: Corresponde al tipo de evaluación centrado en el logro de resultados preestablecidos.

Global: Caracterizada por su afán de abarcar la totalidad de las capacidades manifiestas en objetivos generales y específicos y en los criterios de evaluación que se configuran en el sustento metodológico de la experiencia.

- Según el momento:

Inicial o de diseño: Aquella evaluación que permite tener un panorama preliminar – punto de partida- de cara a la posterior implementación de programas y proyectos sociales.

Procesual o de implementación: Es plausible de llevar a cabo si el enjuiciamiento o valoración se realiza sobre la base de un proceso continuo y sistemático de análisis del funcionamiento y progreso de lo que se va a juzgar.

Final: Se desarrolla una vez implementado el programa o proyecto con el propósito de contrastar los resultados obtenidos con los objetivos planteados inicialmente para el mismo.

Cabe enfatizar que la selección de los criterios de evaluación obedece necesariamente a los objetivos propuestos para la investigación evauativa; a la perspectiva o enfoque que asuma quién evalúa y a los requerimientos institucionales y programáticos. Por esto es que el tipo de evaluación a utilizar puede ser complementado con otros, aún cuando éstos se hallen consignados dentro de la misma categorización.

### 3.3 PRINCIPALES MODELOS DE EVALUACIÓN

La relevancia actual asociada a la evaluación ha propiciado el desarrollo de distintos modelos que intentan contribuir al conocimiento desde la particular óptica de sus creadores, poniendo el acento en unos u otros aspectos del quehacer evaluativo, o en una u otra escuela de la metodología de la evaluación.

Un modelo de evaluación puede ser definido como “el conjunto de estructuras simplificadas o conocidas que se emplean para investigar la naturaleza de los fenómenos que los científicos desean explicar” Van Dalen y Meyer (1971), vale decir, a la síntesis selectiva de acervo teórico práctico realizada por quién evalúa al momento de aproximarse a una realidad de estudio determinada.

Específicamente, Shadish y Leviton (1992) distinguen dos generaciones/escuelas de teóricos de la evaluación:

Los de la primera generación, marcados por un *enfoque sumativo*, que utiliza métodos cuantitativos de evaluación de impacto, buscando establecer relaciones causales, sustentados en estándares científicos tradicionales, persiguiendo medir en base a técnicas cuantitativas y experimentales los efectos de un programa versus las metas, como formas de contribuir a la toma de decisiones y al mejoramiento de la programación futura.

Desde esta perspectiva experimental, encontramos como principales exponentes, a los siguientes modelos de evaluación:

- Análisis de sistemas, Rossi y Freeman (1989). Surge de una concepción sistémica de la evaluación y se sustenta en un interés por resaltar todos los elementos de la organización; el contexto adquiere trascendencia y son evaluados todos los niveles o sistemas involucrados en la implementación de un programa o proyecto. Así, su impronta asume un cariz holístico-empírico-analítico
- Evaluación por objetivos de comportamiento, Tyler (1940). Su propósito es la medición del logro de objetivos, identificar si no existe discrepancias entre los objetivos formulados y los resultados obtenidos y de ser así la evaluación será positiva. Se basa sólo en el análisis de los productos de la experiencia.
- Evaluación como fuente de información para la toma de decisiones CIPP, Stufflebeam (1987). El modelo evaluativo planteado por dicho autor centra su atención en aspectos relacionados tanto con contextos, insumos, procesos y productos.

- Evaluación sin referencia a objetivos, Scriven (1981): Situado en el límite de los paradigmas cualitativo y cuantitativo. Su foco de atención es la atención al cliente y no tanto en el logro de los propósitos definidos para un determinado programa o proyecto, sino que el valor de la experiencia está determinado por la vinculación con los usuarios del mismo.

A diferencia de los anteriores, los exponentes de la llamada segunda generación, focalizaron en la utilidad que podía tener la información obtenida para el diseño y rediseño de programas, en relación a la naturaleza y causas de los problemas sociales, poniendo énfasis en resultados, procesos y factores organizacionales, vale decir, dieron lugar a una nueva mirada de la Investigación Evaluativa, esta vez, desde un punto de vista *formativo*.

Otra distinción posible entre las macroorientaciones metodológicas de carácter *Sumativo y Formativo* alude a que la primera está pensada en políticas<sup>20</sup> y programas de gran escala; son evaluaciones de impacto que buscan establecer causalidades mediante lógicas experimentales.

En cambio las segundas agregan nuevas preocupaciones –además del impacto– especialmente en lo que respecta a extraer información de utilidad para la revisión y eventual rediseño de los programas, incorporando en su quehacer técnicas cualitativas y un interés por los procesos, las lógicas de acción y las características organizacionales.

Desde el punto de vista cualitativo, encontramos los siguientes modelos de evaluación:

- Evaluación Iluminativa, difundida por Parlett y Hamilton (1987): Su propósito es a través de la metáfora de la “iluminación” develar, interpretar y comprender los componentes de un sistema analizándolos de manera holística.
- Evaluación Democrática Mc Donald (1985): Se sustenta en la participación y colaboración entre los diversos implicados en un programa sujeto a evaluación. En este caso es el contraste de concepciones de mundo en el marco del debate, su principal aporte evaluativo.
- Evaluación Respondiente Stake, (1976): Su propósito es la valoración de respuesta a necesidades por parte de sus participantes; hace hincapié en los efectos de la discusión grupal sobre una iniciativa específica en sus protagonistas. En este caso quienes interpretan son los involucrados en el programa.

---

<sup>20</sup> La CEPAL define las Políticas como las formas en que el Estado satisface las demandas y necesidades sociales, estableciendo prioridades y orientaciones generales, indicando una población beneficiaria y una focalización de su accionar.

## **II. PARTE**

### **FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA**

## CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En el apartado que a continuación se presenta se describirán y fundamentarán los pasos de mayor relevancia a la hora de realizar una investigación evaluativa, proceso tal, sustentado en los referentes desarrollados en el acápite de Contexto Teórico de Seminario de Título.

En el capítulo 4, se dan a conocer la multiplicidad de decisiones que deberá tomar el evaluador para definir los objetivos de la investigación evaluativa y, consiguientemente los modos que, en este sentido, adoptará para aproximarse a la realidad o temática de estudio.

En el caso de la Evaluación del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, dependiente del Hospital Psiquiátrico del Salvador es el carácter eminentemente complejo de la realidad y sujetos de estudio el que determina la opción metodológica de la estudiante, quien se inclinó por un enfoque combinado de modelos de evaluación.

Concretamente, la Alumna Seminarista optó por la realización de un proceso de triangulación<sup>21</sup>, mediante la integración de modelos de carácter analítico y globales, como lo son los modelos CIPP de Stufflebeam e Iluminativo de Parlett y Hamilton, respectivamente.

En tanto, en el párrafo 5, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación evaluativa a realizar y que sirvieron de base para la misma.

En el acápite 6 se consignan aquellos antecedentes relacionados con el diseño metodológico que sustentó la experiencia de evaluación programática, en términos de niveles de evaluación, sujetos de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, comunicación de los resultados, entre otros.

Finalmente, será en el capítulo 7 donde se establezca la metodología de análisis de datos utilizada y que en el caso del presente estudio, correspondió a un análisis de los contenidos obtenidos a través de las diversas técnicas e instrumentos de recolección de datos implementados.

---

<sup>21</sup> Definido por María Ángeles Cea D'Aconda como la articulación y convergencia interparadigmática de diversas estrategias de evaluación para el abordaje de una misma realidad.

## CAPÍTULO 4.

## DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE EVALUACIÓN

De las aproximaciones preliminares llevadas a cabo por la Alumna Seminarista y de los requerimientos planteados desde el espacio institucional es que se propone como objeto de investigación evaluativa la experiencia local de implementación del Programa de Hogares Protegidos por parte del Hospital Psiquiátrico del Salvador en la Provincia de Valparaíso desde el año 1992.

Específicamente, la investigación llevada a cabo se sustenta en la identificación de una insuficiencia de registros institucionales que permitieran evaluar la realidad del programa en términos de contextos, insumos, procesos y productos.

En atención a lo anterior es que durante la realización del presente acercamiento investigativo-evaluativo se puso el acento en la participación activa de todos los agentes involucrados en la implementación de dicho programa a nivel provincial, vale decir, de los propios usuarios/residentes, de los prestadores y administradores de éstos y de los integrantes del Equipo Profesional encargado de coordinar su funcionamiento.

## 4.1 Justificación de la Investigación Evaluativa:

El proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica en Chile ha significado el despliegue del Ministerio de Salud de una política de modernización y comunitarización de la atención psiquiátrica en el país y su articulación en redes.

Un elemento de relevancia en este sentido ha sido el establecimiento en Valparaíso de los denominados Hogares Protegidos (HC) para personas con trastornos psiquiátricos severos, que carezcan de las habilidades para vivir en forma independiente y que no cuenten con el apoyo de sus familias.

El Hogar Protegido surge como una instancia residencial alternativa que propende, tanto a la descongestión de los servicios de atención psiquiátrica del país, como a promover la generación de instancias de comunitarización de ésta, a través de iniciativas que propendan a la re-integración social de las y los pacientes<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Norma Técnica sobre Hogares Protegidos. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 2000.

Tales entidades, que en la actualidad ascienden a 42 a nivel nacional y a 9 en la Provincia de Valparaíso, albergando sólo en dicho radio de acción a 68 personas -entre las Comunas de San Antonio y Valparaíso-, han constituido un significativo aporte a la reestructuración y modernización de los servicios de salud mental a lo largo del país.

Sin embargo, desde el comienzo de la implementación del Programa de Hogares Protegidos en la circunscripción dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio en el año 1992, no se ha realizado un registro cabal de la experiencia que dé luces respecto del estado de éstos que, por consiguiente, ermita evaluar y sistematizar su funcionamiento en el espacio territorial mediato.

Del mismo modo, el carecer de un documento específico donde se consignen antecedentes referidos a la situación actual de los nueve Hogares Protegidos de Valparaíso, genera entorpece la necesaria construcción de una caracterización de sus residentes, en cuanto a variables sociodemográficas, socioeconómicas y particularmente biomórbidas, que permita a los coordinadores del programa elaborar un *perfil de ingreso* de éstos, lo que a su vez facilitaría la identificación de posibles variaciones durante la permanencia de los usuarios/as en H.C. en términos biopsicosociales.

Al mismo tiempo, la existencia de registros institucionales de carácter parcial en torno a dicho Programa impide evaluar exhaustiva y sistemáticamente los procesos al interior de éstos, en virtud tanto de la Norma Técnica emanada del Ministerio de Salud para su funcionamiento, como de las disposiciones planteadas en este sentido del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000).

Ello, a su vez, obstaculiza el acceso a información que dé cuenta de las condiciones contextuales y sociohabitacionales en que habitan los residentes/usuarios, cómo éstos son alimentados, cómo marchan sus tratamientos psicofarmacológicos; si han existido variaciones en términos psicosociales; qué estrategias y/o actividades de rehabilitación realizan y cómo desde el hogar se estimula el desarrollo de habilidades para la vida y se les vincula a redes de apoyo primario (familia y seres queridos) y secundario (organizaciones y otros dispositivos comunitarios) entre otros.

Ello, dado que sólo mediante el presente acercamiento investigativo sería posible tener acceso a información oriunda de los protagonistas que permitiera conocer la realidad local y -si los hallazgos lo ameritan- activar medidas correctivas y de mejoras que propendan al logro efectivo de una mejor calidad de vida y de mayores niveles de integración social de las personas con trastornos psiquiátricos severos de la Provincia de Valparaíso.

De tal manera entonces, la propuesta metodológica de la estudiante es la mediante un procedimiento investigativo de carácter evaluativo se intentaría tener acceso a vasta información proveniente de todos los actores involucrados en cada hogar de la zona, que permitiera elevar un juicio profesional y consiguientemente una propuesta de mejoras para el mismo, tendiente a la superación de los *déficit* identificados, a la implementación de cambios o medidas correctivas, tanto al interior de éstos, como en lo que atañe a su administración y coordinación.

Hasta aquí es posible aseverar que la realización de una aproximación investigativa reflexiva, sistemática y rigurosa a la experiencia de Hogares Protegidos en Valparaíso se situó como ineludible desde un punto de mira organizacional, empero cabe al mismo tiempo preguntarse ¿Qué tipo de investigación evaluativa debiera realizarse para atender las peculiaridades del objeto de estudio?.

En este sentido, quien suscribe asumió el reto de hacer compatibles las metodologías de corte cuantitativo con las de carácter cualitativo, por considerar que es justamente esta complementariedad, la que haría que los hallazgos del estudio fueran más vastos, representativos y concordantes con los objetivos propuestos para la investigación evaluativa y con las necesidades preliminarmente planteadas desde el ámbito institucional.

Por ello y dada la legitimidad evidenciada desde la *praxis* investigativa es que la estudiante optó por la alternativa de trabajar con referentes metodológicos reconocidos y validados, tanto desde la academia, como en la práctica evaluativa, como lo son el Modelo de Contextos, Insumos, Procesos y Productos (CIPP) de Stufflebeam (1987) y el Modelo de Evaluación Iluminativa de Parlett y Hamilton (1976), ambos en Sierra (1997).

Para comenzar, a continuación se presenta el Modelo de Contextos, Insumos, Procesos y Resultados, principal soporte metodológico de la experiencia evaluativa a llevar a cabo por la estudiante durante el año académico 2007 en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso:

El Modelo C.I.P.P.<sup>23</sup> fue promovido y difundido por Daniel Stufflebeam en la Universidad de Ohio, en Estados Unidos desde comienzos de la década del 60' e intentó superar la perspectiva evaluativa vigente a esos días, caracterizada por relegar el papel del acto evaluativo al mero alcance de los objetivos planteados para una determinada iniciativa.

En atención a ello, se desarrolla una nueva conceptualización de la Evaluación, entendida ahora como “El proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados”, Stufflebeam (1987).

El modelo C.I.P.P, dentro de sus principales postulados establece la existencia de cuatro tipos de decisiones asociadas a momentos diferentes del desarrollo de un determinado programa o proyecto, siendo la base conceptual de esta tipología la siguiente:

- Decisiones de Planeamiento: Modificaciones que se plantean para el Programa Social <sup>24</sup>cuando se comprueba una discrepancia entre los cambios definidos en los objetivos y los que se están produciendo en los hechos.
- Decisiones de Estructuración: Reaen en los medios elegidos para alcanzar los propósitos, vale decir, en procedimientos, contenidos, organización, personal, presupuestos, calendarios, etcétera.
- Decisiones de Implementación: Vinculadas con la operacionalización y ejecución del programa y contrastan, por tanto, los afanes consignados en los objetivos, con los procesos reales que se están dando en torno al mismo.

<sup>23</sup> Ahumada, Pedro. “Modelos de Evaluación y Evaluación de Programas”, Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile. 1990.

<sup>24</sup> Rocío Fernández-Ballesteros, define Programa Social como “Un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas”

- Decisiones de Reciclaje: Se originan del análisis de los resultados obtenidos por el Programa o Proyecto y es a partir de ellas que éste queda sujeto a reformulaciones y reorientaciones.

La información para los cuatro tipos de decisiones que han de tomarse al interior del Programa provienen de cada una de las cuatro dimensiones de evaluación que a continuación se presentan, y que en su conjunto, configuran el modelo CIPP<sup>25</sup>:

- Evaluación Contextual: Consiste en un estudio exploratorio tendiente a la detección de problemas y/o situaciones de carencia en un contexto determinado. Con ello, además de disponer de un panorama global de la situación que configura y el medioambiente que rodea la experiencia evaluativa, será posible delinear de modo preliminar los objetivos para intervenciones posteriores.

A través de dicho análisis será posible identificar en qué medida el entorno que rodea la experiencia puede influir en la configuración, implementación y resultados obtenidos por un programa específico.

Particularmente, en el caso de la Evaluación del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, las subdimensiones de estudio, en términos de Contextos serán las de Habitabilidad y Seguridad.

- Evaluación de Insumos: Intenta determinar la disponibilidad de recursos que se requerirían para alcanzar los objetivos planteados, sean estos internos o externos. Asimismo, establece diversas formas según las cuales tales recursos debieran emplearse para su mejor aprovechamiento y para alcanzar los propósitos que sustentan el Programa.

Para la realización de la presente Investigación Evaluativa en este sentido se hará hincapié en los recursos humanos involucrados en el Programa de H.C en Valparaíso, vale decir, tanto en los propios usuarios, como de los prestadores de estos servicios residenciales (administradores/cuidadores), como en los integrantes del equipo profesional que desde el Hospital del Salvador coordina y supervisa su funcionamiento (Comisión de Hogares Protegidos).

---

<sup>25</sup> Briones Guillermo, "Evaluación de Programas Sociales", Editorial Trillas, Ciudad de México. México, 1991.

- Evaluación de Procesos: Esta evaluación tiene la finalidad de establecer si la estrategia de utilización de recursos humanos, financieros y materiales se está aplicando o no, así como también la de identificar factores facilitadores y entorpecedores de la implementación de las distintas iniciativas.

Se propende, mediante la flexibilidad e interactividad con los diversos actores involucrados, acceder a información que permita anticipar o impedir la ocurrencia de situaciones de desbarajuste que puedan comprometer el logro de objetivos y el bienestar de los usuarios del Programa.

En el caso específico de la Evaluación del Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso esta dimensión será abordada mediante la definición y posterior análisis de dos subdimensiones de estudio: Pertinencia de las actividades implementadas y Vinculación a redes de apoyo.

- Evaluación de Productos: A través de ella se persigue mensurar e interpretar los resultados positivos o negativos atribuibles a la implementación del Programa o en relación a la incorporación a éste por parte de sus usuarios.

Los productos alcanzados son comparados con las expectativas que a este respecto se tenían por parte de administradores, ejecutores y coordinadores de la experiencia, siendo en este sentido la variable Nivel de Satisfacción, el eje reflexivo analítico de la presente investigación evaluativa.

De tal manera y a modo de síntesis es que se presenta Cuadro 4.1, con los principales rasgos que definen al Modelo de Contextos, Insumos, Procesos y Productos de Stufflebeam:

Cuadro 4.1:  
Aspectos Generales del Modelo CIPP

<b>FINALIDAD</b>	Prescribir
<b>CONTENIDO</b>	Contexto/Insumos/Procesos/Productos
<b>UNIDAD DE EVALUACIÓN</b>	Sujetos
<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Autoridad
<b>PAPEL DEL EVALUADOR</b>	Externo

Fuente: Rebollo María Ángeles y otra en "Evaluación de Programas: Una guía práctica"

De la exposición previamente realizada y, sustentada en la convicción de que son los aportes teóricos de Stufflebeam (1993), Ahumada(1990) y Briones(1991) los que más se acomodan al objeto de estudio y a los requerimientos institucionales es que la estudiante ha decidido orientar su acercamiento investigativo inicial al interior del Hospital Psiquiátrico del Salvador, a la realización de una Evaluación del Programa de Hogares Protegidos, asumiendo como dimensiones de estudio la experiencia local de los H.C en términos de contextos, insumos, procesos y productos.

Congruente con lo anterior y con el propósito de aumentar la exhaustividad de la investigación evaluativa es que quien suscribe decidió –al momento de analizar la dimensión productos- complementar el modelo evaluativo CIPP, con el modelo de evaluación iluminativa, difundido desde la década del setenta por Parlett y Hamilton.

La denominada Evaluación Iluminativa, propuesta por M.R. Parlett y D.E. Hamilton en 1976, a diferencia del CIPP, se apoya en un paradigma “subjetivista” que privilegia el uso de información cualitativa y que busca, ya no la explicación de los procesos en términos de relaciones teóricas o de factores “causales”, sino que su interpretación mediante los significados que tales procesos (conductas personales, interacciones, etc.) tienen para los agentes que participan de un programa.

En este último sentido la evaluación iluminativa -basada en la antropología social-, representa un enfoque etnográfico, de naturaleza holística en el cual se intenta superar los *déficit* del paradigma clásico experimental, mediante una impronta descriptivo-interpretativa que suprime la manipulación de componentes y el control de variables.

Si bien esta mirada de la evaluación coincide con los otros modelos en cuanto a su propósito de contribuir a la toma de decisiones mediante la proporción de informaciones, comentarios y análisis destinados a aumentar el conocimiento y la comprensión de las realidades de estudio, supone un intento por articular y ejecutar un auténtico enfoque alternativo de la misma.

Ello queda de manifiesto en las características asumidas por la Evaluación Iluminativa y difundidas desde la academia por sus precursores:

- Es holística: Se sustenta en el supuesto de que un sistema de cualquier tipo no puede ser analizado ni comprendido si se le considera aislado del contexto en el que se halla inserto.

Los evaluadores presentan variados ámbitos/contextos del programa evaluado y buscan retratarlo como un proceso total, como una construcción organizativa general que necesita simultáneamente examinada desde diferentes perspectivas.

Asimismo, incorpora a la reflexión todos sus componentes, dado que como es sabido éstos son interdependientes, influyéndose y determinándose permanentemente.

- Es sensible: Los investigadores trabajan unidos por proporcionar toda la información de utilidad posible y que puede tomar diversas formas, acercándose de manera flexible a diversas fuentes, incorporando variadas estrategias y métodos, teniendo como fin la generación de aprendizajes que permitan informar y contribuir a la mayor comprensión de la realidad de estudio.

Con el afán de acceder a una visión más amplia del sistema inserto en contextos, se requiere ir más allá de la superficie a través de un trabajo inductivo.

- Es heurística: El diseño evaluativo, es flexible y dinámico, estando sujeto a constantes ajustes y redefiniciones a medida que aumentan los conocimientos en torno a la realidad.
- Es interpretativa: En tanto busca desarrollar descripciones estrechamente vinculadas a los significados atribuidos por los participantes de la experiencia a través del lenguaje verbal y analógico, siendo éstas entrelazadas con ejemplos, con acontecimientos y cifras significativas, realizándose a través de narración la inherente complejidad y el carácter vivencial del tópico de estudio.

La Investigación Iluminativa destaca aquellos aspectos que tengan una mayor relevancia fenomenológica para los miembros del sistema; las experiencias de las personas y su característica subjetividad están estrechamente ligadas a su historia personal, personalidad y expectativas peculiares.

La connotación “iluminativa” de esta perspectiva evaluativa dice relación con el hecho de evidenciar aquellas facetas vedadas, poco conocidas o implícitas que pueden resultar decisivas para su existencia y situación actual.

En otras palabras, se pone el acento en “iluminar” los tópicos reconocidos por los participantes de la investigación como cualidades definatorias de contextos, intentando con ello captar y transmitir a través de la redacción de un informe final, tanto los enunciados y consensos de los involucrados, como poner de relieve los aspectos que el evaluador desde la *praxis* reconozca como relevantes y que no necesariamente hayan sido explicitados por los miembros del sistema.

En este sentido, Malcolm Parlett define al evaluador iluminativo como una persona que no es un técnico ni un inspector, sino que un intérprete del programa que está evaluando para personas que no participan de él y que también contribuye a su reinterpretación en conjunto con sus partícipes, iluminando aquellos aspectos cuya incidencia en la realidad muchas veces no es reconocida por sus protagonistas.

Asumiendo que no existe una visión de la realidad que detente una verdad “objetiva”, sino que más bien existen diversas miradas de una misma situación o fenómeno, muchas de las cuales gozan de validez consensual o de perspectivas contrapuestas, el papel del evaluador es el de realizar un registro acabado, situándose en una posición de agente externo e identificando desde la neutralidad las diversas posiciones existentes.

Para ello quién evalúa se sustenta en una lógica caracterizada por la flexibilidad: Las evaluaciones iluminativas no son preordenadas, diseñadas anticipadamente, como un conjunto de preguntas o pruebas fijas que deben realizarse, sino que se identifican a través de la familiarización con los temas y el carácter del programa que se evalúa.

Solo al apreciar la complejidad estructural, organizacional y humana de un ambiente o conjunto de ambientes será posible dimensionar y comprender de manera cabal la significación de las preguntas en las mentes de la gente y lo que éstas pueden aportar en la indagación ulterior.

Esta captación en profundidad de los intereses expresados por las personas vinculadas al programa lleva a la conclusión de que no existen procedimientos fijos de evaluación, de tal modo que los propósitos y procedimientos a implementar en cada estudio son, desde esta perspectiva, disímiles según cada ambiente.

La flexibilidad a la que se apela requiere de una vasta disponibilidad y elección de técnicas para utilizar, las cuales se eligen para adecuarse a las preguntas, oportunidades y restricciones que implica una investigación particular; siendo en este tenor, los problemas los que determinan los métodos en lugar de que los métodos determinen los problemas, Laurillard (1978); Decarden (1979).

En cada estudio debe haber una apreciación de los métodos que servirán mejor a las necesidades investigativas, con la debida preocupación por el tiempo y demás recursos disponibles para su realización, caracterizándose este enfoque evaluativo por la difusión de la utilización de las técnicas de entrevista y observación de campo, complementadas con el análisis de documentos recolectados –y almacenados- y cuestionarios breves, a menudo abiertos.

De igual modo, el empleo simultáneo de diferentes técnicas proporciona, controles internos, siendo generalmente conveniente –y recomendable- realizar combinaciones de técnicas y triangulaciones desde diversas miradas metodológicas, que permitan, tanto aumentar los alcances de las investigaciones evaluativas, como superar las limitaciones inherentes a cada método y que sin dicha complementariedad pudieren comprometer las implicancias del estudio.

Asimismo, cabe destacar que, a la hora de realizar una evaluación de carácter iluminativo el evaluador deberá –desde el comienzo- formular *líneas temáticas* de indagación particulares que servirán de base para la investigación, configurándose en la estructura inicial del proceso posterior, caracterizado por su carácter permeable y perfectible en el tiempo.

El sello metodológico heurístico antes señalado será de tal naturaleza que en el estudio podrán introducirse modificaciones, a propósito de nuevos temas convergentes que señalen pistas o cambios en los recursos de la investigación que permitan asegurar que los aspectos verdaderamente críticos reciban la atención que ameritan.

Sin tal enfoque progresivo la investigación sería susceptible a la ocurrencia de desperdicio de recursos de diversa índole y en especial, a la formulación de un informe final ambiguo y cuyos hallazgos no tengan trascendencia alguna.

Finalmente y a modo de resumen, a continuación se presenta Cuadro 4.2, que consignan las principales aportaciones teóricas del Modelo de Evaluación Iluminativa de Parlett y Hamilton:

Cuadro 4.2:  
Aspectos Generales del Modelo Iluminativo

<b>FINALIDAD</b>	Describir
<b>CONTENIDO</b>	Contextos/Procesos
<b>UNIDAD DE EVALUACIÓN</b>	Instituciones
<b>TOMA DE DECISIONES</b>	Contrato Evaluador-Cliente
<b>PAPEL DEL EVALUADOR</b>	Cooperador

Fuente: Rebollo María Ángeles y otra en "Evaluación de Programas: Una guía práctica"

De la exposición previamente realizada y, sustentada en el convencimiento de que es la fusión de los aportes teóricos emanados de los modelos de evaluación CIPP e Iluminativo es la alternativa metodológica que más se acomoda al objeto de estudio y a los requerimientos institucionales es que la estudiante decidió orientar su acercamiento evaluativo al interior del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, a la realización de una Evaluación del Programa de Hogares Protegidos a nivel provincial, asumiendo como dimensiones de estudio la experiencia local de H.C, en términos de *contextos, insumos, procesos y productos*.

Para ello es que al mismo tiempo, -y con el propósito de ampliar la profundidad de la investigación evaluativa es que se optó por la realización de una definición de criterios de evaluación –con sus respectivos indicadores y estándares-, que asumieron en este sentido la forma de subdimensiones, como complemento a las ya planteadas (contextos, insumos, procesos y productos) y que claro está enriqueció los hallazgos del estudio de cara a la ulterior difusión de sus resultados.

A continuación entonces se desarrollan los criterios de evaluación establecidos por la Alumna Seminarista, quien para facilitar su comprensión, los presenta a través del Cuadro 4.3:

Cuadro 4.3 Criterios de Evaluación  
Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso

## 1. Dimensión Contextos

SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ESTÁNDARES
<p>1.1 Habitabilidad:</p> <p>Entendida como la existencia en cada Hogar Protegido de Valparaíso de condiciones materiales y de infraestructura que garanticen el bienestar, comodidad y la adecuada convivencia entre sus residentes.</p>	<p>-Disponibilidad de servicios básicos de agua potable, alcantarillado, luz eléctrica y de agua caliente.</p> <p>-Número de residentes por Hogar Protegido y por cada habitación.</p> <p>-Proximidad a los lugares donde se encuentren diversos bienes y servicios orientados a la comunidad. (centros de salud, servicios públicos, espacios de recreación, organizaciones comunitarias, religiosas, etc.), de manera de permitir un mayor acceso a las actividades de la vida cívica y facilitar el desarrollo de la funcionalidad e integraciones y las/os residentes.</p> <p>-Materialidad y estado de conservación de la vivienda.</p> <p>-Higiene general del Hogar Protegido, particularmente en aquellas dependencias donde se manipulan alimentos y se llevan a cabo actividades que congreguen a sus habitantes.</p> <p>-Equipamiento del Hogar acorde con las características y necesidades de los residentes, en general (mobiliario, electrodomésticos, televisión, radio, etcétera) y específicamente (carteras clínicas, colchones, tirantes, barandas, rampas, pisos antideslizantes, entre otros)</p> <p>-Existencia de servicio telefónico a disposición de los residentes (emergencias/recados) y de un sistema de calefacción/aislamiento térmico <i>ab-hoc</i> a la temporada del año.</p> <p>-Áreas verdes y de esparcimiento, circulación y uso del tiempo libre de sus habitantes.</p> <p>-Ausencia de elementos estigmatizadores de los residentes, tanto al interior, como al exterior del Hogar Protegido.</p>	<p>Que la totalidad de los Hogares Protegidos de Valparaíso cumpla con a lo menos un 75% de las condiciones de habitabilidad señaladas.</p>

<p>1.1 Seguridad:</p> <p>Referida a la existencia en cada Hogar Protegido de la Provincia de Valparaíso de recursos humanos y materiales que permitan hacer frente a situaciones de crisis de salud de sus habitantes o a eventuales siniestros que pudieren comprometer el bienestar de los residentes.</p>	<p>-Documentos donde se consignen medidas básicas de contención en situaciones de crisis de salud de los residentes, de conocimiento y dominio del personal del Hogar y ajustado a la normativa vigente.</p> <p>-Vías de evacuación debidamente despejadas y conocidas por los residentes con un procedimiento específico ante situaciones de emergencia/catástrofe (ejercicios).</p> <p>-Equipamiento antiincendios como luces de emergencia y extintores suficientes y vigentes al día de la realización de la visita.</p> <p>-Documentos regulatorios atinentes a su quehacer: Normas Técnicas de Contención y de Acreditación de Hogares Protegidos.</p>	<p>Que los nueve Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso cumplan con la totalidad de estas disposiciones, en beneficio de la seguridad y calidad de vida de sus residentes.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración Personal

## 2. Dimensión Insumos

SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ESTÁNDARES
<p>2.1 Subdimensión Focalización:</p> <p>Alude al modo cómo el Programa de Hogares Protegidos ejecutado en la Provincia de Valparaíso por el Hospital Psiquiátrico del Salvador beneficia a las personas que reúnen las características de selección e incorporación emanadas de la Norma Técnica del Ministerio de Salud.</p>	<p>-Condición de discapacidad psíquica severa que ha impactado en la funcionalidad de la persona, desencadenando altos niveles de dependencia de ésta.</p> <p>-Ausencia de habilidades para vivir en forma independiente y para proporcionarse un autocuidado adecuado.</p> <p>-Potencialidad de desarrollar algún grado de autonomía por medio de actividades sociales, instrumentales, laborales, etcétera.</p> <p>-Insuficiencia de apoyo familiar para atender la condición de discapacidad de la persona.</p>	<p>Que la totalidad de los residentes de Hogares Protegidos de la Provincia reúnan con estas características.</p>

<p>2.2 Subdimensión Idoneidad de los Prestadores:</p> <p>Referida a la congruencia entre el perfil administrativo y técnico existente entre los administradores y ejecutores del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso y las disposiciones emanadas en este sentido de la Norma Técnica del Ministerio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Personas Naturales o Jurídicas.</li> <li>-Documentación alusiva a antecedentes financieros que acrediten solvencia económica (referencias bancarias o de boletín comercial).</li> <li>-Documentación que respalde sus competencias técnicas (capacitación asimilable a la de un técnico o paramédico) y experiencia (referencias) para el trabajo con pacientes psiquiátricos, especialmente en el ámbito de la rehabilitación psicosocial.</li> <li>-Documentación que acredite actualización de sus conocimientos y destrezas en el plano de la rehabilitación psicosocial (capacitación sobre características, evolución y tratamiento de las enfermedades; estimulación en habilidades socioinstrumentales; manejo de crisis, administración de psicofármacos, primeros auxilios, etcétera.).</li> <li>-Conocimientos de detalles del tratamiento farmacológico y de controles médicos regulares de los usuarios, con un seguimiento del plan de trabajo diseñado en este sentido por el Equipo de Salud Mental en relación con el fortalecimiento de funciones remanentes y núcleos sanos de los habitantes del hogar.</li> <li>-Conocimiento de derechos de los residentes.</li> <li>-Documentación que acredite la situación laboral de los funcionarios de cada Hogar Protegido acorde con la Legislación Laboral vigente en nuestro país (contratos de trabajo).</li> <li>-Documentación que respalde la rendición de cuentas por escrito del funcionamiento financiero y administrativo de cada hogar, emitido por administradoras hacia el Equipo Técnico del Hospital del Salvador.</li> </ul>	<p>Que a lo menos un 75% de los funcionarios de estos servicios residenciales a nivel provincial reúnan esta características, adoptando los edictos en este sentido establecidas por el MINSAL.</p>
---	--	---

<p>2.3 Subdimensión Idoneidad de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital Psiquiátrico del Salvador:</p> <p>Alude a la coherencia entre el perfil profesional y administrativo existente entre los miembros del equipo coordinador del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso y las disposiciones emanadas en este sentido de la Norma Técnica del MINSAL.</p>	<p>-Documentación que consigne las situaciones críticas acontecidas durante el último mes y los modos de afrontamiento/resolución en relación de ésta, emanada de los administradores /cuidadores y destinadas a la Comisión de Hogares Protegidos en el Hospital del Salvador.</p> <p>-Integrada por un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales y técnicos.</p> <p>-Disponibilidad de un horario específico para la realización de reuniones atinentes al Programa de Hogares Protegidos (ingresos/egresos, situaciones problemáticas, implementación, etcétera) y a la atención personalizada de administradores, cuidadores y residentes.</p> <p>-Documentación donde se establezca la evaluación permanente de ingresos y egresos de personas a estos dispositivos residenciales.</p> <p>-Documentación que certifique la aplicación del consentimiento informado en ingresos y egresos de cada Hogar.</p> <p>-Documentación (informes) que acredite la realización de seguimientos, supervisiones y visitas regulares a los Hogares Protegidos de la jurisdicción Valparaíso-San Antonio.</p> <p>-Antecedentes que respalden la realización de actividades de sensibilización y articulación de redes sociales e institucionales en beneficio de los residentes de Hogares Protegidos.</p>	<p>Que sus integrantes cumplan con a lo menos un 75% de las características, roles y funciones señaladas por el Ministerio de Salud.</p>
--	---	--

Fuente: Elaboración Personal

## 3. Dimensión Procesos

SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ESTÁNDARES
<p>3.1 Subdimensión Pertinencia de las actividades implementadas:</p> <p>Corresponde a la estimulación desde el Hogar Protegido a la realización de actividades que propendan al desarrollo y reintegración psicosocial de sus residentes.</p>	<p>-Al interior de cada Hogar Protegido existe un clima de promoción de la rehabilitación, con una continua estimulación de sus residentes a realizar actividades al interior del mismo que propendan a su desarrollo y mejoramiento de su calidad de vida.</p> <p>-Se promueve la participación de todos los residentes en la ejecución de las labores domésticas, existiendo para ello una distribución de las tareas, que tiene por objeto la configuración de hábitos entre los usuarios.</p> <p>-Existe desde el Hogar Protegido un interés permanente por que sus residentes desarrollen conductas adaptativas a una dinámica familiar funcional, para ello se promueve el sentido de pertenencia y la consolidación de habilidades socioemocionales de sus usuarios que faciliten su reintegración social.(comunicación verbal y analógica).</p> <p>-Se estimula la autovalencia de los usuarios por medio de la promoción de hábitos de autocuidado y de autonomía funcional en la ejecución de tareas, a través de la asignación de labores, cuyo cumplimiento es reconocido al interior del Hogar. (higiene personal, adhesión a tratamiento, limpieza y orden de la habitación, etcétera).</p>	<p>Que cada Hogar Protegido de Valparaíso cumpla con un 75% de las actividades promovidas por las disposiciones ministeriales y que propenden a la reintegración social de los residentes de estos dispositivos.</p>
<p>3.1 Subdimensión Vinculación a redes de apoyo:</p> <p>Entendida como la promoción desde cada H.P del acercamiento de sus usuarios a la comunidad, con el propósito de facilitar la re-incorporación de éstos al espacio territorial mediato.</p>	<p>-Se promueve la construcción y/o consolidación de redes de apoyo primarias y secundarias que promuevan el desarrollo y reintegración social de sus usuarios, por medio de la organización y realización de actividades donde se generen espacios de interacción social positiva para éstos. (cumpleaños, bingos, paseos, etcétera.)</p> <p>-Existe al interior del Hogar Protegido un interés constante por instar a sus residentes a participar activamente de iniciativas que se lleven a cabo en los distintos dispositivos comunitarios. (iglesias, clubes, juntas de vecinos, centros de salud, entre otros)</p>	<p>Que un 50% de los residentes de cada Hogar Protegido de la Provincia de Valparaíso participe en alguna actividad impulsada por los siguientes dispositivos:</p>

	-Se utilizan los componentes de la red local que contribuyan al desarrollo y refuerzo de habilidades sociolaborales, de la creatividad y la expresividad en talleres, centros diurnos, entre otros.	*Iglesias *Juntas Vecinales *Clubes de diversa índole *Hospitales y Centros Diurnos *Centros Rehabilitación Psicosocial. *Centros de salud comunitaria.
--	---	--

Fuente: Elaboración Personal

## 4. Dimensión Productos

SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	ESTÁNDARES
4.1 Subdimensión Nivel de satisfacción en relación al Programa de Hogares Protegidos:  Alude al conjunto de opiniones que de la implementación y resultados del Programa de H.P en Valparaíso tienen tanto sus residentes, como los prestadores de este servicio residencial (administradores/ cuidadores) y el equipo profesional encargado de su coordinación y supervisión (Hospital Psiquiátrico del Salvador).	*Existe una opinión positiva de todos los agentes involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos a nivel provincial en torno a los siguientes tópicos:  -El programa de Hogares Protegidos propiamente tal, en tanto alternativa residencial y de reintegración social para personas con trastorno psiquiátrico severo y situación de vulnerabilidad social.  -El equipo de profesionales que desde el Hospital del Salvador está a cargo de coordinar, gestionar y supervisar la iniciativa.  -La relación de cada Hogar Protegido y la comunidad en la que se halla inserto, como también de la vinculación de éstos con redes de apoyo primarias y secundarias.  -Consecución de un mejoramiento en las condiciones de vida de los residentes de Hogares Protegidos, en términos sociales, sanitarios y habitacionales en relación al momento de ingreso de los mismos al dispositivo.	Que exista un 75% de consenso entre los diversos actores involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso, en valorar de manera positiva la ejecución y los productos del mismo.

	<p>-El personal encargado directamente de su implementación (administradores, cuidadores, personal de servicio, etcétera).</p> <p>-La infraestructura física, el equipamiento y disponibilidad de materiales en cada Hogar Protegido. (recursos materiales).</p> <p>-Las actividades de rehabilitación y reintegración social realizadas en cada Hogar Protegido.</p> <p>-Logro de una adecuada adhesión a tratamiento farmacológico y compensación biomórbida de sus residentes.</p> <p>-Consolidación de los hábitos estimulados en el Hogar Protegido y desarrollo de habilidades socioemocionales que facilitan el logro de una mayor autonomía funcional e integración social de los usuarios del Programa.</p>	
--	--	--

Fuente: Elaboración Personal

## CAPÍTULO 5.

### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

#### 5.1 Objetivo General:

*“Evaluar el Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso en términos de contextos, insumos, procesos y productos”.*

#### 5.2 Objetivos Específicos:

##### 5.2.1 Dimensión Contextos:

- 5.2.1.1 Describir las condiciones de habitabilidad y los dispositivos de seguridad de que dispone cada Hogar Protegido para dar satisfacción a los requerimientos habitacionales de comodidad y seguridad de sus habitantes.

##### 5.2.2 Dimensión Insumos:

- 5.2.2.1 Caracterizar a las y los residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso, según variables sociodemográficas, socioeconómicas, socioeducacionales biomórbidas.
- 5.2.2.2 Caracterizar a los prestadores de estos servicios de atención psiquiátrica ambulatoria, según variables socioeducacionales.
- 5.2.2.3 Caracterizar a los integrantes de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador, según variables educacionales.

##### 5.2.3 Dimensión Procesos:

- 5.2.3.1 Describir las iniciativas y actividades implementadas en cada Hogar Protegido tendientes al logro de una mayor autonomía e integración social de sus usuarios.

- 5.2.3.2 Identificar las redes de apoyo primario y secundario a disposición de los usuarios de Hogares Protegidos y determinar el grado de vinculación existente entre éstos y tales recursos del espacio comunitario.

#### 5.2.4 Dimensión Productos:

- 5.2.4.1 Determinar la percepción y el grado de satisfacción que tienen respecto del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso sus usuarios/as, prestadores y los integrantes de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

## CAPÍTULO 6.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

En el apartado que a continuación se presenta, se explicitan detalles del diseño metodológico de la investigación evaluativa<sup>26</sup> llevada a cabo por la estudiante en torno al Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, vale decir, se dan a conocer aspectos vinculados al proceso de recolección de la información, en coherencia con las definiciones metodológicas planteadas en capítulos 4 y 5 de este documento.

La Investigación Evaluativa realizada asume un carácter descriptivo no experimental, en tanto los sujetos participantes de la misma serán observados en su ambiente natural, sin existir una intencionalidad por parte de la investigadora de manipular el contexto en que se sitúa la experiencia.

A través de un enfoque combinado de modelos de evaluación *analíticos y globales*<sup>27</sup> se intentó acceder a una visión panorámica de la realidad local del Programa de Hogares Protegidos, que permitiera triangular la información obtenida y formular posteriormente una propuesta de mejoras programáticas, tendiente a la toma de decisiones atinentes a la implementación de dicha iniciativa en el mediano plazo.

## 6.1 En cuanto al diseño de la evaluación:

- Nivel de la Evaluación: La investigación evaluativa es llevada a cabo en el espacio territorial mediato, específicamente en las Comunas de Valparaíso y San Antonio.
- Tipo de Institución: El estudio se abocó al análisis general del Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso, dependiente directamente del Hospital Psiquiátrico del Salvador, entidad pública amparada por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA).

---

<sup>26</sup> Los aspectos referentes al diseño metodológico se sustentan en los criterios en este sentido planteados por Pedro Ahumada (1989).

- **Sujetos de Evaluación:** Los sujetos participantes de la presente aproximación investigativa fueron todos los agentes involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso, vale decir, sus usuarias/os, los prestadores de los mismos y la comisión de profesionales encargada de su coordinación y supervisión desde el Hospital del Salvador.
- **Criterios de Comparación:** Los hallazgos de la evaluación fueron contrastados con los criterios que se observan en el cuadro 6.1 y que obedecen de manera directa a los enunciados consignados en la formulación de objetivos de investigación evaluativa.

Cuadro 6.1  
Criterios de Comparación  
Evaluación Programa Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso

	FASE	CRITERIO	
<b>C I P P</b>	CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HABITABILIDAD</li> <li>• SEGURIDAD</li> </ul>	<b>I L U M I N A T I V O</b>
	INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOCALIZACIÓN</li> <li>• IDONEIDAD DE LOS PRESTADORES</li> <li>• IDONEIDAD DE LA COMISIÓN DE HOGARES PROTEGIDOS</li> </ul>	
	PROCESOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PERTINENCIA DE LAS ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS</li> <li>• VINCULACIÓN A REDES DE APOYO</li> </ul>	
	PRODUCTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NIVEL DE SATISFACCIÓN EN RELACIÓN AL PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS</li> </ul>	

Fuente: Elaboración personal

- **Tipo de Estrategia Evaluativa:** En virtud de los tipos de evaluación consignados en el capítulo 2 del presente documento, será:
  - Según el nivel de la evaluación: Fue una investigación evaluativa,
  - Según el paradigma: Corresponde a un enfoque combinado de corte cuantitativo (modelo CIPP) y cualitativo (modelo iluminativo),

- Según la intencionalidad: Fue formativa, por situarse en un momento en que el programa se hallaba en fase de implementación,
  - Según la cercanía entre evaluador e institución: Correspondió a una evaluación externa,
  - Según estándares de comparación: Fue una investigación evaluativa de carácter criterial,
  - Según su extensión: Se trató de un estudio global, que contempló en su aproximación aspectos alusivos a *contextos, insumos, procesos y productos* del Programa de Hogares Protegidos a nivel provincial.
  - Según el momento a evaluar: Fue procesual o de implementación.
- Entrega de la Información: La entrega de información emanada de la presente investigación evaluativa asumió dos carices: uno periódico, dado por la emisión permanente de informes que den cuenta de los avances de la misma y uno final, graficado en la redacción de un documento formal en que se consignan tanto los hallazgos obtenidos a través de la realización de la misma, como una propuesta de mejoras ante los *déficit* identificados.
  - Determinación de las Audiencias: Los antecedentes alcanzados por medio de la realización del estudio tendrán dos destinatarios fundamentales:

Una audiencia primaria, compuesta por quienes solicitaron la realización de la investigación y quienes son los encargados de la toma de decisiones relacionadas con el Programa (Comisión de Hogares Protegidos del Hospital Psiquiátrico del Salvador y representantes del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio) y

Una audiencia secundaria, integrada por aquellas personas que, si bien es cierto, no tienen el poder decisonal respecto de la iniciativa, sí son protagonistas de su implementación: sus residentes, sumados a los prestadores de dicho programa y a otros agentes interesados y sensibles con la temática de estudio.

Tal dualidad en cuanto a la recepción de la información resultante de la investigación evaluativa persiguió, por una parte realzar los alcances de la misma, en términos de la multiplicidad y riqueza de los hallazgos realizados, como la de generar instancias de reflexión y retroalimentación en torno al tópico de los Hogares Protegidos entre todos quienes de un modo u otro están vinculados a ellos.

#### 6.2 En cuanto a la recolección de la información:

- Fuentes de Información: La información utilizable para la presente investigación evaluativa provino de tres fuentes fundamentales: Residentes de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, Prestadores de estos dispositivos residenciales y miembros del Equipo Profesional encargado de su coordinación y supervisión (Comisión de Hogares Protegidos H.D.S.), esto complementado con la revisión de documentación institucional.

Dicha diversidad se sustenta en que la alternativa metodológica triangulación de información es la que permite analizar los fenómenos desde una perspectiva multifactorial, abarcándolos en su real complejidad.

Lo anterior halla su justificación, a su vez, en el afán planteado por la estudiante desde el inicio de la experiencia investigativo-evaluativa, en el sentido de acceder a una mayor representatividad en los hallazgos de la misma, y a información vasta y rica que contribuya a superar las posibles deficiencias existentes asociadas a la calidad de la implementación de dicho programa.

- Técnicas de Recolección de la Información<sup>28</sup>: Dado que en el presente estudio se propugna la integración interparadigmática, a través de un enfoque mixto de la evaluación, es que quien suscribe utilizó las técnicas de recolección de datos que se detallan en cuadro 6.2 que a continuación se presenta y cuya aplicación estuvo determinada por cada momento investigativo:

---

<sup>28</sup> Las pautas utilizadas a la hora de recolectar información se hallan consignadas en Anexos 1.2, 1.3 y 1.4 del presente documento.

Cuadro 6.2:

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos  
Evaluación Programa Hogares Protegidos Provincia de Valparaíso

FASE	TÉCNICAS/INSTRUMENTOS
CONTEXTOS	• OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA
INSUMOS	• ENCUESTA (CUESTIONARIO) • ANÁLISIS DOCUMENTAL
PROCESOS	• ENCUESTA (CUESTIONARIO) • ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
PRODUCTOS	• ENCUESTA (CUESTIONARIO) • ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

OBSERVACIÓN  
SIMPLE

Simbología:

Fuente: Elaboración Personal



: Técnica de uso transversal

La selección y utilización de las diversas técnicas e instrumentos de recolección de datos está determinada por la utilidad que a juicio de quien suscribe éstas pudieran proporcionar a la evaluación, en términos de que, además de configurar en su conjunto prominentes fuentes de información, aumentasen la representatividad de los hallazgos y por consiguiente, las repercusiones y la *plusvalía* de la investigación evaluativa realizada.

En atención a lo anterior es que en el siguiente apartado, la Alumna Seminarista justificará su opción por tales mecanismos, detallando sus usos específicos según fase metodológica de la evaluación del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso:

- Observación: Será conceptualizada como una técnica de investigación que tiende a percibir los hechos sin emitir mensajes verbales por parte de los individuos estudiados y también, sin que se pueda disponer de documentos relativos a tales individuos o al conjunto que ellos constituyen. Sierra (1979)

En este tenor, la observación, en tanto cuanto de los fenómenos espontáneamente suscitados, se posiciona como una técnica de indagación, basada en lo percibido por los propios sentidos del investigador y no en aquellas concepciones de mundo habladas o consignadas por escrito por las personas.

La observación, en tanto técnica de recolección de información y construcción de conocimientos, fue de vital importancia durante todo el proceso evaluativo, tanto en su forma simple, como en sus modalidades estructurada y participante, Pastén (1995).

Específicamente, la utilización de la observación simple constituyó un *continuum* a lo largo de toda la evaluación, situándose como la única técnica de carácter transversal durante la experiencia, tendiente a percibir los hechos tal como se presentan en la cotidianeidad, vale decir, de manera espontánea y directa.

La observación participante, por su parte es considerada como una observación sistematizada y natural hacia sujetos o grupos que permite al evaluador integrarse al medio evaluado, permitiéndole a su vez captar su amplitud e interpretar los datos en su contexto. Stufflebeam, (1993).

Esta modalidad de observación cumplió un rol protagónico durante el proceso, por cuanto permitió acceder a aquellos aspectos del contexto en que se sitúa la implementación del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, en especial en lo que a dinámica interaccional y modos de proceder respecta.

Cabe subrayar que, con el fin de aumentar la exhaustividad y la legitimidad de la evaluación de la esfera contextual de los hogares, la estudiante realizó una coordinación especial con el Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, -a través de su Comandante, Sr. Enzo Gagliardo L.- entidad especializada en la inspección técnica de inmuebles en lo que atañe a equipamiento antiincendios y planes de evacuación en casos de emergencia.

Por ello es que los hallazgos obtenidos en este sentido, obedecen a la complementariedad de miradas originada gracias a un trabajo en red y a la cooperación intersectorial, entre el Hospital del Salvador y esta entidad paramilitar sin fines de lucro.

- Encuesta: Fue, para efectos de la presente investigación evaluativa, entendida como una observación por medio de preguntas directas o indirectas de poblaciones, de unidades relativamente numerosas, colocadas en situaciones naturales, destinada a obtener respuestas susceptibles de ser sometidas a análisis cuantitativo, siendo el cuestionario el procedimiento de recolección que más la identifica. Pastén (1993).

En este sentido, la técnica de encuesta cumple dos funciones primordiales:

- Contribuye a la traducción de los objetivos de la investigación en preguntas específicas, cuyas respuestas proporcionarían los datos necesarios para comprobar hipótesis o indagar en áreas determinadas por los objetivos y
- Ayuda al investigador en la tarea de motivar al sujeto para la comunicación de la información requerida.

En el caso del presente estudio, el uso de la técnica de encuesta y del cuestionario como instrumento de recolección de datos cobró particular relevancia a la hora de cumplir los objetivos específicos de la dimensión de insumos de la presente investigación evaluativa.

Gracias a esta modalidad fue posible indagar en una multiplicidad de tópicos que suministraron datos vitales para la realización de una completa caracterización de los residentes de Hogares Protegidos a nivel provincial, en términos de variables sociodemográficas, socioeconómicas, biomórbidas y educacionales.

Ello sin lugar a dudas facilitó la evaluación de los mecanismos de focalización existentes en la actualidad para la selección de los usuarios del programa, dejando en entredicho aspectos relacionados con la idoneidad y las competencias generales de los agentes involucrados en su gestión y coordinación del mismo (Comisión Hogares Protegidos).

- **Análisis Documental:** Es utilizado como complemento para acceder a antecedentes relacionados con la institución y el programa específico y a otros datos, que por su connotación histórica sería más dificultoso acceder mediante la utilización de otras técnicas. Stufflebeam (1987)

Dentro de los documentos que podemos indagar, Pastén (1993) establece los siguientes:

- Documentos escritos: Prensa, documentos personales como cartas, diarios de vida, memorias, autobiografías; obras de teatro y literarias, entre otras.
- Documentos numéricos o estadísticos de diversa índole,
- Documentos iconográficos, de reproducción de imágenes o audiovisuales, como películas, documentales, cortometrajes, etcétera y
- Documentos objeto, vale decir, toda clase de realizaciones técnicas y artísticas del hombre.

Justamente, en el presente estudio, la revisión de documentación y registros constituyó un aporte complementario a las demás técnicas de recolección de datos, particularmente en aquellos casos en que, por ejemplo, los participantes de la evaluación desconocían o ignoraban detalles acerca de diversos tópicos.

Por ello es que se contempló la realización de indagaciones –cuando la situación lo ameritase–, especialmente en fichas clínicas y otros archivos o registros institucionales a objeto de obtener información que no sería posible alcanzar por otra vía.

Igualmente, este análisis fue de gran utilidad durante las fases de evaluación de contextos insumos y procesos, puesto que sólo a través de la existencia de documentos y registros de diversa índole sería posible respaldar y certificar las buenas prácticas asociadas a cada Hogar Protegido:

La regularidad en su gestión y la adecuada utilización de los recursos existentes; la idoneidad y competencias técnicas de su personal y de los profesionales encargados, entre otros aspectos de real trascendencia para el logro de los propósitos que sustentan la creación de estos servicios residenciales para personas con discapacidad psíquica.

Por ello es que en la presente experiencia evaluativa la figura del documento constituyó el antecedente *sine qua non* para evidenciar aquellos aspectos que, al trascender la esfera meramente declarativa, podrían ser determinantes de los niveles de calidad y adecuado funcionamiento de los mismos en concordancia a las disposiciones que en este tenor emite el Ministerio de Salud, a través de la Norma Técnica para Hogares Protegidos.

- Entrevista: Entendida como un instrumento de investigación y descubrimiento, mediante un proceso de hábil interrogatorio, teniendo la finalidad de obtener información de las personas, en torno a su situación y actitudes específicas. Pastén (1993)

Dentro de las principales aportaciones de esta técnica, a juicio del autor, encontramos:

- Permite obtener informes de sucesos y procesos tal como se reflejan en las experiencias personales y en las actitudes sociales,
- Facilita la verificación de observaciones e inferencias por medio de la narración de los sujetos de observación y
- Permite el logro de un acercamiento más exacto, vedado para otros dominios del conocimiento.

En esta aproximación, la realización de entrevistas semi-estructuradas a una muestra de 3 usuarios de H.P; a 2 de los prestadores de tales dispositivos residenciales y a 2 de los agentes que, desde el Hospital del Salvador coordinan su funcionamiento, permitió –a través del discurso conversacional- acceder a información fundamental para la evaluación de los procesos y productos de la implementación desde 1992 del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso<sup>29</sup>.

Coherente con lo previamente señalado es que quien suscribe delimitó una pauta de preguntas que enmarcó y dio una línea argumental a las mismas, en atención a los criterios definidos preliminarmente para ésta.

Asimismo, cabe subrayar que para la elaboración del formato de entrevista que permitió evaluar variables como nivel de satisfacción y autopercepción de calidad de vida en el caso de los residentes de Hogares Protegidos, la estudiante tuvo como importante referente el World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)<sup>30</sup>, instrumento diseñado y promovido por la Organización Mundial de la Salud para conocer y describir las percepciones que las propias personas tienen respecto de sus condiciones generales de vida.

De tal manera entonces, la propuesta metodológica consistió en la formulación de una pauta de entrevista que propendiera a la obtención/iluminación de información respecto de las actitudes, opiniones, valoraciones y modos de ver e interpretar el mundo desde los propios sujetos de estudio, que permitiera –específicamente- evaluar el eventual impacto subjetivo que la incorporación a estos dispositivos residenciales ha tenido en su población-objetivo, como también el modo cómo éstos son percibidos, por sus coordinadores e implementadores.

Congruente con lo anterior, es preciso subrayar que la participación en la presente Investigación Evaluativa por parte, tanto de usuarios/as de Hogares Protegidos, como de los prestadores y coordinadores de este programa de atención residencial fue de carácter voluntario, existiendo en el caso de los residentes un documento específico en que ellos declararon su voluntad por formar parte de la experiencia, a través del denominado *consentimiento informado*<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Ver Anexo 1.7

<sup>30</sup> Grupo WHOQOL, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 1998.

<sup>31</sup> Ver Anexo 1.5

Dicho instrumento, preparado por la estudiante y validado por la Dirección del Hospital del Salvador, consignó –mediante firma o huella digital- el interés del/la usuario/a por participar de la evaluación, como también el conocimiento de éstos respecto de las características generales esta aproximación profesional.

Del mismo modo, cabe enunciar que las técnicas e instrumentos de recolección de información a utilizar estuvieron sujetas a la aprobación de especialistas, personificados por el Docente Guía de Seminario de Título, Sr. Dagoberto Salinas A. y por el Supervisor Institucional de la experiencia, el Asistente Social del Hospital del Salvador, Sr. Antonio Lazo C., quienes mediante una revisión analítica de los formatos preliminares presentados por quien suscribe dieron el visto bueno para dar comienzo a las indagaciones.

Además, -y para dar una mayor contundencia al estudio evaluativo- tales pautas fueron sometidas a una prueba piloto, a fin de afinar detalles relacionados con los niveles de comprensión de las preguntas (redacción), los tiempos de respuesta a las mismas, poniendo especial atención en la detección de eventuales dificultades de manera anticipada, para corregir aquellos aspectos que pudieran ser contraproducentes para la ulterior implementación.

Para ello es que la estudiante, -apoyada por profesionales del H.D.S.- seleccionó personas que no estuvieran contempladas dentro de la muestra, para la realización del *pretest* de la Evaluación del Programa de Hogares Protegidos del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

A modo de síntesis, se presentan Cuadros 6.3 y 6.4 en que se consignan las técnicas e instrumentos de recolección de datos, de acuerdo a cada fase y criterio de evaluación programática:

Cuadro 6.3:

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos y Sujetos/Objetos de Estudio, según Fase de Evaluación del Programa de Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso

FASE	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS	SUJETOS/OBJETOS DE ESTUDIO
<b>C</b>	• OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA	Dependencias, infraestructura y equipamiento de cada Hogar Protegido de Valparaíso y San Antonio.
<b>I</b>	• ENCUESTA (CUESTIONARIO)  • ANÁLISIS DOCUMENTAL	Universo de residentes de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso.  -Normas Técnicas y documentos regulatorios del funcionamiento de Hogares Protegidos del Ministerio de Salud. -Fichas clínicas de los residentes -Documentación institucional atinente a la temática de los Hogares Protegidos y registros de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador -Documentación y registros existentes en cada Hogar Protegido.
<b>P</b>	• ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA	-3 Residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso y San Antonio. -2 Administradores de Hogares Protegidos -2 Profesionales miembros de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador
<b>P</b>	• ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA	-3 Residentes de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso. -2 Administradores de Hogares Protegidos. - 2 Profesionales integrantes de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador

Simbología:

Fuente: Elaboración Personal

↓ : Técnica de uso transversal

Cuadro 6.4:

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos y Preguntas/Ítem, según Criterios de Evaluación del Programa de Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso

	CRITERIO	TÉCNICA/ INSTRUMENTO	PREGUNTA/ ÍTEM
Contextos	Habitabilidad	Observación Estructurada	1 al 12.
	Seguridad	Observación Estructurada	13 al 15.
	Focalización	Encuesta/Cuestionario  Análisis Documental	2, 4, 5, 15, 16,17,18, 19, 21, 23, 24, 31, 33, 39, 40, 41, 42,43, 44, 46, 47, 48, 49, 50 51, 52, 53, 54, 55 y 56.
Insumos	Idoneidad de los Prestadores	Entrevista Semi estructurada  Análisis Documental	1 y 8.
	Idoneidad de la Comisión de Hogares Protegidos	Entrevista Semi estructurada  Análisis Documental	1, 7, 9 y 10.
Procesos	Pertinencia de las actividades implementadas y Vinculación a redes de apoyo	Encuesta/Cuestionario	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 26, 27, 28, 29, 30, 35, 37, 38, 58, 59, 61, 63 y 64.
		Entrevista Semi estructurada a:	
		Residentes	3, 5, 6, 8 y 9.
Productos	Nivel de satisfacción en torno al Programa de Hogares Protegidos	Prestadores	3 y 4.
		Comisión de Hogares Protegidos	3 y 8.
		Encuesta/Cuestionario	57, 60, 62, 65 y 66.
		Entrevista Semi estructurada a:	
	Residentes	1, 2, 4, 7 y 10.	
	Prestadores	2, 5, 6, 7, 9 y 10.	
	Comisión de Hogares Protegidos	2, 4, 5 y 6.	

Fuente: Elaboración Personal

- Unidades de Análisis: Los sujetos que formaron parte de la presente experiencia evaluativa fueron incorporados a la misma distinguiendo entre ámbitos de análisis según dimensiones y criterios de evaluación.

Por ello es que a continuación se presenta una definición del Universo y de la Muestra de sujetos que fue seleccionada para la realización de la evaluación del Programa de Hogares Protegidos del Hospital Psiquiátrico del Salvador:

- Universo<sup>32</sup>: Entendido como el ámbito social en donde es posible explorar los temas de estudio y donde se sitúan conjuntos de individuos que concuerdan en una serie de especificaciones (esto incluye consideraciones etarias, de estratificación social, educacionales, residenciales, de género, etcétera.)

Específicamente, en el caso de la investigación evaluativa que nos congrega, el Universo estuvo constituido por los 68 usuarios/as del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso.

Dicho Universo/Población de Estudio fue incorporado en su totalidad al momento de evaluar la dimensión de *Insumos*, a través de un acercamiento metodológico de tipo cuantitativo, mediante la utilización de la técnica de recolección de datos de la encuesta –y la aplicación del instrumento de cuestionario- al total de usuarios del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso, vale decir, sus 68 residentes a nivel provincial.

- Muestra<sup>33</sup>: Referida a una parte del Universo que reúne características significativas para éste y que, mediante un procedimiento específico de selección permite al evaluador acceder a informantes representativos de la temática de estudio.

Por ello y dadas las peculiaridades de los sujetos de estudio es que la estudiante optó por la selección de una muestra intencionada, de manera que en ella quedarán representadas las principales características de los usuarios del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso de cara a las fases evaluativas en que se indagaría en los *procesos* y *productos* de su implementación desde el año 1992.

---

<sup>32</sup>Arnold, Marcelo y Rodríguez Darío, "Crisis y cambios en la ciencia social contemporánea". En Revista Estudios Sociales, No 65. 1990.

<sup>33</sup>Pastén C., Fernando, "Metodología de la Investigación Social". Edeval, 1995

El denominado muestreo estructural<sup>34</sup> intenta buscar interpelados o informantes claves que sean fieles representantes de la identidad grupal, siendo en el caso de la investigación evaluativa que nos ocupa los criterios de selección de la misma, los siguientes:

- Para los residentes de Hogares Protegidos: Sexo, grupo étnico, diagnóstico médico y tiempo de permanencia/residencia en un Hogar Protegido.

Dicho en términos concretos, la muestra de usuarios del Programa seleccionada para el análisis de procesos y productos estuvo compuesta por 3 residentes.

De éstos, 2 personas son de sexo masculino y 1 de sexo femenino; con una edad promedio de 33 años y un tiempo de residencia en el hogar de alrededor de 5 años. Respecto del diagnóstico médico, prevalecen los distintos tipos de esquizofrenia, en uno de los casos en primer brote.

- Para las administradoras de estos dispositivos residenciales: Grupo étnico y trayectoria (número de años vinculada a la prestación de servicios en este programa).

De las 2 entrevistadas, una de ellas es la pionera a nivel regional en cuanto a ser la primera “Guardadora” de la zona y la otra es la última en incorporarse al trabajo en Hogares Protegidos, promediando entre ambas los 44 años de edad.

- Para los profesionales integrantes de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador: Profesión y sexo.

De los 2 entrevistados, 1 de ellos es de sexo femenino y el otro de sexo masculino, siendo uno de ellos Terapeuta Ocupacional y el otro Asistente Social.

---

<sup>34</sup> Op. cit N° 30

- Responsabilidad en la obtención de la Información: Para efectos de la presente investigación evaluativa, la evaluadora es la responsable del proceso, de sus resultados e implicancias, pero particularmente por resguardar la información recolectada y la identidad de los partícipes de la experiencia.

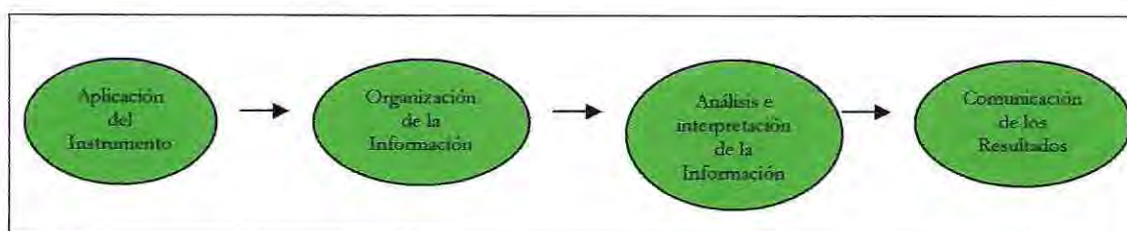
Por esto es que, se reivindica la impronta ética de esta aproximación profesional, en cuanto a la confidencialidad de los antecedentes obtenidos, sean éstos provenientes de los protagonistas, como de aquellas personas que sin estar directamente relacionadas con el Programa de Hogares Protegidos, proporcionaron a la estudiante información fundamental para el análisis de la situación actual de los mismos. (Informantes clave).

Los antecedentes fueron y serán de uso puramente profesional y académico, impidiéndose el acceso a cualquier agente a los datos obtenidos, los que tuvieron y tendrán un carácter confidencial y privado, quedando éstos en su totalidad, en poder de Victoria Chalot N., Evaluadora del Programa.

### 6.3 En cuanto a la organización de la información:

La información obtenida mediante la realización de la presente evaluación será ordenada de acuerdo a Esquema 6.1, que a continuación se presenta:

Esquema 6.1:  
Organización de la información  
Evaluación Programa de Hogares Protegidos Provincia de Valparaíso



Fuente: Elaboración Personal

Los antecedentes emanados de la utilización de las diversas técnicas e instrumentos fueron registrados por medio de notas de campo y grabaciones digitales y análogas, para su posterior transcripción literal, de cara al análisis criterial e interpretación de los mismos que configuraría el cimiento para la propuesta de mejoras programáticas a presentar al Hospital del Salvador.

En relación a la codificación de la información recopilada a través de la aplicación de las distintas técnicas de recolección de datos, ésta fue realizada de manera manual en atención, tanto al número de sujetos de estudio, como a los criterios de evaluación definidos con antelación.

6.4 En cuanto a la comunicación de los resultados:

- Receptores de la información: Los hallazgos de la presente aproximación investigativa de carácter evaluativo serán dados a conocer en dos ámbitos principales:

Uno *académico*, a través de la redacción de un documento formal -denominado Seminario de Título- donde, por medio de esta Evaluación del Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso, quien suscribe optará al título profesional de Asistente Social y otro *institucional* mediante la realización de dos jornadas de difusión de resultados y propuestas de mejora dirigida a todos los actores involucrados e interesados por la realidad local de los H.P que, acompañada de un Informe Final de la experiencia, marcará el término del proceso iniciado durante en marzo del año 2007.

- Acceso a la información: En concordancia con la anterior categoría, el documento final de la evaluación del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso estará a disposición de una multiplicidad de agentes, tanto en el plano *académico*, como en el *institucional*.

Particularmente en el contexto universitario, el informe final quedará a disposición del alumnado de *pre y postgrado* de la Universidad de Valparaíso interesados por la temática de la salud mental y en especial por aquellas áreas emergentes, como lo puede ser el de las diversas iniciativas de rehabilitación psicosocial implementadas por el MINSAL particularmente desde el año 2000 y dentro de las cuales se hallan los Hogares Protegidos.

Por su parte, en el plano institucional existirá un ejemplar del documento disponible para la consulta de profesionales, técnicos, estudiantes y toda persona interesada por conocer/profundizar en el tema de los dispositivos residenciales y en especial, para constituir un referente o herramienta de trabajo de utilidad para retroalimentar la toma de decisiones relacionadas con el funcionamiento y mejoramiento continuo en la prestación de servicios residenciales para personas con trastornos psiquiátricos severos.

#### 6.6 En cuanto a la validez de la evaluación:

La validez y confiabilidad de una investigación evaluativa está relacionada con el modo cómo ésta es capaz de representar los hechos o fenómenos ocurridos en un escenario determinado.

Ante el consenso de que la verdad no constituye *a priori* un argumento de explicabilidad, por su carácter subjetivo y contextual es que la alumna propone los siguientes criterios de validación de los resultados de la experiencia evaluativa:

- La población participante del estudio evaluativo: Universo y Muestra y donde se hallan representados la totalidad de los agentes involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso, pudiendo gracias a ello evidenciarse las similitudes y diferencias en términos personales y perceptuales existentes entre los partícipes del estudio evaluativo.
- La multiplicidad de técnicas de recolección de datos utilizada para la generación del conocimiento, con una complementariedad interparadigmática tendiente a aumentar la representatividad y el alcance de los hallazgos de la misma.
- El tiempo de permanencia de la evaluadora en el campo de estudio; su vinculación con los diversos actores y la dedicación exclusiva por parte de la misma a la realización de una investigación evaluativa contundente, crítica y capaz de gracias a la posición de evaluadora-externa contribuir a relegar sesgos de cualquier naturaleza que pudieren empañar la mirada del objeto de estudio.

Por lo anterior es posible afirmar que la validación de la Evaluación del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso se alcanza en relación a sujetos de estudio, metodología utilizada y posición de la evaluadora en relación al tema y los participantes de la experiencia.

## CAPÍTULO 7.

## METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE DATOS

## 7.1 Fundamentos teórico-metodológicos de la estrategia de análisis:

La estrategia seleccionada para analizar los datos obtenidos mediante la presente investigación evaluativa, para dar cuenta de los objetivos de la misma corresponde, en el caso de los cuestionarios, a la interpretación de los resultados -información codificada- emanados de los mismos y al análisis de contenido de los antecedentes provenientes de la realización de entrevistas a representantes de todos los actores involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos.

Por tratarse de un concepto que involucra a múltiples disciplinas y que tiene serias implicancias metodológicas, el análisis del discurso ha despertado a lo largo del tiempo un sinnúmero de discusiones semánticas.

En este sentido, cabe citar a Allport (1942) quien lo concibe como “un método para estudiar y analizar las comunicaciones de una forma sistemática, objetiva y cuantitativa a fin de medir variables”.

Berelson (1952), en tanto lo define como “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de interpretarlas”.

Por su parte Krippendorff (1990) lo entiende como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”.

Empero lo anterior, para efectos de la presente investigación evaluativa, quien suscribe adhiere a la conceptualización levantada por Van Dijk (1992) quien defiende la tesis del análisis de contenido en tanto herramienta central para el examen de los datos cualitativos.

Dicho autor, lo define como “el estudio de los textos y el habla producidos en una situación de comunicación de los sujetos, con la intención de encontrar estructuras y procesos significativos -motivaciones, valores, creencias, sentimientos, etcétera.- que se encuentran en la base de la acción social”, Van Dijk (1992).

Es decir, el discurso entendido no sólo como práctica lingüística sino que también, como práctica significativa, donde toda representación simbólica tiene una función cognitiva, y la información que expresa, adquiere una función afectiva, develando las motivaciones y percepciones que despiertan los símbolos.

En este escenario cabe enunciar que, en la actualidad, ha disminuido la divergencia en torno a si el análisis discursivo corresponde a una técnica de corte cuantitativo o cualitativo, asumiéndose que puede ser de utilidad para ambos enfoques, pudiéndose incluso realizar una complementación de los hallazgos de dichas miradas que enriquecerá de manera categórica, cualquier experiencia investigativa.

A fin de clarificar al lector los principales elementos en los que coinciden los diversos eruditos, a la hora de referirse al análisis de contenido, a continuación de presentan los principales consensos en torno a dicho concepto:

- Es un proceso: Vale decir, permite analizar los contenidos comunicacionales, rescatando, tanto lo manifiesto como lo subyacente en un texto (escrito, oral o visual).
- Es objetivable: En el sentido de que el procedimiento de análisis puede ser realizado por otros investigadores, siendo sus resultados, susceptibles de verificación.
- Es ordenado: El análisis se basa en datos organizados y agrupados en fragmentos, temas y símbolos, sin que ello signifique marginar aquellos contenidos latentes de la comunicación; ellos deben ser extrapolados e interpretados, de manera que adquieran un cariz explícito.
- Es sistemático: Consiste en un tratamiento gradual de la información, sustentado en criterios fijados previamente, los que dicen directa relación con los objetivos de la investigación llevada a cabo.

La función asociada al análisis de contenido, dice relación con responder a las preguntas ¿Qué dice? y ¿Qué se dice?, permitiendo al investigador indagar en la naturaleza del discurso, en cuanto a sus tendencias y énfasis, a la estructuración de la información, su organización y dinámica, dejando en entredicho los esquemas socioculturales de los partícipes del estudio (percepciones, valores, creencias, actitudes, etcétera.)<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Op. cit N° 5

Es así que el análisis discursivo se posiciona en el plano de las subjetividades e intenta, por medio de la descripción, dar luces de la realidad sociohistórica y ambiental que determina los contenidos comunicacionales.

Dentro del espectro analítico general, hallamos, a su vez, tres aplicaciones básicas que dicen relación con:

- El análisis de contenido semántico
- El análisis de contenido para la captación del tono y
- El análisis de contenido para la realización de inferencias.

Para analizar los resultados obtenidos luego de aplicar las diversas técnicas e instrumentos de recolección de datos que permitirán evaluar el Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso, quien suscribe se inclina por la realización de un análisis de contenido semántico, en tanto éste se ocupa –mediante la formulación de categorías- de codificar lo que los sujetos expresan.

Ello, complementado –para efectos de alcanzar una mayor profundidad- con un análisis discursivo para la realización de inferencias, puesto que además de conocer qué es lo que se dice, es de vital importancia identificar posibles sesgos, estereotipos o prejuicios que pueden ser determinantes, tanto del discurso, como de la conducta de los participantes de la experiencia.

## 7.2 Proceso de análisis de contenido:

Las fases para llevar a cabo el análisis de contenido de las aproximaciones profesionales realizadas en el marco de la evaluación del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso, serán las siguientes:

1ª etapa: Clarificar el objetivo que se persigue

Esta fase obedece al principio de objetividad del análisis de contenido, constituyendo el *alma matter* de la investigación evaluativa realizada.

Durante los meses de abril y junio del año 2007 se llevan a cabo las aproximaciones preliminares que, por medio de las técnicas de observación simple y el análisis de documentación institucional permitan identificar el problema y fundamentar la realización del presente estudio.

En este período, del mismo modo se definen los objetivos generales y específicos de la misma y se delimitan los criterios de comparación que servirán de sustento al análisis e interpretación ulterior.

Al momento de precisar los objetivos de análisis de contenido, es pertinente responder los siguientes cuestionamientos:

¿Qué? : Se realiza un análisis de la información obtenida mediante la utilización de las diversas técnicas e instrumentos de recolección de datos.

¿Para qué?: Para conocer la dinámica general de implementación del Programa de Hogares Protegidos y en base a los hallazgos investigativos, formular una propuesta de mejoras en este tenor al Hospital Psiquiátrico del Salvador.

¿Por qué? : Porque se advierte la inexistencia de evaluaciones sistemáticas a la *praxis* hospitalaria por parte del Equipo (Profesional y Paramédico), como también de revisiones permanentes que incorporen la visión de los distintos involucrados en los programas, siendo éstos en el caso de los Hogares Protegidos: sus residentes, las administradoras y los agentes vinculados a los dispositivos de rehabilitación psicosocial del espacio territorial.

## 2ª etapa: Definición del objeto y los sujetos de estudio

En esta parte, el evaluador ha de determinar el tópico de estudio, esto es, el Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso y las personas que formarán parte de la evaluación.

La investigación evaluativa se circunscribe, de acuerdo al radio de acción del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, específicamente a los 9 Hogares Protegidos situados en esta jurisdicción.

En cuanto a los sujetos de estudio, al momento de evaluar la *dimensión insumos* se considerará al universo de usuarios de tales dispositivos residenciales, compuesto por 68 personas.

Específicamente en lo que respecta a las *dimensiones de procesos y productos*, mediante la realización de entrevistas semi estructuradas, se contemplará la realización de un muestreo estructural donde queden representados todos los estamentos involucrados en la implementación del programa, vale decir: usuarios, prestadores y coordinadores.

En atención a lo previo, cabe señalar que las unidades de contenido serán las siguientes:

- Cuestionarios aplicados a la totalidad de residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso,
- Entrevistas semi estructuradas realizadas a sujetos-tipo: 3 usuarios del Programa; 2 administradoras de hogares y 2 integrantes del equipo profesional encargado de su implementación.

### 3ª etapa: Determinación de las unidades de análisis

Las unidades de análisis serán entendidas como los núcleos informativos que serán organizados para posteriormente ser analizados.

Esta fase concuerda con el principio de sistematicidad del análisis de contenido, en cuanto a la necesaria descomposición del material recopilado en ítems o subgrupos. En este tenor, existen dos formas de fragmentar el *corpus*: en unidades de base gramatical y en unidades de base no gramatical.

La unidad gramatical, en la presente investigación evaluativa será el párrafo, asumiendo la significancia de su contenido; en tanto la unidad no gramatical, estará dada por el tema, pues la segmentación de la información se hará en relación a un criterio temático preestablecido.

### 4ª etapa: Delimitación de criterios o categorías de evaluación

Esta fase responde a los preceptos de objetividad y de sistematicidad analítica. Las categorías o criterios de evaluación serán concebidos como propiedades o características en atención a las cuales se realizarán los juicios en torno al Programa de Hogares Protegidos, existiendo dentro de los mismos subcategorías de análisis, que afianzarán y otorgarán una mayor validez a la reflexión.

La definición de criterios evaluativos dice directa relación, tanto con los objetivos planteados de antemano para el estudio, como a los modelos que sirven de sustento metodológico de esta aproximación profesional, esto es, del modelo C.I.P.P de Stafflebeam y el modelo iluminativo de Parlett y Hamilton.

En este sentido, es el evaluador quién determina las categorías que resulten interesantes para la investigación evaluativa, tratándose se un proceso semi-inductivo, en cuanto a que, si bien éstos provienen del acervo teórico que cimienta los objetivos del estudio, al mismo tiempo obedecen a la evidencia empírica recolectada en la parte inicial del mismo, en este caso al período comprendido entre los meses de abril y junio del año 2007.

Por ello, es plausible afirmar que la riqueza de los resultados del proceso evaluativo dependen de esta fase del análisis de contenido.

Las reglas para la construcción de criterios de evaluación son las que a continuación se presentan:

- Homogeneidad
- Inclusividad
- Exclusión mutua
- Claridad y
- Concreción

Dados dichos edictos para la formulación y delimitación de categorías, es que el sistema criterial se perfila como un proceso en que, por una parte hallamos criterios preestablecidos, como criterios emergentes:

Las categorías preestablecidas con aquellas construidas sobre la base de los objetivos y dimensiones de estudio (contextos, insumos, procesos y productos), siendo los criterios emergentes, aquellos que surgen de los significados y énfasis otorgados por los actores involucrados en el estudio, al referirse al Programa de Hogares Protegidos.

Cabe enfatizar que, si bien es cierto los criterios emergentes serán considerados en el análisis de contenido, éstos estarán siempre limitados, desde un punto de vista temático, por las categorías iniciales, en tanto son éstas las que soportan la construcción de los diversos instrumentos de recolección de datos utilizados en la presente investigación evaluativa.

A fin de clarificar lo anteriormente señalado, es que ahora se presenta Cuadro 7.1, con una presentación descriptiva de las categorías analíticas que guiarán el estudio amparado por el Hospital del Salvador.

Cuadro 7.1: Síntesis Criterial

## Evaluación Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso

CRITERIO PREESTABLECIDO	DESCRIPCIÓN	ÁMBITOS DE EVALUACIÓN	CRITERIO EMERGENTE
Habitabilidad	Entendida como la existencia en cada Hogar Protegido de Valparaíso de condiciones materiales y de infraestructura que garanticen el bienestar, comodidad y la adecuada convivencia entre sus residentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento doméstico</li> <li>• Equipamiento específico</li> <li>• Aseo general y orden de las dependencias</li> <li>• Características, ubicación y estado de conservación de la vivienda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio físico disponible</li> <li>• Distribución y finalidad de los espacios</li> </ul>
Seguridad	Referida a la existencia en cada Hogar Protegido de la Provincia de Valparaíso de recursos humanos y materiales que permitan hacer frente a situaciones de crisis de salud de sus habitantes o a eventuales siniestros que pudieren comprometer el bienestar de los residentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de planes de contención en crisis de salud de los usuarios</li> <li>• Equipamiento antiincendios</li> <li>• Definición de un Plan de evacuación en caso de emergencias o siniestros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coherencia de los recursos existentes con las disposiciones ministeriales.</li> <li>• Cumplimiento de la normativa vigente.</li> </ul>

Focalización	<p>Alude al modo cómo el Programa de Hogares Protegidos ejecutado en la Provincia de Valparaíso por el Hospital Psiquiátrico del Salvador beneficia a las personas que reúnen las características de selección e incorporación emanadas de la Norma Técnica del Ministerio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de las disposiciones MINSAL, en términos de requisitos de ingreso a Hogares Protegidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características segmentación por hogar.</li> </ul>
Idoneidad de los prestadores	<p>Referida a la congruencia entre el perfil administrativo y técnico existente entre los administradores y ejecutores del Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso y las disposiciones emanadas en este sentido de la Norma Técnica del Ministerio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de los requisitos emanados de la Norma Técnica y de las funciones asociadas al cargo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo comunicacional</li> <li>• Relación personal/usuario</li> </ul>
Idoneidad de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador.	<p>Alude a la coherencia entre el perfil profesional y administrativo existente entre los miembros del equipo coordinador del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso y las disposiciones emanadas en este sentido de la Norma Técnica del MINSAL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de los edictos oriundos de la normativa vigente y de las funciones asociadas al cargo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización</li> <li>• Recursos humanos disponibles</li> <li>• Tiempo disponible</li> </ul>

<p>Pertinencia de las actividades implementadas</p>	<p>Corresponde a la estimulación desde el Hogar Protegido a la realización de actividades que propendan al desarrollo y reintegración psicosocial de sus residentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de los objetivos planteados en este sentido por la autoridad sanitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización</li> </ul>
<p>Vinculación a redes de apoyo</p>	<p>Entendida como la promoción desde cada Hogar Protegido del acercamiento de sus usuarios a la comunidad, con el propósito de facilitar la re-incorporación de éstos al espacio territorial mediato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento con las disposiciones que en este sentido emite la Norma Técnica de Hogares Protegidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redes institucionales disponibles.</li> </ul>
<p>Nivel de satisfacción en relación al Programa de Hogares Protegidos</p>	<p>Alude al conjunto de opiniones que de la implementación y resultados del Programa de H.P en Valparaíso tienen tanto sus residentes, como los prestadores de este servicio residencial (administradores/ cuidadores) y el equipo profesional encargado de su coordinación y supervisión (Hospital Psiquiátrico del Salvador).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogares Protegidos</li> <li>• Recursos disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento</li> <li>• Logro de los objetivos del programa</li> <li>• Propuestas</li> </ul>

Fuente: Elaboración personal

5ª etapa: Organización de la información:

Una vez recopilada la información, ésta será, en el caso de los cuestionarios, codificada y, en el caso de las entrevistas semi estructuradas transcritas literalmente, para luego ser clasificadas en una matriz de análisis, donde la información será distribuida por párrafos de acuerdo a los criterios preestablecidos.

Dicho proceso, de carácter manual, permitirá crear una matriz de análisis por categorías y dimensiones, contribuyendo a una interpretación más ordenada de los antecedentes emanados de los participantes de la presente investigación evaluativa.

### **III. PARTE**

### **RESULTADOS**

## CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En la tercera parte del presente documento se consignan los resultados obtenidos a través de la investigación evaluativa realizada al Programa de Hogares Protegidos, dependiente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y coordinado por el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

Dicha evaluación es presentada, mediante un análisis criterial de las dimensiones de contextos, insumos, procesos y productos que rodean la implementación de tal Programa, en base a una lógica interpretativa de los contenidos obtenidos mediante la utilización de las técnicas de recolección de datos de observación, encuesta y entrevista semi-estructurada, aplicadas a los distintos agentes involucrados en la ejecución de estos dispositivos residenciales.

En atención a lo anterior y, para aumentar la claridad en la entrega de la información, es que el análisis se organiza por medio de su segmentación según las dimensiones planteadas con antelación para este estudio, estando cada una de ellas –a su vez- integrada, por categorías o subdimensiones de reflexión.

## CAPÍTULO 8.

## EVALUACIÓN PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS IMPLEMENTADO EN LA PROVINCIA DE VALPARAÍSO

Antes de iniciar la revisión de la información obtenida mediante los acercamientos investigativos realizados por la estudiante y que serán el sustento del juicio evaluativo ulterior, cabe señalar que si bien es cierto la técnica de encuesta fue pensada para ser aplicada al universo (68 residentes de Hogares Protegidos), ésta sólo pudo ser llevada a cabo con 50 personas, siendo las principales causas de tal situación, las siguientes:

- Desinterés por participar de la investigación-evaluativa, o bien
- La existencia de un nivel de deterioro orgánico que dificultara la comprensión de las preguntas y la atención durante la realización de las indagaciones que redundaron en la imposibilidad de finalizar el proceso y/o
- Ausencia de los residentes en el hogar cuando se aplicaron los cuestionarios.

En este sentido, es pertinente subrayar la voluntariedad de la participación en esta aproximación profesional, quedando ello consignado en los consentimientos informados, proporcionados por la totalidad de partícipes, quienes, a través de su nombre, firma o huella digital manifestaron *a posteriori* estar informados respecto de los propósitos evaluativos y su interés por formar parte del estudio.

Por esto es que, si bien no fue posible incorporar la mirada del total de usuarios del Programa de Hogares Protegidos, sí se pudo acceder a información provenientes de un 73,5% del universo, por lo que se puede afirmar que los hallazgos obtenidos, son representativos de la mayoría de los habitantes de estos dispositivos a nivel provincial.

## 8.1 Dimensión Contextos:

### 8.1.1 Condiciones de habitabilidad del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso

Cabe señalar que para llevar a cabo esta revisión descriptiva, la estudiante realizó múltiples y sucesivas visitas a los nueve hogares protegidos, tanto de Valparaíso, como de San Antonio, y apoyada en la técnica de observación en sus variantes simple y estructurada pudo registrar la experiencia, de manera de, a través de notas de campo, poder evidenciar la veracidad de sus reflexiones.

Para comenzar, en cuanto esta categoría definida en el Capítulo 7 del presente documento, podemos advertir que la totalidad de hogares cuentan con servicios básicos de agua potable, sistema de eliminación de excretas, luz eléctrica, gas (licuado o natural), sistema de calefacción y teléfono de acceso parcial para sus habitantes, vale decir, sólo en algunos casos éstos pueden realizar y recibir llamadas o recados, en atención a lo que en este sentido señala la Norma Técnica del MINSAL.

En términos estructurales se trata de viviendas de material mixto, mayoritariamente -en el caso de los ubicados en Playa Ancha- constituido por inmuebles antiguos, empero en adecuado estado de conservación; observándose que, en su mayoría, éstos han sido sujetos a algún tipo de ampliación, con el propósito de aumentar la cantidad de habitaciones y baños, destinados al uso, tanto a los miembros de la familia, como a los usuarios del hogar.

En cuanto al emplazamiento de los mismos, 7 de ellos se sitúan en el sector de Playa Ancha en la Comuna de Valparaíso, con pleno acceso a bienes y servicios comunitarios, comerciales, educacionales, recreacionales, de transporte público y, -de especial relevancia- próximos al Hospital Psiquiátrico del Salvador, hacia el que -dicho sea de paso-, la gran parte de sus residentes se dirige caminando.

Del mismo modo es notable el hecho de que estos 7 hogares se ubiquen en el mismo sector, en cuanto a que esta situación genera, directa o indirectamente una red de apoyo entre ellos ante eventualidades de diversa índole, facilitando, a su vez, la coordinación *interhogares* para organizar y llevar a cabo diversas actividades de esparcimiento, que propendan, por una parte a la cohesión grupal y por otra fundamental: a la mayor integración de los residentes al espacio territorial mediato y a la vida vecinal, tal como lo propugna el Ministerio de Salud.

En este escenario, llama la atención que el único hogar del espacio local que se halla desagregado de sus pares, sea el Hogar N° 8, localizado en el sector de San Roque, en el otro extremo de la ciudad y con un acceso, a juicio de la evaluadora, sólo parcial a los dispositivos comunitarios, en comparación a los ya nombrados, asumiendo un cariz insular, respecto del resto.

Caso excepcional, lo constituye el Hogar N° 9, ubicado en la Comuna de San Antonio como respuesta a la demanda local, dependiente también del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Dicho establecimiento, si bien se ubica en el denominado sector Barrancas de la ciudad, dispone de un adecuado acceso a equipamiento comunitario y redes de apoyo locales que garantizan, acorde a la normativa vigente y que se explicitan en la activa participación que sus habitantes tienen en el espacio territorial mediato.

En lo que al aseo y orden del hogar respecta, éste asume un carácter variable de acuerdo a lo observado durante las sucesivas visitas; Concretamente es posible afirmar que, cuando los encuentros han sido pactados con antelación dichas variables se presentan óptimas, no obstante, cuando las inspecciones fueron verdaderas irrupciones, especialmente a los hogares 4, 6 y 8, el panorama era altamente disímil.

Esto cobra particular veracidad, cuando, por ejemplo, la estudiante visitaba los hogares por la mañana (9:00-11:00hrs.), donde además del desorden general, se observaba lo que asumidamente eran los vestigios del día anterior: cocina y baños sucios, o bien cuando las aproximaciones se realizaban por la noche (20:00-21:00hrs.) cuando la situación anterior se repetía, eso sí, con huellas de la jornada, a la espera del día siguiente, día en que se reanudaría el ciclo.

Lo previo, claro está, podría redundar en un riesgo para la salud física de los residentes, en términos de constituir *per se* focos infecciosos, a la vez que un flagrante elemento antiestético, muy alejado –a los ojos de un observador externo- al paradigma del hogar familiar.

Con el fin de graficar lo anteriormente señalado, a continuación se presenta fotografía 8.1:

Fotografía 8.1:

Sala de baño residentes de Hogares Protegidos N° 8 y N° 4, respectivamente.



Fuente: Producción personal

Específicamente en lo que a usos de las dependencias atañe, se detecta la existencia de baños y áreas de uso exclusivo de las administradoras y sus familiares y seres queridos, por ejemplo livings, comedores y baños, sectores tales en que el acceso está vetado para los “residentes-psiquiátricos” de la vivienda.

En especial, en lo respectivo a la disponibilidad de baños, la totalidad de los Hogares Protegidos acoge la disposición ministerial, en el sentido de disponer de 1 sala de baño por cada 4 residentes, eso, sin embargo, sin considerar que en 3 de los hogares, los beneficiarios del Hospital del Salvador deben compartir dichas dependencias con pacientes psiquiátricos particulares atendidos por el mismo personal.<sup>36</sup>

Del mismo modo, cabe señalar que sólo en los Hogares N° 2 y N° 3 existe un baño diferenciado para hombres y mujeres, siendo los sanitarios en el resto de tales entidades de uso mixto, con WC, lavamanos y duchas en un mismo lugar, lo que sin lugar a dudas inhibe la necesaria intimidad de los habitantes del dispositivo que, en su mayoría son desconocidos entre sí al momento de ingresar a dichos hogares.

---

<sup>36</sup> Op. cit N° 1

Esto queda demostrado a través de la fotografía 8.2, que ahora se presenta:

Fotografía 8.2:  
Salas de baño Residentes de Hogar Protegido N° 3



Fuente: Producción personal

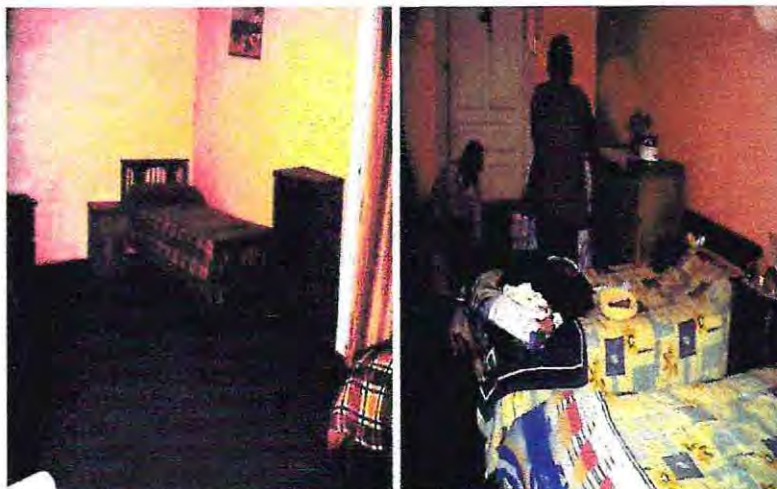
En términos de distribución de los espacios, se evidencia que todos los dispositivos residenciales visitados por quien suscribe, disponen de las dependencias propias de una casa de familia, esto es, de sala de estar, cocina, comedor, baños y dormitorios, eso sí, en el caso de 4 hogares, se advierte, por una parte la presencia de más de 2 residentes por habitación, y por otra de usuarios que en el mismo hogar duermen solos.

Dicho fenómeno, ciertamente se contrapone con los edictos en este tenor del MINSAL, particularmente en los casos de hacinamiento habitacional, en la medida de que tales disposiciones persiguen resguardar, tanto la calidad de vida de los usuarios del programa, como la privacidad de éstos y por ende, la cautela de sus pertenencias.

Lo anterior queda de manifiesto en la fotografía 8.3, que a continuación se presenta:

Fotografía 8.3:

Habitación de tres Residentes, Hogares Protegidos N° 2 y N° 5, respectivamente:



Fuente: Producción personal

Por otra parte, en lo que dice relación con el equipamiento del hogar, éste es completo en todos los hogares evaluados en lo que respecta a mobiliario, acceso a radio, televisión y electrodomésticos, lo que valida la comodidad “material” de los usuarios de estos servicios residenciales.

Si bien es cierto, no todos los locales disponen de patio o áreas verdes, la mayoría ofrece espacios de circulación y encuentro entre sus habitantes y de éstos con sus eventuales visitas y el personal del hogar.

Cabe señalar que, pese a que el equipamiento electrónico, está a disposición de todos los residentes, es en ocasiones manipulado por el personal de cada Hogar Protegido, en virtud del peligro que su uso directo pueda representar para cada usuario, dadas sus características peculiares y los temblores consiguientes del uso de psicofármacos, siendo esto es espacialmente habitual en el caso de la cocina y algunos artículos eléctricos.

En cuanto al equipamiento específico, vale decir, la disposición en estos dispositivos residenciales de colchones de hule, barandas, rampas, bandas antideslizantes, etcétera, éste existe en la medida de que las características de los residentes así lo señalen.

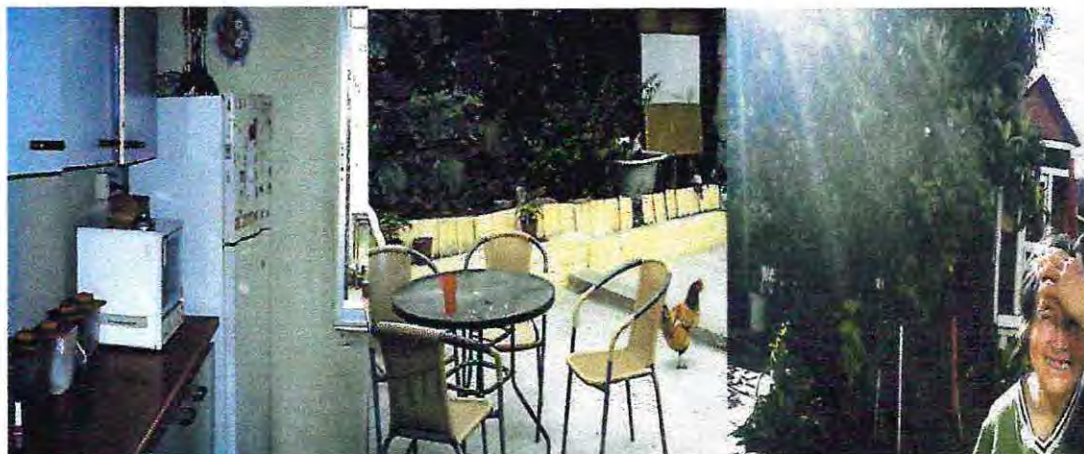
Un elemento habitual en los hogares visitados, es la existencia de colchones especiales, para aquellos usuarios que presentan episodios de descontrol de esfínteres o incontinencia urinaria, como medida preventiva –y de ahorro- respecto del colchón corriente.

En este contexto, cabe afirmar que, en términos generales, la infraestructura material de los Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso es apropiada a las características de su población objetivo y en definitiva, a las disposiciones que en este sentido emite el Ministerio de Salud.

Con el propósito de graficar el equipamiento general de los hogares, ahora se presenta fotografía 8.5:

Fotografía 8.5:

Equipamiento Hogares Protegidos: N° 1, N° 2 y N° 5, respectivamente



Fuente: Producción personal

Sin embargo, si bien sólo el Hogar N° 7 no dispone de áreas verdes que estimulen a los residentes a realizar actividades al aire libre, se presentan casos de hogares que, contando con el espacio físico susceptible de activación y utilización para tales menesteres, asumen un *statu quo*, a parecer de la estudiante, más parecido al de un sitio eriazo, desordenado y sucio, más que al de un patio con potencial recreativo-rehabilitador.

Esto ocurre por ejemplo, en los hogares N° 4, N° 6 y N° 8, donde existiendo el espacio, éste no está habilitado para efectos de esparcimiento de los residentes, e incluso de la misma administradora y su familia.

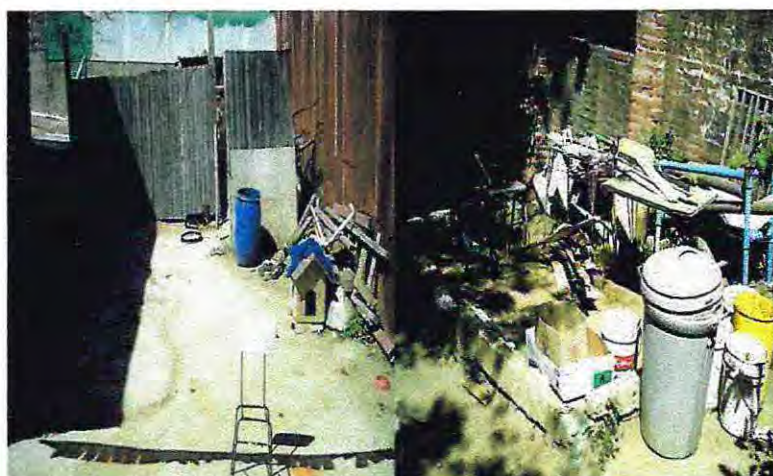
Lo anterior genera una situación dicotómica, dado que del total de residentes de estos tres hogares, equivalentes a 24, sólo 7 se hallan incorporado a algún dispositivo de rehabilitación psicosocial, pudiendo este tiempo disponible ser utilizado –instados por el personal del hogar- para limpiar, ordenar, refaccionar y habilitar tales dependencias como lugares de encuentro grupal.<sup>37</sup>

A fin de evidenciar esta situación, se presenta fotografía 8.6:

Fotografía 8.6:

Espacios disponibles y susceptibles de intervención:

El caso de los Hogares Protegidos N° 6 y N° 4



Fuente: Producción personal

Finalmente, cabe subrayar que ninguno de los 9 Hogares Protegidos visitados, tanto en Valparaíso, como en San Antonio presenta alguna señal que manifieste o haga suponer al transeúnte que se trata de un lugar que cobija a personas con trastorno psiquiátrico.

De tal manera que, en este sentido podemos afianzar el cumplimiento de la normativa técnica vigente y, por supuesto, del afán expresado por la autoridad sanitaria en cuanto a abolir los elementos estigmatizadores que pudieren comprometer el bienestar, tanto de los residentes de hogares, como de toda persona con discapacidad, en tanto sujeto de derechos.

<sup>37</sup> Dicho tópico, será desarrollado posteriormente en el análisis de la dimensión procesos y específicamente de su subdimensión pertinencia de las actividades implementadas.

Por lo anterior es que cabe señalar que, si bien en términos generales, la totalidad de los Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso cumple con las condiciones de habitabilidad descritas por la autoridad sanitaria y operacionalizadas para efectos del presente estudio, fueron visualizadas situaciones deficitarias que pudieren comprometer la calidad de vida de los habitantes, siendo los principales *déficit* los que se detallan en Cuadro 8.1 que a continuación se presenta:

Cuadro 8.1:  
Condiciones de Habitabilidad de Hogares Protegidos de Valparaíso:  
Principales falencias identificadas

HOGAR PROTEGIDO	FALENCIA OBSERVADA
N° 8	Lejanía de los demás hogares Acceso parcial a equipamiento comunitario
N° 6 y N° 8	Suciedad y desorden
N° 2, N° 3, N° 4 y N° 5	Habitaciones donde pernoctan más de 3 usuarios
N° 1, N° 4 y N° 8	Dependencias dentro de la vivienda de uso exclusivo de la Administradora y sus seres queridos
N° 4, N° 6 y N° 8	Áreas inutilizadas y susceptibles de transformación en lugares de esparcimiento para los residentes.

Fuente: Elaboración personal

Sin embargo, tales situaciones pueden ser modificadas por medio de acciones conjuntas que tengan como referente este documento-diagnóstico y que propendan a su superación o a la disminución de sus efectos nocivos, orientando las prácticas cada vez más hacia las disposiciones de la Norma Técnica de Hogares Protegidos y estrictamente, a aumentar los niveles de inclusividad de sus usuarios, con un cambio actitudinal que parta desde el propio hogar, especialmente en lo que a uso de los espacios disponibles atañe.

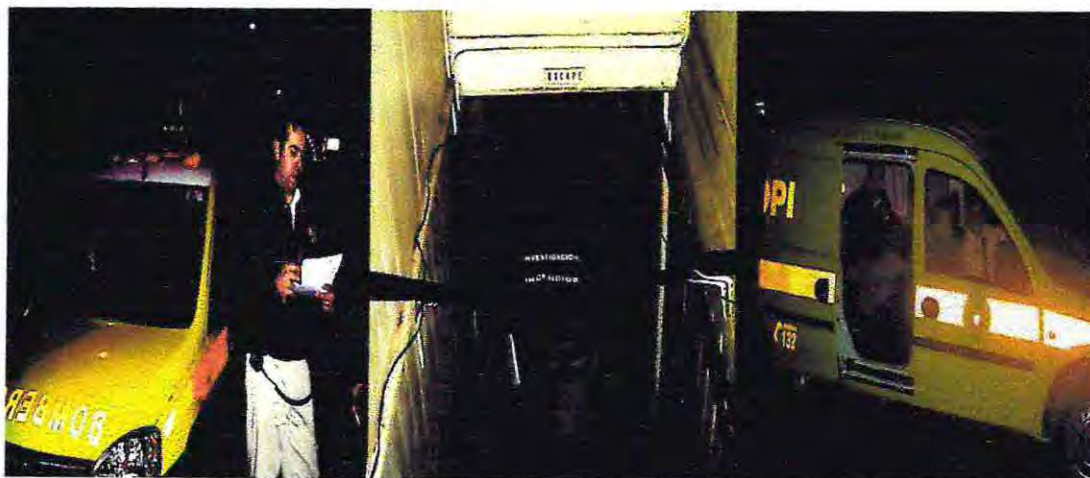
### 8.1.2 Condiciones de seguridad de los Hogares Protegidos a nivel provincial:

Para comenzar, cabe enunciar que, al igual que en el caso del análisis de la categoría “condiciones de habitabilidad”, para el abordaje del criterio de seguridad -definido en el capítulo anterior- la alumna seminarista realizó sucesivas visitas a los nueve hogares protegidos de la zona amparada en la técnica de observación.

En este tenor, es preciso subrayar que para realizar los hallazgos en este sentido, la estudiante coordinó la realización de inspecciones técnicas a todos los hogares por parte de expertos del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, quienes gracias a sus conocimientos prevención de riesgos y evacuación en situaciones de emergencia, contribuyeron significativamente a evidenciar y legitimar las observaciones llevadas a cabo con antelación por quien suscribe.

A fin de graficar lo antes señalado es que a continuación se presenta Fotografía 8.7

Fotografía 8.7:  
Inspección Técnica Cuerpo de Bomberos de Valparaíso



Fuente: Producción personal

Por medio del operativo ejecutado por la Alumna en compañía de 3 Inspectores del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios del Cuerpo de Bomberos local, fue posible advertir y registrar una serie de situaciones que contradicen las disposiciones del Ministerio de Salud en lo que a condiciones de seguridad *intrahogares* respecta.

A continuación, una mirada general de los hallazgos obtenidos mediante este procedimiento, que se consignan en un Informe Técnico que dichos especialistas emitieron, dirigido a la Dirección del Hospital del Salvador y cuya copia se adjunta en el presente documento.<sup>36</sup>

Dentro de las situaciones que pudieren amagar la seguridad general al interior de los hogares visitados, podemos poner acento en las siguientes, por ser a juicio de la evaluadora, cuya resolución asume una mayor perentoriedad:

- Inexistencia de documentos donde se consignan las medidas de contención ante crisis de salud de los residentes:

Ello, además de manifestar una discordancia con la normativa vigente, deja entrever la desorganización que, en términos formales, presentan los Hogares Protegidos a nivel local.

El no disponer de registros donde se establezca qué hacer ante el posible desencadenamiento de la sintomatología –especialmente casos de *agitación motora*– de cada residente (de acuerdo a su perfil biomórbido), lleva a que éstos queden expuestos a acciones reactivas y azarosas ante este tipo de coyunturas lo que, es claro, puede ser contraproducente a la hora de disminuir las implicancias de una descompensación médica.

Dicho actuar temerario, a su vez, halla un argumento en la ausencia de capacitación, o bien de una actualización de sus conocimientos en este tenor que señalaron las administradoras y el personal de hogares protegidos.

De hecho, 3 de las Administradoras asume que el poseer destrezas para el trabajo con adultos mayores es asimilable al trabajo con personas con trastornos psiquiátricos, lo que, sin lugar a dudas, constituye una imprecisión que puede incidir negativamente en la contención en caso de emergencias.

---

<sup>36</sup> Ver anexo 1.6

A ello se suma, que el personal que convive día a día con los usuarios carece de conocimientos técnicos en temas de salud mental, lo que, ante la falta de la Administradora, deja a los residentes en una situación de indefensión ante una emergencia de salud, por quedar bajo la mirada –y el cuidado- de una persona que no dispone de una capacitación que le permita restablecer el equilibrio y manejar este tipo de contingencias sin perder el control de la situación.

- Problemas infraestructurales que podrían comprometer la seguridad de los usuarios del programa:

Dentro de esta categoría cabe enunciar, por ejemplo las escaleras de ingreso propias de los inmuebles antiguos y que no sólo representan un peligro en tanto vías de evacuación hacia el exterior, sino que también lo son en la cotidianidad, especialmente en el caso de los residentes de mayor edad o en aquellos que presentan problemas de desplazamiento o mareos y que, dada su situación, podrían ser más susceptibles a sufrir un accidente al entrar o salir de la vivienda.

Para evidenciar tal descripción es que ahora se presenta fotografía 8.8:

Fotografía 8.8:

Escaleras de ingreso a Hogares Protegidos N° 2 y N° 7, respectivamente



Fuente: Producción personal

Asimismo, se evidencia la existencia de instalaciones eléctricas defectuosas (cables a la vista, reparaciones hechas, entre otras) y de luces de emergencia y extintores fuera de norma (expirados o en mal estado) que revelan un aparente *desacato normativo* y, ciertamente un panorama poco auspicioso en términos de seguridad interna, en el día a día y específicamente ante emergencias, quedando los residentes de la vivienda constantemente expuestos a riesgos que pueden ser previstos e inhibidos con un monitoreo permanente en este ámbito.

Quedando ello evidenciado en fotografía 8.9 que ahora se presenta:

Fotografía 8.9:

Hallazgos que pudieren comprometer la seguridad al interior de los Hogares Protegidos de Valparaíso



Fuente: Coproducción Equipo Cuerpo de Bomberos de Valparaíso-Alumna Seminarista

- Ausencia de planes de evacuación que permitan hacer frente a una situación de emergencia, sea ésta se incendio o terremoto:

De la mano de la anterior, se advierte la existencia en sólo 2 de los Hogares Protegidos visitados, de planes de evacuación coherentes que tiendan a salvaguardar vidas humanas, pues, como ya se ha señalado, en dichas entidades, además de residir personas derivadas del Hospital del Salvador, generalmente viven las Administradoras y sus familiares directos, existiendo en algunos casos, más de 15 personas en un mismo establecimiento.

Lo anterior, constituye una alerta en tanto ante situaciones críticas, la carencia de planes conocidos por todos los habitantes del hogar, la descoordinación y el miedo pueden traducirse en una situación de caos general que supone *a priori* un factor de riesgo que podría menoscabar la integridad de quienes ahí residen.

Tales enunciados, dejan al descubierto que, si bien la mayor parte de los Hogares Protegidos de Valparaíso responde a estándares mínimos de seguridad, existen en ellos severas falencias en este ámbito.

Ello, no hace si no corroborar la necesidad de activar acciones en este sentido, por medio de una mayor fiscalización en terreno que pudiere incorporar la sanción como medio de presión ante el incumplimiento de la norma, a fin prevenir situaciones críticas como la ocurrida cuando un siniestro de gran magnitud destruyó por completo el Hogar N° 6.

Ante la negativa evaluación de esta categoría, sólo cabe llamar la atención de la autoridad e insistir en la urgencia de incorporar medidas preventivo-correctivas que permitan garantizar a los sujetos de atención condiciones de seguridad que velen realmente por integridad física y psicológica, alejándolos de la intemperie en que, a parecer de quién evalúa, actualmente habitan, menguando las probabilidades de ocurrencia de desastres que pudieren dejar un saldo de víctimas del actuar irresoluto de los responsables en este sentido.

## 8.2 Dimensión Insumos:

### 8.2.1 Focalización del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso

En cuanto al modo cómo el Programa de Hogares Protegidos ejecutado por el Hospital del Salvador beneficia a las personas que reúnen las características de selección e incorporación emanadas de la Norma Técnica del Ministerio de Salud., podemos señalar lo siguiente:

En primer lugar, cabe señalar que los 9 hogares dependientes del SSVSA, acogen a un total de 68 personas, 8 por cada uno; siendo 50 de ellos participantes –mediante la respuesta a un cuestionario- de la presente investigación evaluativa.

En términos generales, se advierte que la totalidad de los encuestados cumplen con las disposiciones ministeriales en cuanto a los requisitos de ingreso a tales dispositivos residenciales, específicamente en lo que dice relación con:

- Ser discapacitados de causa psíquica
- No disponer de habilidades necesarias para vivir de manera independiente
- No contar con el apoyo de familiares para vivir con éstos
- Encontrarse compensados clínicamente y
- No presentar problemas asociados al consumo actual de alcohol u otras drogas

Sin embargo, desde los acercamientos investigativos iniciales hubo una situación que despertó un alto interés en la estudiante: el observar que en un hogar coexistieran personas aparentemente muy disímiles entre sí.

Ello, sin lugar a dudas la instó a aumentar la exhaustividad del análisis, incorporando dentro de los objetivos del estudio evaluativo en curso, la realización de una caracterización de los usuarios del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso, en torno a variables sociodemográficas, socioeconómicas, biomórbidas y educacionales.

De tal manera entonces, a continuación se dan a conocer los resultados obtenidos, mediante la aplicación de cuestionarios a un total de 50 residentes de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso.

Con el propósito de hacer una entrega informativa ordenada y coherente es que segmentarán los antecedentes recopilados por variables, cada una de ellas representadas por un cuadro o tabla -según corresponda-, que será interpretado en atención, tanto a los referentes teórico-conceptuales que amparan el estudio, como a la evidencia empírica obtenida.

#### 8.2.1.1 Caracterización de los Residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso:

- Sexo de los usuarios del Programa de Hogares Protegidos:

De acuerdo a la información obtenida mediante la aplicación de cuestionarios, es posible evidenciar que, del total de la población encuestada en los 9 Hogares Protegidos de Valparaíso, un 63% está compuesta por hombres y en un 38% por mujeres, coincidiendo en este sentido con los hallazgos manifestados por Lafferte<sup>37</sup> (2000), en su estudio en hogares de la Región Metropolitana, y donde un 60,7% de los residentes eran de sexo masculino, en tanto el 39,3% restante, por mujeres.

Dicha situación, admite preguntarse respecto de la efectividad que en este tenor cobran las iniciativas de carácter homogéneo ejecutadas en la actualidad y a reflexionar sobre la pertinencia de abrir alternativas de acción en red que incorporen –eventualmente- una perspectiva de género, de manera de responder a las características y demandas, tanto de hombres como de mujeres usuarios de hogares protegidos.

- Edad de los usuarios del Programa de Hogares Protegidos:

Por medio de la aplicación de cuestionarios a 50 usuarios de hogares identificar la gran diversidad de edades existente en la actualidad entre los residentes de Hogares Protegidos a nivel provincial, con casos oscilantes entre los 19 y los 68 años, concentrándose la mayoría de los participantes del estudio en el tramo entre 45 y 49 años, y que, de acuerdo a cifras del Ministerio de Salud, expresan que la realidad local está bajo el promedio nacional, equivalente a los 50,04 años.

---

<sup>37</sup> Lafferte C. "Estudio Descriptivo y de Impacto de Hogares Protegidos", Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Chile. 2000.

A fin de clarificar tales datos, se presenta Tabla 8.1, con una síntesis de dichos hallazgos:

Tabla 8.1:  
Edad de los usuarios de Hogares Protegidos:

EDAD DE LOS RESIDENTES	FRECUENCIA	%
ENTRE 19 Y 24 AÑOS	1	2
ENTRE 25 Y 29 AÑOS	5	10
ENTRE 30 Y 34 AÑOS	2	4
ENTRE 35 Y 39 AÑOS	6	12
ENTRE 40 Y 44 AÑOS	4	8
ENTRE 45 Y 49 AÑOS	15	30
ENTRE 50 Y 54 AÑOS	9	18
55 AÑOS Y MÁS	8	16
<b>TOTAL</b>	50	100

Fuente: Elaboración personal

Tal diversidad etárea, vista desde la perspectiva de su potencialidad, asume un cariz de desafío institucional, en la medida de que las intervenciones de rehabilitación y re-integración social serán parciales, en la medida que no contemplen la heterogeneidad de los sujetos-objetivo del programa, donde hallamos dualidades como: residente/adulto mayor, residente/estudiante, entre otras múltiples combinaciones que requieren ser atendidas.

De tal manera entonces, disponer de tales antecedentes, legitimados por la revisión de documentación proveniente del Hospital del Salvador, se asocia a un potencial un foco de vinculación intersectorial, a través de la coordinación con la oferta de entidades gubernamentales y privadas, que permitan cubrir las deficiencias advertidas en este sentido, dado que hoy por hoy, no existe un tratamiento diferenciado de acuerdo a las distintas etapas del ciclo de la vida de quienes habitan en estos dispositivos.

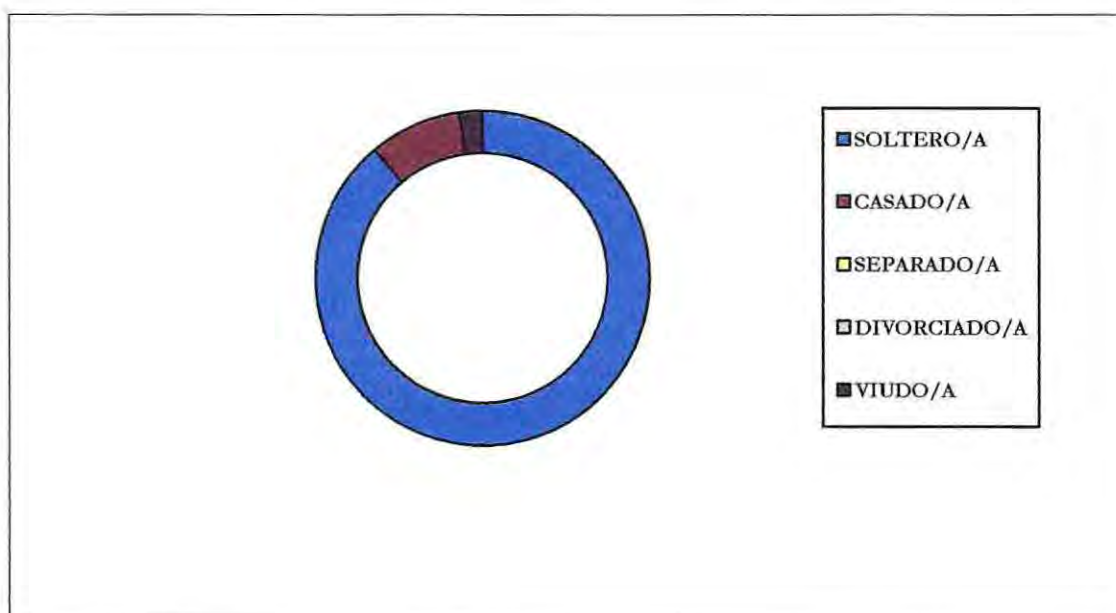
- Estado Civil de los usuarios de Hogares Protegidos:

El abordaje de esta variable, representa para el presente estudio-evaluativo un factor de vital importancia a la hora de identificar las redes de apoyo primarias con las que cuentan actualmente los residentes de hogares protegidos, como también para conocer la situación socio-familiar que los rodea, con qué recursos cuentan y de este modo perfilar/proyectar acciones coherentes con la situación de cada caso, a objeto de eventualmente re-construir/articular dichos vínculos, en concordancia con lo que manifiesta la Norma Técnica en términos del rol de la familia en la recuperación de personas con problemas de salud mental.

Sin embargo, las cifras son categóricas: 45 de los 50 encuestados, equivalentes al 90% del total, corresponden a personas solteras, existiendo casos aislados de residentes que en algún momento contrajeron matrimonio y construyeron una vida dentro de los parámetros socialmente aceptados en este sentido.

Para aclarar dicho panorama, es que ahora se expone Gráfico 8.1, sobre estado civil de los residentes de Hogares Protegidos:

Gráfico 8.1:  
Estado civil de los residentes de Hogares Protegidos



Fuente: Elaboración personal

Ahora bien, ante la pregunta respecto de la existencia de hijos, llama la atención que un 16% (8 casos), contestara afirmativamente. Esto porque, como se verá más adelante, los descendientes, en ningún caso, representan un referente afectivo y por ende, una red de apoyo primaria para los residentes de Hogares Protegidos.

En cuanto a la existencia de pareja, se mantienen las tendencias arrojadas por el estudio requerido por el MINSAL<sup>38</sup>, en cuanto a que un 88% de los participantes declara no tener una pareja, sea ésta estable u ocasional.

A tales datos agregaremos que de los 50 residentes partícipes, sólo un 30% manifiesta recibir visitas en el hogar, siendo éstas mayoritariamente realizadas por familiares, especialmente madre y hermanos, de manera breve e irregular y cuando éstos, según palabras de los propios encuestados, “pueden”.

Tal situación, que constituye un *continuum* interhogares es ampliamente respaldada por lo señalado por las personas encargadas de prestar atenciones en los distintos hogares de la zona:

*“Yo le digo a la familia que los venga a ver de repente... hoy día vino un familiar... estuvieron como 20 minutos y se fueron... en general vienen y se dan cuenta de que están bien y no siguen viniendo...”*

(Administradora 1)

Asimismo, se advierte que 22 de los casos revisados prefiere acudir a visitar a sus seres queridos, especialmente el fin de semana o para festividades de diversa índole, sin que tal dinámica esté exenta de hechos como el referido por una de las prestadoras de Hogares Protegidos:

*“A veces pasa que no los quieren recibir, porque se portan mal... no se pob, la familia siempre va a encontrar que ellos se portan mal y eso no es así, porque están todos compensados y en su casa son todos felices”*

(Administradora 2)

---

<sup>38</sup> Op. cit N° 37

Lo anterior no hace si no confirmar lo postulado por Ceberio y Linares (2001)<sup>39</sup> en torno a las severas repercusiones que trae para la persona el ser diagnosticada de algún problema de salud mental: un factor estigmatizante que redundo en altos niveles de marginación social, -incluso desde las familias- que suele confinar “al enfermo” al abandono y a un ostracismo inhibitor de sus posibilidades individuales y sociales.

*“Y así...la mayoría de ellos la familia no los quiere entonces si ellos probaran aunque sea una semana y de ahí irlos acostumbrando, porque ya pasó lo malo de ellos, del momento que están afuera, están compensados, ya pueden salir a la calle, hacer sus cosas, andar en micro, entonces...”*

(Administradora 1)

Tales fragmentos alertan sobre la apremiante necesidad de indagar en la estructura familiar de los residentes de hogares, de modo de acceder a un diagnóstico que permita conocer qué está pasando, cuáles son los motivos del alejamiento, y cómo modificar esta situación.

Sólo mediante el acceso a dicha información será posible saber cómo se encuentran las relaciones familiares de los usuarios de H.P, de manera de generar respuestas institucionales que tiendan a un re-acercamiento por parte de éstos hacia el residente, tejiendo y/o consolidando redes vinculares que permitan afianzar el sentido de pertenencia e identidad de éstos en torno a la existencia de un núcleo de personas significativas para ellos con cuyo apoyo pueden contar ante diversas coyunturas.

- Religión de los usuarios de Hogares Protegidos:

Como se aprecia en Tabla 8.2, la creencia en divinidades es un rasgo característico de la población-objeto del Programa de Hogares Protegidos, asumiendo un mayoritario 76% de los encuestados adherir a la iglesia católica, en tanto un 16% de los mismos, declara ser cristiano-evangélico.

---

<sup>39</sup> Ceberio Marcelo y Linares Juan Luis, “Locum, marginación y libertad”. Ediciones Culturales Universitarias Argentinas. Buenos Aires, Argentina. 2001.

Tabla 8.2:  
Religión de los usuarios de Hogares Protegidos:

RELIGIÓN DE LOS RESIDENTES	FRECUENCIA	%
CATÓLICA	38	76
PROTESTANTE	8	16
AGNÓSTICO/A	1	2
ATEO/A	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración personal

Dicha información es significativa en la medida que expresa, que en muchos de los casos –de acuerdo también a lo observado en terreno- es justamente la fé y la participación en alguna actividad eclesíástica, un aliciente para los residentes de hogares; un sentido para sus vidas y un punto de encuentro con otras personas de la comunidad que, de un modo u otro, pudieren configurarse en redes de apoyo para los mismos.

Por ello es que resulta, de suyo importante, considerar dentro del almanaque de redes secundarias, las entidades religiosas de barrio, a fin de –desde el espacio institucional- estimular la formación de vínculos de colaboración que propendan a un mayor acompañamiento de los usuarios/pacientes.

- Lugar de procedencia de los usuarios del Programa:

En atención a la información obtenida mediante la utilización de encuestas es posible aseverar que la mayoría de los residentes de Hogares Protegidos son oriundos de la Región de Valparaíso

De acuerdo a los datos alcanzados, se identifica que 46 de los 50 encuestados, equivalentes a un 92% del total, manifiesta haber nacido en la quinta región, siendo los lugares de procedencia más recurrentes Valparaíso, Viña del Mar y comunas del interior.

Del mismo modo destaca la inexistencia de casos de personas oriundas del norte o centro del país, situándose el 8% restante en diversos pueblos del sur de Chile, expresando, por una parte la escasa movilidad geográfica presente en los sujetos de estudio, desde su nacimiento y consiguientemente, la coherencia entre lugar de procedencia y jurisdicción sanitaria SSVSA.

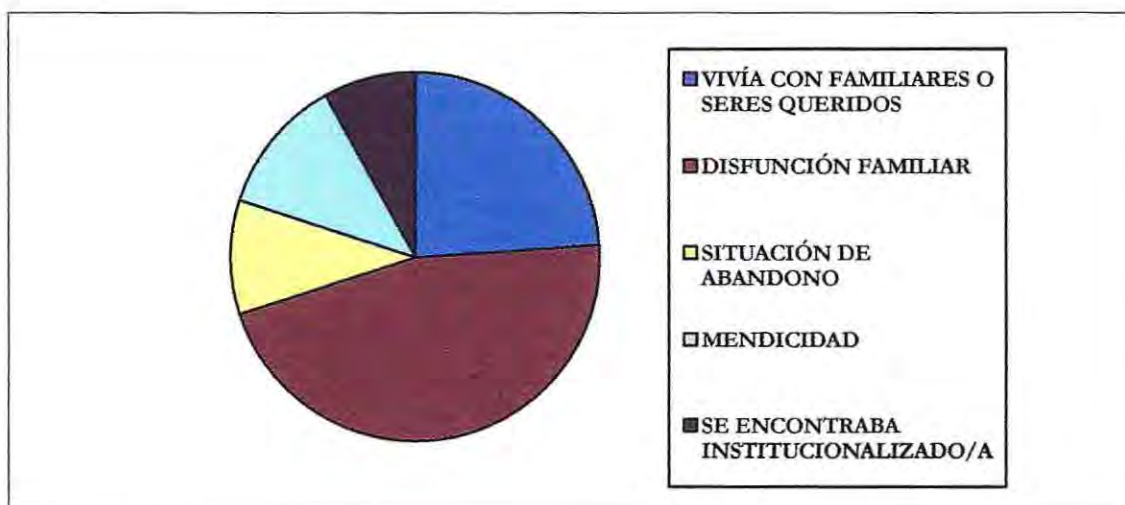
- Situación social previa a la incorporación al Programa:

El estudio de esta variable, permitió a la evaluadora tener una visión retrospectiva de la situación psicosocial que rodeaba a los residentes de Hogares Programa, a conocerlos y a entender sus dinámicas y cosmovisiones, en tanto elementos *sine qua non* para el posterior establecimiento de asociaciones que permitan evidenciar el modo cómo el ingreso a estos dispositivos ha repercutido en sus vidas.

En este escenario, es pertinente referir una síntesis de los hallazgos alcanzados por medio de este acercamiento profesional, consignados en el Gráfico 8.3 que a continuación se presenta y que claro está contribuirán a elaborar un perfil genérico del usuario HP.

Gráfico 8.2:

Situación social previa a la incorporación a Hogar Protegido:



Fuente: Elaboración personal

La ilustración anterior, permite inferir el alto grado de vulnerabilidad experimentado por quienes participaron en el estudio, antes de ingresar al programa de Hogares Protegidos, de hecho, un 46% de ellos señala provenir de familias disfuncionales, con un preocupante 78% de casos con trayectoria de violencia intrafamiliar cruzada, permanente y cíclica, con un 32% y 46% respectivamente, siendo en todos los encuestados que presentan estos antecedentes, la violencia física y psicológica una constante a lo largo de sus vidas.

En tanto, 11 de los 50 participantes declara haber estado en situación de abandono o haber vagado para sobrevivir los años anteriores a la incorporación al dispositivo, careciendo de cualquier vínculo afectivo que les ayudara a adherir a tratamiento y a trascender la esfera de la subsistencia.

*“Yo me acuerdo J cuando llegó no tenía hábitos...vivía en su casa sin una...sin hábitos: no se lavaba los dientes, no se bañaba, tenía sus uñas largas y sucias...él vivía con su hermana y una señora conocida me contó que ellos buscaban en el aseo cosas para comer y ahí ellos dieron aviso para que fueran a ver eso, porque la niña era enferma y él también...”*

(Administradora 1)

Dicha vulnerabilidad psicosocial y el olvido al que estaban sometidos dichos seres humanos en ese entonces, incidía negativamente en su calidad de vida personal (descompensación, ausencia de hábitos, etcétera) y en el modo cómo éstos se relacionaban con el entorno, alimentando –generalmente- la mitología en torno a ellos a nivel barrial.

*“No sé, se me viene a la mente un paciente que yo conocí en Playa Ancha cuando me tocó hacer una visita domiciliaria porque tenía muchos conflictos en el sector donde vivía con los vecinos...él vivía en muy malas condiciones...permanentemente descompensado, obviamente no asistía a los controles, asustaba a la comunidad...”*

(Profesional 1)

Igualmente, es preciso destacar que un 8% de los encuestados alude una situación de institucionalización previa a la inserción en el Hogar Protegido, donde hallamos casos de personas que fueron habitantes de un hospital psiquiátrico por más de 20 años.

Ello, sin lugar a dudas manifiesta un avance en términos de la comunitarización de la atención psiquiátrica propugnada por la Organización Mundial de la Salud, con la paulatina abolición del modelo manicomial/intramuros imperante por siglos alrededor del mundo y que, en palabras de Szasz (1970) no hace si no perpetuar la marginalidad de sus residentes/pasivos, menoscabando sus derechos humanos fundamentales por su tipificación como elementos perturbados del sistema social.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Szasz Thomas, “Ideología y enfermedad mental”. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 1970.

- Diagnóstico médico de los residentes de Hogares Protegidos:

Conocer las distintas psicopatologías, sus manifestaciones, evolución y tratamiento cobra especial preponderancia al momento de evaluar un programa.

Esto, dado que es en virtud fundamentalmente de este referente y de datos alusivos a la trayectoria clínica de las personas es que podremos depurar la puesta en marcha de las distintas iniciativas de rehabilitación, en tanto que, en la medida que éstas obedezcan a las peculiaridades y potencialidades individuales de las personas, podremos alcanzar los propósitos reintegradores propugnados por el Ministerio de Salud en su Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Pese a lo anterior, por medio de esta aproximación profesional quedó patente la existencia de un desconocimiento generalizado de las definiciones psicopatológicas vigentes en la actualidad, siendo un denominador común, tanto en los encuestados, como en las administradoras, el conocimiento de alguna sintomatología, el elemento asociativo con la enfermedad de base, traduciéndose esto claramente, en una fuente de imprecisiones que pueden ser contraproducentes si lo que se quiere es alcanzar los objetivos planteados por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000).

Por ello, quien suscribe debió analizar esta variable revisando la totalidad de las fichas clínicas de los residentes de Hogares Protegidos (68), con el afán de –mediante la lectura del vasto historial clínico de muchos de ellos- detectar regularidades que permitieran alzar una caracterización verídica y actualizada en este sentido.

A través de un trabajo investigativo exhaustivo, se pudo determinar que la mayoría de la población-objeto del programa, ha presentado múltiples diagnósticos a lo largo de su evolución clínica, asociada al desarrollo propio de las patologías, como también al de las taxonomías emanadas de las ciencias biomédicas.

No obstante y para efectos del presente estudio, quien suscribe mantendrá como referente el último diagnóstico realizado por un Médico Psiquiatra a los residentes de hogares que, en 23 casos, inicia sus antecedentes clínicos ya en la década del setenta.

Por medio de la Tabla 8.3 que a continuación se presenta, se da cuenta del catastro realizado y sistematizando y actualizando la información clínica de los residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso:

Tabla 8.3:

Diagnóstico médico actual de los usuarios de Hogares Protegidos:

DIAGNÓSTICO MÉDICO ACTUAL	FRECUENCIA	%
ESQUIZOFRENIAS	33	66
TRASTORNO BIPOLAR	1	2
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	5	10
PSICOSIS	5	10
RETARDO MENTAL	2	4
D.O.C.	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración personal

De acuerdo a las indagaciones realizadas se identifica una prevalencia de un 66% de diagnósticos de esquizofrenia indeterminada, o bien en sus variantes paranoide y defectual, siendo ésta en la mayoría de los encuestados, de larga data.

A esto le siguen, las psicosis y los trastornos esquizoafectivos, con un 10%, las epilepsias con daño orgánico cerebral, con un 8%; los casos de retardo mental, con un 4% y un caso de trastorno afectivo bipolar, equivalente al 2% del total.

Llama la atención en este sentido, la existencia –dentro del universo de usuarios de hogares- de coexistencia de patologías en un mismo sujeto, es así que encontramos ejemplos de personas que manifiestan: epilepsia+retardo mental, epilepsia+síndrome alucinatorio delirante, esquizofrenia+retardo mental y psicosis+retardo mental, complejizando tal situación las intervenciones, por tratarse de patologías de disímil manifestación que claro está requieren de un abordaje diferenciado por parte, tanto del equipo profesional como del personal de Hogares Protegidos.

- Previsión de salud de los usuarios de Hogares Protegidos:

En cuanto a la variable previsión de salud, las cifras son elocuentes: la totalidad de los participantes del estudio-evaluativo están afiliados al sistema público de salud, a través del Fondo Nacional de Salud.

Específicamente, el 100% de los usuarios de Hogares Protegidos están clasificados con la letra A, que categoriza la situación de vulnerabilidad social<sup>41</sup>, aunada a la discapacidad de causa psíquica y, por consiguiente a la discriminación que supone un diagnóstico psiquiátrico.

Ello redundará en una imposibilidad de acceder al mercado laboral, y con ello a los recursos económicos para satisfacer los requerimientos básicos de toda persona, legitimando lo postulado por la O.M.S, en cuanto a que hablar de trastornos mentales generalmente significa hablar de pobreza, quedando dicho fenómeno manifiesto en Esquema 8.1, que a continuación se presenta:

Esquema 8.1:  
Pobreza y trastornos mentales: Un círculo vicioso



Fuente: Organización Mundial de la Salud

<sup>41</sup>Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, "Invertir en Salud Mental". Ginebra, Suiza. 2004.

- Número de años como residente de Hogares Protegidos:

Respecto de la trayectoria de los encuestados como usuarios de hogares, ésta es variable en atención al carácter rotativo que suponen tales dispositivos, en cuanto a la impronta “de tránsito” que la Norma Técnica les ha asignado tras el propósito de promover la rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos psiquiátricos severos, que se traduce, -cuando se han logrado mayores niveles de autonomía funcional/social y adherencia a tratamiento- bien en el retorno al hogar familiar, o al inicio de una vida independiente.

De tal manera entonces, ahora se presenta una síntesis gráfica de la información recopilada, en torno a la trayectoria vincular al programa:

Tabla 8.4:  
Usuario del Programa de Hogares Protegidos desde el año:

AÑO	FRECUENCIA	%
1999	6	12
2000	5	10
2001	8	16
2002	4	8
2003	7	14
2004	6	12
2005	6	12
2006	8	16
2007	----	----
<b>TOTAL</b>	50	100

Fuente: Elaboración personal

Si bien en la tabla anterior, podemos corroborar lo anteriormente señalado, igualmente se observa que, desde la formalización de tales dispositivos en el año 1999, prevalecen los ingresos realizados en los años 2001 y 2006, concentrando cada uno un 16% de entradas, con ocho años cada uno.

Cabe subrayar en este escenario que, si bien es cierto los hogares se institucionalizaron y se expandieron de la mano de la Reforma a la Atención Psiquiátrica, difundida por el Ministerio de Salud (1999) y que suponía un verdadero giro copernicano hacia la humanización de las prestaciones, las colocaciones familiares formaban parte del ámbito de la salud mental ya desde hace décadas.

Como legado de dicha escuela, hallamos a usuarios de los actuales Hogares Protegidos, que residen en tales dependencias hace más de 15 años, lo que lleva a preguntarse ¿En qué medida se están logrando los propósitos de re-habilitación psicosocial de las personas con trastornos psiquiátricos?.

El surgimiento y/o consolidación de situaciones de dependencia, no hacen si no ser réplicas del modelo asilar de antaño, en la medida que se perpetúa la no autonomía de las personas, minando con esto los ejes fundamentales de la nueva forma de entender la rehabilitación en salud mental.

- Antecedentes de problemas de salud física de los usuarios de Hogares Protegidos:

Indagar esta variable, además de aumentar el conocimiento específico en torno a la población-objetivo del programa, constituye un insumo de suyo importante para verificar en qué medida éste se adecúa a la Norma Técnica ministerial, en cuanto a que no sólo debe resguardarse la salud mental de los residentes de HP, sino que también, debe haber un seguimiento de su situación de salud, desde una perspectiva integral.

En atención a ello y sustentado en los datos obtenidos gracias a la utilización de la encuesta es que es posible afirmar, que un 92% de los participantes del estudio, declara no tener antecedentes de problemas de salud física, lo que se contrapone con las tendencias a nivel mundial, con una alta *comorbilidad* generalmente auspiciada por el uso de psicofármacos de larga evolución.

Por su parte el 8% restante, refiere la realización de intervenciones quirúrgicas de diversa índole, sin que se presenten casos de enfermedad crónica o invalidante desde el punto de vista físico.

Respecto del estado actual de salud física de los mismos, éstos en 43 casos señalan no padecer de enfermedad alguna, en tanto los 7 restantes, aluden a la existencia de alguna patología: de ellos un 42,8% corresponde a hipertensión arterial; un 28,6% a problemas auditivos; un 14,3% a anemia y la misma cifra a un caso de dismenorrea, estando la sintomatología de todas ellas bajo control farmacológico complementario al proporcionado en Hospital del Salvador.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> El control médico de tales dolencias es coordinado en Atención Primaria de Salud (A.P.S)

En términos de consumo de cigarrillos, nuevamente encontramos una concentración en las respuestas afirmativas, con un claro 66% de los encuestados que declara una adicción al tabaco, en contraparte con un 34% que manifiesta un desagrado por éste.

Concretamente, a través del Gráfico 8.3 sobre frecuencia del consumo tabáquico que se expone más abajo, se advierte que un 60,6% de los participantes del estudio fuman entre 11 y 15 cigarrillos al día, seguidos por un 21,2% que lo hace entre 6 y 7 veces por día y un preocupante 18,2% que consume más de 15 cigarrillos diariamente.

Gráfico 8.3:

Proporción del consumo de cigarrillos entre usuarios de Hogares Protegidos:



Fuente: Elaboración personal

Lo anterior lleva a plantearse la siguiente interrogante: ¿En qué medida es plausible controlar el hábito tabáquico de los residentes de Hogares Protegidos? de manera de, por una parte disminuir los riesgos que dicha pulsión acarrea para la salud de quien fuma y a su vez, de quienes lo rodean (fumadores pasivos).

Del mismo modo, informalmente no son menores los casos de encuestados que informalmente comentaron a quien suscribe situar el inicio de la conducta adictiva en el hogar y no como pudiere creerse, como manifestación del uso de medicamentos para el control de la sintomatología psiquiátrica.

Esto, implica la necesidad de re-plantear los modos de proceder, previendo los daños colaterales asociados al consumo abusivo de esta droga lícita e intentando, disminuir “la dosis” diaria, contribuyendo de este modo a menguar los riesgos generales que trae aparejado dicho comportamiento.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, la mayoría de los encuestados presenta antecedentes de consumo de alcohol, quedando esto representado con el 54% de respuestas afirmativas a la pregunta en torno a este tópico.

En cuanto al tipo de consumo, de los 27 participantes, 19 señalaron haber consumido sólo bebidas alcohólicas de diversa índole y las 8 restantes sólo drogas, con predominancia de la *cannabis sativa*, esto es, de los denominados “pitos” de marihuana pura (hoja, semilla) o “paraguayos” (mezclada con productos tóxicos como parafina, acetona y solventes).

Respecto de la frecuencia del consumo, se detectan 4 casos de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto los 23 restantes, explicitan la existencia de un consumo ocasional de éstas.

Finalmente y ante la posibilidad de someterse a un exámen de detección de la presencia de drogas en el cuerpo, un 70% de los participantes de la encuesta, manifiesta su voluntad de acceder a dicho procedimiento, siendo las negativas, asociadas –de acuerdo a la interpretación de quien suscribe- al carácter “invasivo” del mismo asumido por los residentes de Hogares Protegidos.

- Situación previsional de los usuarios de Hogares Protegidos:

Con el propósito de graficar los rasgos que asume esta variable de estudio en el caso de los residentes de HP, a continuación se presenta Tabla 8.5, con un resumen de la información indagada en registros del Hospital del Salvador y complementada mediante cuestionarios aplicados a los sujetos de estudio.

Tabla 8.5:  
Situación previsional de los usuarios de Hogares Protegidos:

SITUACIÓN PREVISIONAL	FRECUENCIA	%
BENEFICIARIO/A DE PENSIÓN ASISTENCIAL D.L 869	43	86
BENEFICIARIO/A DE OTRO TIPO DE SUBSIDIO ESTATAL	5	10
CESE DE ACTIVIDADES LABORALES	1	2
INDIGENTE	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración personal

En cuanto a la situación previsional de los residentes de Hogares Protegidos de Valparaíso, se evidencia que un 86% de éstos es beneficiario de Pensión Asistencial decretada por su diagnóstico médico invalidante, disponiendo este segmento mayoritario de los encuestados de los recursos económicos que les permiten solventar en parte sus requerimientos mensuales.

Asimismo, se identifica que un 10% de los participantes de la encuesta percibe otro tipo de subsidio gubernamental, especialmente de la pensión de orfandad, que de igual forma les da la posibilidad de acceder a determinados bienes y servicios cada mes.

Finalmente hallamos 2 casos aislados: una persona jubilada y otra que -dentro de las tipologías gubernamentales- es caracterizada como indigente, no estando esta última, en proceso de postulación a PASIS D.L 869 por una negativa emanada de la misma persona, quién reconoce en dicho beneficio un factor de discriminación, en virtud de la tácita discapacidad/minusvalía o incompetencia que esto supone desde su particular perspectiva.

Esto último deja entredicho la necesidad, por una parte de acoger la posición defendida por este usuario/a, pero por otra, la de vincularlo/a a otras alternativas de financiamiento o ayuda para solventar sus requerimientos básicos, de un modo “discreto” que no comprometa el carácter secreto que en este caso adquiere el diagnóstico médico.

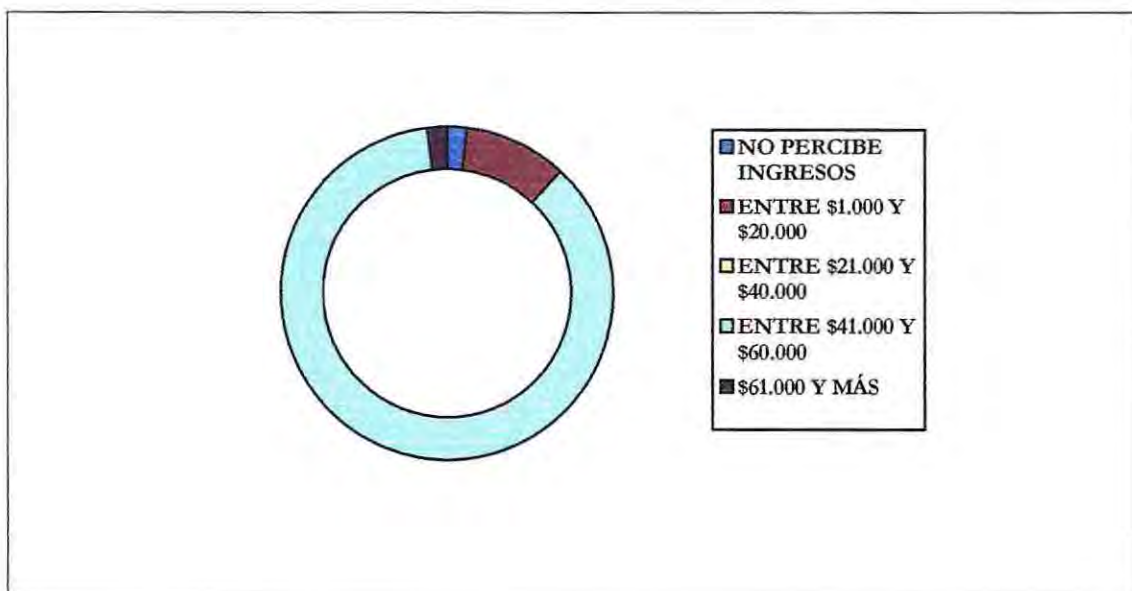
Así entonces, es deber de la Comisión de Hogares Protegidos, el barajar las opciones que en este sentido, propone el aparato estatal y también las posibilidades emanadas del sector privado, por cuanto esta persona tiene pleno derecho a resguardar la confidencialidad de su situación de salud, sin que eso redunde en una insatisfacción de sus requerimientos básicos.

- Ingresos mensuales de los usuarios del Programa:

Según la información reunida y manifiesta en Gráfico 8.4 que ahora se presenta, la principal fuente de ingresos de los usuarios del Programa está constituida por el subsidio de invalidez que otorga el Estado y cuyo monto se sitúa en el tramo entre \$41.000.- y \$60.000.- mensuales.

Gráfico 8.4:

Ingresos mensuales de los usuarios de Hogares Protegidos:



Fuente: Elaboración personal

No obstante ello, un 16% de los encuestados manifiesta recibir dinero proveniente de otras fuentes, particularmente por la realización de trabajos ocasionales (5 casos), por aportes familiares (1 caso) o por la vía de la mendicidad –*macheteo*–, en 2 casos.

Esta última información fue corroborada *in situ* por la estudiante, quien, en más de una oportunidad observó a residentes de Hogares Protegidos mendigando dinero o cigarrillos en los alrededores de Avda. Playa Ancha, del Hospital del Salvador, de la Plaza Waddington e incluso del plan de la ciudad, dejando esta situación abierto el debate tanto respecto de qué ocurre con los hábitos inculcados desde cada hogar y particularmente, en cuanto al modo cómo estas personas están utilizando su tiempo disponible cada día, donde de acuerdo a lo evidenciado estos comportamientos están muy lejos de constituir hechos aislados.

Dichas cuestiones serán retomadas más adelante, el apartado de análisis de pertinencia de las actividades implementadas, dentro de este mismo documento.

- Nivel educacional de los usuarios de Hogares Protegidos:

Indagar en la esfera educativa de una población determinada, permite al evaluador acceder a un referente para la acción, vale decir, corresponde a una herramienta para replantear los modos de proceder, re-orientándolos hacia los intereses y máximo aprovechamiento de las capacidades individuales.

A través de tales procedimientos será posible despojarse de perspectivas homogeneizantes, dando un giro copernicano que asuma a la diversidad, como punto de partida para el diseño y puesta en práctica de las distintas estrategias de rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad de causa psíquica.

Coherente con lo anterior es que se expone Tabla 8.6, donde se sistematizan antecedentes alusivos al nivel de instrucción básica de los residentes de Hogares Protegidos encuestados:

Tabla 8.6:  
Enseñanza Básica de los usuarios de Hogares Protegidos:

EDUCACIÓN BÁSICA DE LOS RESIDENTES	FRECUENCIA	%
NO ACCEDIÓ A ENSEÑANZA BÁSICA	5	10
EDUCACIÓN BÁSICA INCOMPLETA	18	36
EDUCACIÓN BÁSICA COMPLETA	27	54
EDUCACIÓN ESPECIAL	----	----
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración personal

La figura anterior manifiesta que la mayoría de los usuarios de HP, con un 54% de los encuestados, concluyó su formación primaria; habiendo un 36% de éstos desertado del sistema educacional de manera temprana, por razones que, de acuerdo a lo señalado informalmente, oscilan entre el desagrado con el sistema escolar, como el interés por trabajar y ganar dinero desde la infancia.

Se evidencia entre los participantes de la presente investigación evaluativa, la existencia de 5 casos de analfabetismo, constituyentes del 10% de la población de estudio, tratándose de personas que nunca accedieron a la escuela, tampoco a algún tipo de formación especial.

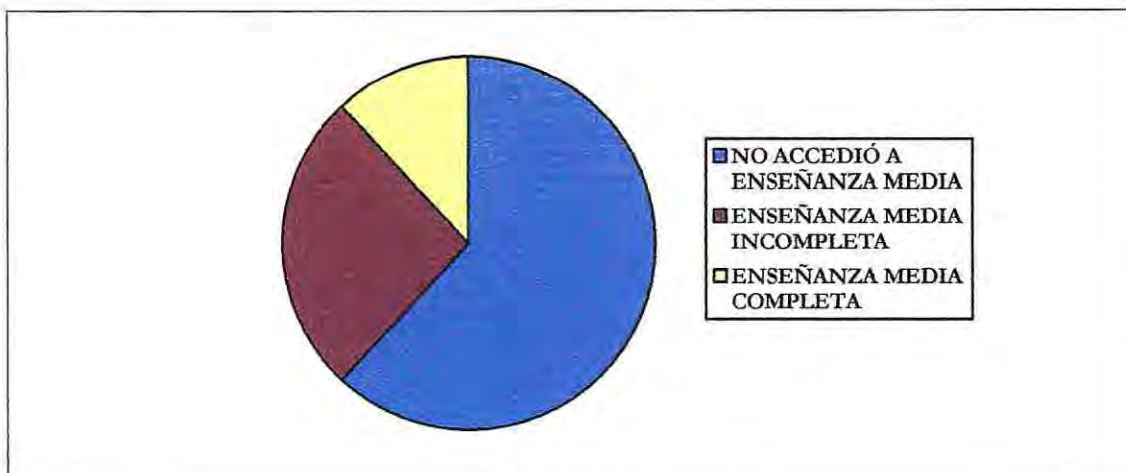
En cuanto al paso por la educación secundaria se pudo advertir que un segmento mayoritario de los residentes de hogares, representado por un 62%, no accedió a enseñanza media; en tanto un 26% ingresó pero no completó los cuatro años de estudios, dejando inconclusa su formación secundaria, coincidiendo esto generalmente con las primeras manifestaciones de la patología psiquiátrica de base.

Finalmente, el 12% restante logró finalizar sus estudios medios, específicamente en la modalidad científico-humanista.

Tal situación es evidenciable a través de la Gráfica que a continuación se presenta:

Gráfico 8.5:

Acceso a Enseñanza Media entre residentes de Hogares Protegidos:



Fuente: Elaboración personal

En este sentido, cabe subrayar que actualmente existen 2 usuarios de Hogares Protegidos –y partícipes del estudio- que están cursando enseñanza media, siendo sus casos situados en la categoría “enseñanza media incompleta” para efectos investigativos, cuando en términos estrictos, éstos se hallen en una fase de transición hacia la finalización de tal formación.

Finalmente, en términos de educación superior, cabe señalar que del total de encuestados, un 94% no tuvo acceso a este tipo de enseñanza, ni en su variante técnico profesional ni a la universitaria, empero el 6% restante constituido por 3 casos sí lo hizo, en carreras profesionales como la Contabilidad, el Derecho y la Filosofía sin que, por condicionantes ambientales, los usuarios pudieran concluir tales estudios.

Todo lo previamente demostrado no hace si no reivindicar la moción de lo pernicioso de las visiones totalizantes u homogeneizantes cuando se implementan programas: He aquí la evidencia de la multiplicidad de realidades que se reúnen bajo el denominador común de ser habitantes de Hogares Protegidos.

El desafío ahora es el de considerar tales antecedentes, amalgamarlos, soterrando las taxonomías que circunscriben la diversidad a la categoría; ampliar el espectro de posibilidades, considerando estos elementos y la experiencia que cada uno, de acuerdo a sus capacidades puede aportar a su propia recuperación/resocialización y la de los demás usuarios del programa de HP.

### 8.2.2 Idoneidad de los Prestadores de Hogares Protegidos en el espacio provincial

Para fines interpretativos, utilizaremos la definición operacional consignada en el capítulo anterior y que se halla sustentada en las disposiciones emanadas en este sentido de la Norma Técnica del Ministerio de Salud<sup>43</sup>.

En este sentido, dicha normativa explicita una serie de requisitos para acceder al cargo de Administrador de Hogar Protegido, siendo éstas las que a continuación se presentan en formato de listado:

- Ser una persona natural o jurídica de carácter público o privado.
- Competente para ser responsable de la administración de los hogares, a nivel financiero y de gestión, debiendo hacerse cargo de todos los aspectos relativos a la operación de cada uno de estos establecimientos residenciales.

Igualmente, tal documento regulatorio estipula las que son las funciones asociadas a dicho *status* delimitando *roles* específicos para cada encargado de un hogar, siendo éstas las siguientes:

- Asistencia a reuniones técnicas
- Recepción de fondos y control de fondos de acuerdo a ítems pre-establecidos
- Resguardar el cumplimiento de la Norma Técnica
- Mantener la casa-habitación en buenas condiciones y cautelar el buen uso de los bienes adquiridos para la misma
- Contratar a los cuidadores, responsabilizándose tanto de su idoneidad como de aspectos contractuales y legales
- Procurar apoyo, supervisión y capacitación a los cuidadores

---

<sup>43</sup> Op.cit N° 1

En tanto, los cuidadores son las personas encargadas de supervisar y apoyar a los residentes en áreas, tales como autocuidado, autonomía, interacciones sociales, estructuración de una rutina e integración comunitaria, contribuyendo a la vinculación de los usuarios a las distintas redes de apoyo.

En el caso de la implementación del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso, se inicia el análisis con la existencia de una notable confusión de roles: No existe una diferenciación entre Administrador y Cuidador, asumiendo las 9 encargadas una polifuncionalidad.

Si bien es cierto todas cumplen con los requisitos de acceso al cargo, se evidencian imprecisiones en términos estructurales, es decir, de las funciones que deben desempeñar y que –haciendo una lectura crítica de la situación– revela el desconocimiento de las diferencias establecidas desde el MINSAL.

Esto se grafica en el cumplimiento de roles paralelos, por ejemplo: las administradoras de Valparaíso, reciben y gestionan fondos; administran medicamentos; acompañan a los residentes a sus controles médicos; cocinan y organizan paseos a la vez, reflejando una desorganización que seguramente no ha sido advertida desde el Hospital del Salvador, en tanto coordinador provincial del programa.

Tal situación, a juicio de quien suscribe, además de dejar entredicho la ausencia de un análisis detallado de la Norma Técnica, tanto por parte de la Comisión de Hogares Protegidos, como de parte de las denominadas Administradoras.

Coyuntura tal, que sin una revisión y un replanteamiento de la estructura programática local, puede agravar el descontento presente en algunas de ellas en cuanto al funcionamiento del Programa de Hogares Protegidos, aspecto que ciertamente será retomado más adelante en este mismo informe.

Por otra parte, en cuanto a la *praxis* propiamente dicha, observada sistemáticamente por la estudiante, tanto de la dinámica interna y como externa de los 9 Hogares Protegidos de Valparaíso, se detectan hechos que podrían poner en duda la idoneidad de estas personas para proporcionar una atención integral a personas con trastornos mentales severos, teniendo como norte, tanto la norma, como los derechos humanos de los mismos.

A través de las múltiples aproximaciones realizadas –que fueron desde breves visitas hasta noches pernoctando en estos dispositivos residenciales-, se pudo ver y oír el modo cómo se organizan las relaciones al interior de algunos hogares y cuyo seguimiento, se perfila -a partir de este momento-, en una necesidad institucional, si lo que se quiere es velar por el bienestar de los residentes:

A continuación se enuncian algunas de las situaciones vivenciadas durante las variadas visitas realizadas a Hogares Protegidos de Valparaíso:

- Estilo comunicacional:

Por medio de la escucha activa, se evidencia la existencia de un tratamiento que no hace sino resaltar el carácter *nosológico* de los habitantes. Ello, a través de apodos como “loco” o “loquillo” utilizados por más de una Administradora –y miembros de su grupo familiar- y que no hacen sino perpetuar el estigma que, desde el Hospital del Salvador se pretende derribar como medio para promover la re-integración o integración social de los usuarios del programa.

A la mirada estereotipada, contaminada de sesgos socialmente legitimados, se suma lo que quien suscribe asume como una sub-estimación de los residentes, patente en la cita textual planteada más abajo:

*“Me gustaría que me trataran como una persona normal no como a un “tarado” como en los hogares que he estado hasta ahora, de las señoras X e Y.”*

(Residente 1)

Ello, además de incidir negativamente en el usuario, comprometiendo los propósitos integradores del Ministerio de Salud, no es si no la manifestación de un fenómeno que si bien es cierto esto no ocurre en la totalidad de los hogares, sí lo es en su mayoría, quedando esto sutilmente reafirmado en la siguiente frase:

*“Los chiquillos a pesar de su enfermedad son inteligentes...tampoco tienen tanta parte infeliz”*

(Administradora 1)

Lo anterior, permite desde una óptica sociológica, hacer un alcance con la denominada teoría de los calificativos, Lemert (1951) en Keller (1991), siendo uno de sus principales aportes el centrar la atención no en quien comete los actos asumidos como desviados y ni en sus causas, sino que en el proceso de calificar a algunos individuos y grupos como desviados, sean estos *locos, criminales, homosexuales*, u otros.

Dicha teoría, a su vez, hace hincapié en el relativismo cultural de dichas *adjetivaciones del comportamiento* y en las consecuencias a largo plazo de una calificación de desviación sobre la identidad de social las personas.

Siguiendo a Schutz (1976), las tipificaciones suscitadas en el mundo social tienden a ignorar los rasgos individuales particulares, centrándose sólo en las características genéricas y homogéneas, siendo el lenguaje el vehículo de transmisión, adquisición y almacenamiento de dichas categorizaciones a través de procesos de socialización y resocialización que se desarrollan durante toda la vida, pasando de una generación a otra.

Ahora bien, ¿cómo repercuten dichos rótulos en quien es blanco de éstos?

Desde un punto de vista psicosocial, existe consenso en el hecho de que las personas que han sido tipificadas como desviadas quedan expuestas a un doble juego de marginación:

Por una parte, el que un individuo sea percibido por los otros como un “anormal”, “desadaptado”, o en este caso un “loco”, hace que se asuman actitudes y pautas de interacción social excluyentes de este factor humano anómalo, relegándolo paulatinamente de este modo a la periferia de la vida social.

Como consecuencia de lo anterior, está por una parte la tesis defendida por Goffman (1963), en cuanto a que la respuesta/reacción al ser calificado/clasificado como desviado es la legitimación de dicho *status*, con el consiguiente abrazo del rol, -amparado en el libre albedrío- asumiendo de este modo un estilo de vida transgresor, coherente con la mirada excluyente de los otros.

Y por otra, -y tal vez la más severa de sus implicancias- estaría el sentimiento de pérdida de sí mismo por parte de quien es rotulado, el límite entre la persona y la otredad, y que conlleva a una autopercepción de invalidez basada en el deber ser que la sociedad para ser aceptado como miembro de ella.

La *pérdida del sí*, la sensación de minusvalía y el no cumplimiento de las normas y roles impuestos desde la estructura sociohistórica particular alimentarán el concepto de *discapacidad*, siendo su principal característica la objetivación que se hace a partir de una norma en términos de desempeño del individuo, reproduciendo sus efectos nocivos y disminuyendo cada vez más las *capacidades ontológicas* de la persona.

Todo lo anterior, nos hace cuestionar hasta qué punto el modo de encarar el trabajo con personas con trastornos mentales es el adecuado desde el punto de vista comunicacional.

Acaso no resulta contradictorio y contraproducente el generalizar, destacando -hasta la majadería- el hecho de que se habita con “locos” o “enfermos mentales”.<sup>44</sup>

¿Qué ocurre entonces con la identidad social de estas personas? ¿No es el Hogar Protegido la instancia de puente hacia una mayor inclusión social de sus usuarios?

Tales interrogantes alarman sobre la necesidad de realizar un trabajo de sensibilización con estos procesos y sus implicancias, a través de la educación de las Administradoras, cuidadores y agentes del espectro comunitario, que tienda hacia el despeje de mitos en torno a las dolencias mentales y -es de esperar- hacia cambios actitudinales desde quienes conviven con estas personas, dado que el logro de los propósitos del MINSAL en términos de re-integración, dependen primordialmente de la dinámica-inclusiva que se dé en cada hogar.

---

<sup>44</sup> Cabe señalar que de acuerdo a lo indagado en terreno, existe un reconocimiento entre los vecinos de cada barrio donde se sitúan los hogares, de que hay una casa “de locos” en su sector, manifestando esto la existencia de una rotulación que sin lugar a dudas puede comprometer los propósitos de integración comunitaria de los residentes de estos dispositivos.

- Episodios de maltrato:

A la lógica comunicacional hostil utilizada en algunos de los Hogares Protegidos y legitimada por la alumna como evidencias de una problemática de base se suman comentarios/denuncias realizados por parte, tanto de los propios residentes, como de agentes de la comunidad, en el sentido de la existencia de ciertos hábitos de violencia hacia los residentes.

A diferencia del esquema de violencia intrafamiliar propugnado por Corsi (2000), en tanto ciclo, dicho *epifenómeno* se manifiesta en este caso como parte del acervo hogareño, como se vió, especialmente en su dimensión psicológica, sin rastros hacia el exterior y sin que existan mecanismos probatorios de su existencia, especialmente si se habla de personas con trastornos psiquiátricos de larga evolución y que, sin dudarlos, harían que sus testimonios fueran asociados como *distorsiones* propias de su perfil nosológico:

*“O sea igual, la otra vez me estaba descalificando una persona, me decía que ella “tenía más estudios que yo” que “a parte de la pega tenía más estudios”.”*

(Residente 1)

Dicha evidencia de una de las entrevistas realizadas, se suma a las denuncias emitidas confidencialmente por los distintos actores involucrados, en cuanto a que si bien, de manera más aislada, también se ha dado cuenta de situaciones de violencia física y sexual, perpetradas, especialmente por los familiares de las Administradoras de Hogares Protegidos de Valparaíso:

*“En el hogar de la Señora Y ella siempre me gritaba, me hacía sentir mal, era muy prepotente y vi que le levantó la mano a una paciente que salió a conseguirse cigarrros; la agarró de las mechas.”*

(Residente 1).

A lo antedicho se agregan alertas sobre casos de otras manifestaciones de violencia que asumen la modalidad de *conductas coercitivas* como prohibiciones, encierros y amenazas de expulsión del hogar por parte de Administradoras, los cónyuges de éstas y el personal de servicios del dispositivos t que, sin lugar a dudas ameritan ser investigadas y sancionadas, por ser formas de violación a los derechos humanos fundamentales de toda persona y que en estos casos específicos, no hacen si no socavar la autoestima, dignidad y posibilidades de los usuarios de este programa.

Igualmente, -y tal vez de modo más elegante- se visualiza la existencia de situaciones de violencia de carácter pasivo, como lo es el trato negligente y el desgano con que, éstas cumplen las funciones que el Ministerio de Salud les ha otorgado.

Ello queda de manifiesto, por ejemplo en la presentación personal de muchos residentes de hogares; en la mendicidad de éstos; en la inercia y en la pauperización en la que muchos se hallan sumidos y que no hacen sino reflejar el escaso compromiso presente entre quienes deberían ser las responsables de su atención y cuidado.

- Segmentación interna:

A lo anterior se suma, la observación de la existencia de realidades eclipsadas al interior de la mayoría de los hogares: por una parte la familia y por otra “los pacientes”.

Ello quedó patente cuando la estudiante, verificó *in situ* que en más de un establecimiento hay lugares a los que “ellos” no tienen acceso, como comedores y livings aparte, lo que explicita que no es necesario tener un letrero luminoso que señale “qué tipo de personas viven ahí”, sino que las formas de discriminación se manifiestan, además de en su dimensión lingüística insoslayable, a través de símbolos/claves como los descritos hasta ahora.

Por esto es que la estudiante, siguiendo a Belvedere (2002), quiere insistir en que la discriminación social no es un mero agravio: lo que está en juego no es sólo el honor de éstos, sino que estos sutiles dispositivos pueden incidir de manera decisiva en la trayectoria personal de los afectados; en la construcción de su historia personal, contaminada por un sentimiento de inferioridad que condicionará –necesariamente- el ciclo de vida de la persona.

En este sentido, se produce un epifenómeno, pues no sólo estamos frente al *prejuicio*, sino que ante todo ante un *perjuicio*, en la medida que la discriminación social no es sólo un conjunto de afirmaciones peyorativas, sino que primordialmente constituye una amalgama de obstaculizadores que no hacen si no relegar a la persona discriminada, a verdaderos *ghettos* de marginalidad social.

Si bien lo discriminado es antes un signo que un rostro, -dicho en términos fenomenológicos-<sup>45</sup> esto no mitiga el problema de la discriminación en tanto denega la humanidad del otro al excluirlo del grupo, sino que al objetivarlo y usarlo como medio de preservación *a ultranza* de la paradigmática “identidad social”.

Todo lo antes expuesto, grafica la existencia de serias situaciones de discriminación *intrahogar*, que pudieren poner en duda el manejo y la idoneidad de muchas de las prestadoras de estos servicios residenciales.

Asimismo, se identifica un dejo de incumplimiento del énfasis ministerial en asignar a los Hogares Protegidos un cariz familiar, que de la oportunidad a los residentes de sentirse en su propia casa., en tanto si bien se asume el desafío, declarándolo como lineamiento general, *-la retórica de la aceptación-* muchos de los pacientes reconocen al hogar como “la casa de ellos” careciendo de un sentido de pertenencia, existiendo interpretaciones que incluso vanaglorian la buena voluntad de las Administradoras, en tanto “éstas los acogen y los alimentan”.

*“Me siento respetado por algunas personas no más, o sea igual yo veo a la cuidadora como una persona extraña...”*

(Residente 1)

Tal enunciado muestra, por una parte la existencia de ambientes desprovistos de el sello de *afectividad* en las relaciones otorgado desde la autoridad sanitaria, con relacionamientos que oscilan más bien en torno a una lógica dicotómica de temor y respeto, diametralmente opuesta al deber ser ministerial.

Ello, además de poner en tela de juicio la efectividad del modelo de colocación familiar que suponen los Hogares Protegidos, no hace sino enfatizar la premura de tomar medidas que permitan superar esta *seudo-integración* en la que viven sus usuarios, siendo esto plausible a través de la socioeducación de los distintos actores y de la realización de actividades con acento en la inclusividad, pero sobre todo de monitoreos permanentes de la dinámica interna en cada vivienda, que permita detectar –y solucionar- este tipo de situaciones, que hacen un flaco favor a los afanes ministeriales de mejorar la calidad de vida de los habitantes de estos servicios residenciales.

---

<sup>45</sup> Derrida Jacques, “La voz y el fenómeno”, Editorial Pre-textos. Valencia, España. 1995.

A modo de síntesis, se presenta Cuadro 8.2, con las principales áreas deficitarias reconocidas a través del estudio y que pudieren comprometer la calidad de vida de los sujetos de atención del programa:

Cuadro 8.2:

Idoneidad de los prestadores de Hogares Protegidos en Valparaíso:  
Principales falencias identificadas

HOGAR PROTEGIDO	FALENCIA OBSERVADA
N° 1, N° 4, N° 8	Existencia de áreas de la vivienda al que los residentes no tienen acceso. Realización de actividades atomizadas que establecen diferencias entre la familia de la administradora y el resto de los habitantes del hogar
N° 4, N° 5, N° 7 y N° 6	Utilización de apodosos o categorizaciones para referirse a los usuarios que reflejan situaciones de discriminación desde el propio hogar.
N° 5, N° 6, N° 7 y N° 8	Planteamiento por parte de residentes, vecinos y otros actores de situaciones de violencia activa o pasiva hacia los usuarios al interior de estos hogares, por parte, tanto de la administradora, como de su cónyuge.
N° 2, N° 4, N° 6 y N° 8	Evidencia de la ausencia de una supervisión permanente que impida que los residentes recurran a la mendicidad y/o a la vagancia durante el día y hasta altas horas de la noche.

Fuente: Elaboración personal

### 8.2.3 Idoneidad de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador

Durante la presente investigación evaluativa concebiremos la idoneidad de la Comisión de Hogares Protegidos, como la coherencia entre el perfil profesional y administrativo existente entre los miembros del equipo coordinador del Programa de Hogares Protegidos de Valparaíso y las disposiciones emanadas en este sentido de la Norma Técnica del MINSAL<sup>46</sup>.

En este sentido dicha directriz señala las que, serían las características y funciones de dicho estamento.

En primer lugar se trata de un Equipo Técnico Multidisciplinario, dependiente de la Unidad de Salud Mental, en este caso del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, integrado por representantes de la red asistencial, de agrupaciones de familiares, de agrupaciones de personas con discapacidad de causa psíquica y de Administradoras de Hogares Protegidos.

Entre las funciones asociadas al Equipo Técnico o Comisión de Hogares Protegidos se hallan las siguientes:

- Definir lineamientos, asesorar y supervisar la implementación del Programa.
- Monitorear su funcionamiento en coordinación con el equipo de salud local (APS).
- Promover el desarrollo de Hogares Protegidos, mediante un trabajo constante en redes intersectoriales.
- Formular orientaciones técnicas destinadas a definir rangos óptimos de funcionamiento para los mismos.

Sin embargo, tales roles asociados a la Comisión distan en demasía del escenario local, donde la ausencia de recursos humanos es uno de los factores de *déficit*, ya desde la observación simple.

Efectivamente el Equipo orientado al trabajo en la temática de los Hogares Protegidos, está integrado por cuatro profesionales: 2 Asistentes Sociales, 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Enfermera, disponiendo dos de ellos de 2 horas asignadas para tales efectos, siendo los otros dos, funcionarios *ad honorem* de la comisión.

---

<sup>46</sup> Op.cit N° 1

*“Lo mío es así como poquitito...los miércoles 3 o 4 horas participo de la comisión, pero la verdad es que se hace poco porque el trabajo que se requiere es muy grande, o sea de muchas horas para desarrollar un trabajo que necesita de mucho más tiempo del que se le da...”*

(Profesional 1)

Lo anterior habla de la realización, por parte de la Comisión de Hogares Protegidos de un trabajo de carácter parcial, al estar todos estos profesionales encargados de otras funciones dentro del Hospital del Salvador, siendo esta situación reconocida por ellos y levantada como argumento a la hora de explicar ciertos incumplimientos, en cuanto “no dar abasto” para hacer frente a la complejidad del tema de los hogares.

*“Es muy difícil poder repartir las horas para poder cumplir con todas las actividades que se esperan de uno en este hospital y yo creo que...la administración de la comisión, requiere de un equipo dedicado a eso y que cuente con un espacio realmente destinado a eso, no como ahora, que cuando el equipo pretende reunirse, hay reuniones clínicas, situaciones de emergencia que hay que tratar...”*

(Profesional 2)

Cabe señalar, que la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador está integrada solamente por los profesionales antes señalados, sin una presencia “institucionalizada” de representantes de los usuarios, administradoras, familiares ni del ámbito comunitario.

No obstante, se dispone de un día a la semana destinado -en parte- a atender las demandas e inquietudes de estos distintos actores, quienes cada miércoles, acuden al hospital a hacer sus solicitudes y reparos, siendo ésta -dada la ausencia de recursos humanos y materiales suficientes- la única alternativa actual de trabajo.

*“...Hay familiares que están esperando para conversar contigo y no hay un horario en que realmente se pueda decir “este es el horario de los hogares protegidos y trabajamos exclusivamente en esto”...en realidad, cuesta mucho.”*

(Profesional 2)

Asimismo, en este caso podemos evidenciar una situación similar al de las Administradoras, en cuanto a cumplir con una multiplicidad de roles, lo que específicamente para los profesionales, va en contra de la Norma Técnica, donde se estipula la existencia de un equipo con dedicación exclusiva para todos los quehaceres relacionados con la implementación del programa, en tanto constituye uno de los ejes de la Reforma a la Atención Psiquiátrica en Chile, MINSAL (1999).

*“Yo creo que en el tema de las platas de repente ehh...se transforma en una situación un poco engorrosa, en el sentido de que somos dos personas las autorizadas para firmar giros...giros que son las platas con las que los pacientes pueden acceder a comprar ciertos artículos para satisfacer ciertas necesidades...eso de repente es un poco engoroso, porque no es tan expedito como quizás debiera ser”*

(Profesional 1).

En virtud de la evidencia empírica, es que no ha de sorprender el hecho de que dicho equipo, sea incapaz de cumplir cabalmente con las disposiciones ministeriales, particularmente en lo que a vinculación intersectorial y con la comunidad atañe, dado que, además de la insuficiencia de recursos humanos, el Hospital Psiquiátrico del Salvador, no dispone de recursos materiales ni económicos para financiar iniciativas para este programa específico, en desmedro de los demás, ni menos de autorizar permanentes salidas a terreno de su personal, el que como se señaló, debe cumplir con funciones anexas en otras unidades dentro del establecimiento.

*“¿Cómo se vincula?...yo creo que súper poco...poco...: el trabajo que se hace con las redes sociales es súper limitado y tiene que ver, con casos específicos...como en algunos donde se trabaja con el Ministerio de Vivienda, ehh...en que se trabaja con los centros diurnos; en casos particulares se trabaja con vecinos de los hogares...pero todo eso no ha sido dentro de un plan de acción general, sino que más bien como planes de emergencia, ¿me entiendes?...”*

(Profesional 2)

Por ello es que no resulta extraño tampoco, el escuchar comentarios y ver rostros que denotan frustración por no poder hacer algo, por ejemplo cuando se presume existe alguna irregularidad en la puesta en marcha del programa, quedando generalmente dichas contingencias, a merced de estudiantes en práctica que no serán si no personajes itinerantes que, al no estar legitimados por su *status*- sólo podrán llevar a cabo acciones de carácter paliativo, sin profundizar en las causas y factores que inciden en la configuración de las situaciones-problema.

Lo anterior, inevitablemente nos hace plantearnos el siguiente cuestionamiento: ¿En qué medida será posible alcanzar los objetivos y adecuarse a la norma si no existen posibilidades de inyectar nuevos recursos a la implementación del Programa?

Acaso, ¿Debemos sumirnos en un silencio cómplice y dejar que las cosas sigan su curso, con la resignación de que no es posible hacer nada?

### 8.3 Dimensión Procesos

#### 8.3.1 Pertinencia de las actividades implementadas:

Para la realización de la presente investigación evaluativa entenderemos la pertinencia de las actividades implementadas como la estimulación desde el Hogar Protegido a la realización de actividades que propendan al desarrollo y reintegración psicosocial de sus residentes.

Vale decir, responde a los modos cómo desde el dispositivo residencial se promueve la autovalencia y participación social de los usuarios, teniendo para esto como referentes los hallazgos emanados de la aplicación de cuestionarios y de la realización de entrevistas semi estructuradas, tanto a habitantes de HP como a las Administradoras de los mismos.

El Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, Alberto Minoletti (2005)<sup>47</sup> en este contexto, plantea que el Hogar Protegido constituye el ámbito en el cual se producen e interrelacionan sistemas primarios de interacciones sociales y sistemas de interacciones más complejas, siendo las actividades realizadas por cada usuario; el juego y la adopción de roles en el quehacer diario, reflejos del funcionamiento general de los mismos y de la congruencia que en este sentido tiene con el deber ser propuesto por la autoridad sanitaria.

En atención a las observaciones realizadas durante el año 2007, cabe señalar la existencia de notables diferencias entre hogares, que manifiestan lo que quien suscribe identifica como una mayor motivación/preocupación en determinados establecimientos por ofrecer una atención rehabilitadora a las de personas con trastornos psiquiátricos.

---

<sup>47</sup> Organización Panamericana de la Salud, Revista Panamericana de Salud Pública, N°18, abril-mayo de 2005.

Esto queda de manifiesto, en el siguiente fragmento extraído de entrevista realizada a Administradora de Hogar Protegido:

*"Bueno los chiquillos se integran haciendo las compras...bueno de repente ayudan a la gente a comprar el pan...ellos van y compran el pan...ellos solos se van haciendo de conocidos...en general son bien comunicativos, no son tan así cerrados...aquí son todos bien conversadores y acogen cuando viene alguien, ayudan y tratan de que uno se sienta agradado al lado de ellos y así logran que la gente les vaya tomando cariño..."*

(Administradora 1)

Tal actitud de permanente estimulación, tanto de la formación de hábitos, como de la autovalencia e integración de los residentes es un *continuum*, especialmente en los Hogares N° 1, N° 3 y N° 9, donde sus habitantes son identificados plenamente como diferentes, en cuanto la lógica de trabajo es de carácter proactivo y no reactivo, sin que la Norma Técnica constituya una presión en este sentido.

En estos hogares existe un compromiso por proporcionar un buen servicio a través de estrategias de rehabilitación y de adopción de roles sociales de acuerdo con las características propias de cada sujeto.

Ello se manifiesta, por ejemplo en la existencia de patrones generales de comportamiento, con una rutina de quehaceres preestablecida y donde cada uno tiene asignada una tarea, especialmente que dicen relación con el aseo personal y algunas labores domésticas, siendo habitual la distribución por turnos donde todos son protagonistas.

A guisa de ejemplo, de dicho clima propiciador de la integración social de los residentes, se expone Fotografía 8.10, capturada cuando la estudiante alojó en Hogar Protegido N° 3 de Playa Ancha:

Fotografía 8.10:

Celebración de cumpleaños en Hogar Protegido N° 3



Fuente: Producción personal

No obstante tal realidad dista mucho de la existente en el resto de los Hogares Protegidos –a excepción del de San Antonio–, donde al realizar las visitas, se percibe un ambiente más parecido al de una casa de reposo que al de un HP, que promueve desde su génesis, la rehabilitación de sus habitantes y su tránsito hacia la vida independiente.

*“Ehhh, a ver...nosotros antes realizábamos talleres...talleres de baile...a las mujeres les estuvimos haciendo talleres de cosas manuales el año pasado y este año hemos estado un poquito flojos pero ahora hemos optado, ahora cuando mejore el tiempo, de salir 3 veces a la semana con ellos...ir a caminar a la playa, conversar, no se po”.*

(Administradora 2)

Lo anterior, explicita por una parte, la falta de un compromiso de la entrevistada por cambiar su actitud, sustentada en el “supuesto” de lo que “eventualmente podrían hacer”, sin que evidencie la planificación de actividades de estimulación que supone la Norma Técnica, quedando los residentes de ese hogar, a merced, prácticamente, de condicionantes climáticas o volitivas para acceder a lo que, en términos formales es su derecho y la responsabilidad de la administradora.

La misma persona, ante la pregunta de cómo estimula día a día a los habitantes de su hogar, agrega:

*“Sí...o sea dentro de lo ellos pueden hacer...sí. También se estimula el aseo personal, el aseo de sus piezas, la formación de hábitos, sí sí...”*

(Administradora 2)

Esto, a juicio de la evaluadora, ofrece una doble lectura: La primera dice relación con el tono peyorativo con que ésta se refiere a los usuarios, disminuyendo de antemano sus posibilidades de recuperación y por otra: la arrogancia e ironía que empañan su declaración, de algún modo señalando aquello “políticamente correcto”, sin disimular su flagrante desinterés por cambiar su peculiar estilo.

Paradójicamente, la misma administradora señala lo que opinaría ella de los residentes del hogar que dirige si fuera un agente externo:

*“A ver...si yo fuera vecino pensaría que los pacientes a veces andan mal arreglados ehh....eso. Eso más que nada...mal apariencia. Y les tienen miedo, temor”.*

(Administradora 2)

Lo previo no hace sino confirmar lo antes enunciado: El velo de contradicciones y el cariz económico asociado a la labor, no resisten mayor análisis, en cuanto a que no se escatima en argumentos de notable puerilidad a la hora de justificar su desidia.

Tal negligencia queda de manifiesto, en la presentación personal de los residentes de dicho hogar: sucios y mal vestidos en más de una ocasión han sido vistos por quien suscribe mendigando en el sector de Playa Ancha, o caminando en inmediaciones del Hospital del Salvador, sin destino aparente.

En este tenor cabe preguntarse: ¿Qué ocurre entonces? ¿Estamos ante casos aislados o ante una constante? ¿Cómo motivar a las administradoras?

La tácita ausencia de reales alicientes, no tiene repercusiones sino en los residentes, denominados beneficiarios del Programa de Hogares Protegidos, cuya manifestación se sitúa en los modos cómo éstos se relacionan con el entorno y en general, en la actitud que tienen; dejando tal situación al descubierto severos *déficit* en lo que a un clima estimulador de la rehabilitación atañe.

A fin de dar cuenta de esta realidad, se presenta fotografía 8.11 de una de las visitas realizadas a tres hogares un día, al azar.

Fotografía 8.11:

Panorama en Hogares Protegidos, N° 2, N° 6 y N° 8, respectivamente



Fuente: Producción personal

Si extrapolamos estos hallazgos a la reflexión, nos situamos ante una cotidianeidad, a parecer de la evaluadora, enferma y enfermante en el sentido de que la inercia auspiciada por la sobredosis de televisión, además de invitar al deterioro funcional y cognitivo, exacerba el descontrol yoico de sus habitantes.

Esto lleva a muchos usuarios -en este caso, pacientes- a presentar conductas tipificadas como anómalas denunciadas por los propios vecinos, como lo son el exhibicionismo, la vagancia, la mendicidad y algunas manifestaciones de agresividad que inciden negativamente tanto en la recuperación del habitante del hogar, como en la calidad de vida vecinal y comunitaria, perpetuando su marginación y con ello volatilizando las posibilidades de derribar el paradigma del “loco del barrio”.

A modo de resúmen, ahora se presenta Cuadro 8.3, con las principales deficiencias identificadas en este sentido:

Cuadro 8.3:

Pertinencia de las actividades implementadas Hogares Protegidos de Valparaíso:  
Principales falencias identificadas

HOGAR PROTEGIDO	FALENCIA OBSERVADA
N° 2, N° 6, N° 7 y N° 8	Atmósfera poco estimulante, apariencia asociada más a la de una casa de reposo, que al de una instancia rehabilitadora.
N° 5, N° 6 y N° 8	Usuarios descuidados y más vestidos que denotan la ausencia de la promoción de hábitos de autocuidado desde el hogar protegido.
N° 2, N° 4, N° 6 y N° 8	Evidencia de que algunos de sus habitantes practican la mendicidad y la vagancia, en horas que debieren encontrarse, bien en centros diurnos, bien en el hogar.

Fuente: Elaboración personal

### 8.3.2 Vinculación a redes de apoyo:

Para entender la vinculación a redes de apoyo, utilizaremos la conceptualización señalada en el capítulo anterior de este documento.

La atención de la persona con enfermedad mental en una psiquiatría moderna implica, tal como señala en Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud (2000) el diseño de un modelo de atención que ponga en el centro a la persona considerando sobretodo, la vulnerabilidad que impone un trastorno mental, especialmente si éste es de larga evolución, en tanto disminuye de manera significativa y permanente las habilidades sociales necesarias para una adecuada integración a la sociedad.

Este enfoque supone la creación de servicios que favorezcan el enfoque comunitario de la atención psiquiátrica, a través de programas de atención ambulatoria y de instancias orientadas a favorecer la integración social de las personas con discapacidad de causa psíquica, tales como centros diurnos, comunidades terapéuticas, talleres laborales etc.

En este sentido cabe señalar que si bien un 76% de los usuarios de Hogares Protegidos encuestados declara que desde éste se les estimula a participar de las distintas actividades del ámbito sociocomunitario, sólo 21 de ellos acude ocasionalmente a los dispositivos de la red.

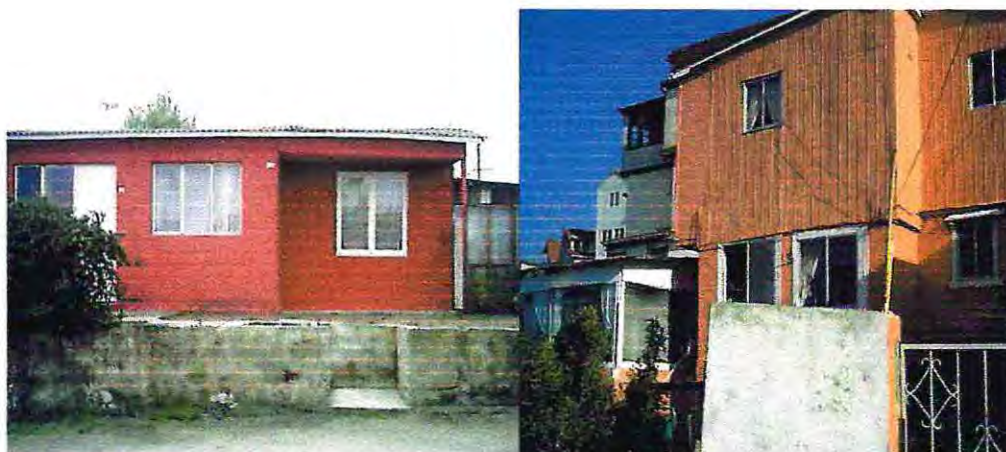
Particularmente, la vinculación a la comunidad se realiza a través de la red de instituciones de salud mental, hallándose entre éstas la oferta programática en rehabilitación psicosocial de la Corporación Dr. Carlos Bresky, de Casa Club, Artesanos y Centros Diurnos dependientes de centros de atención de salud.

Dentro de los HP de la Comuna de Valparaíso, del total de encuestados 9 participa de la Corporación Bresky, en sus talleres psicosociales o sociolaborales, en tanto 6, lo hacen en Casa Club; 2 en centros diurnos de patología dual y los 4 restantes, pertenecientes al hogar de San Antonio lo hacen en un Centro Diurno de la zona.

En este sentido cabe destacar que son los hogares N° 9 y N° 3, cuyos usuarios tienen una mayor presencia institucional y por ende, una mayor vinculación e integración al espectro comunitario, con un 100% y un 80% de sus residentes, respectivamente.

Fotografía 8.12:

Frontis Hogares Protegidos N° 9 y N° 3, respectivamente:



Fuente: Producción personal

Ellos, junto al Hogar N° 1 (con usuarios de mayor autovalencia e integración sociolaboral) son exponentes del “deber ser” de hogar protegido en lo que a vinculación con el exterior respecta, legitimando con ello que es posible cumplir las metas del Ministerio de Salud en temas de rehabilitación de trastornos psiquiátricos severos.

Sin embargo, dicho cuadro no es representativo de la realidad local, en tanto si bien se identifica una aproximación a la oferta institucional local, al mismo tiempo se detectan múltiples casos de deserción de los mismos, hallándose entre sus principales causas –señaladas por los usuarios- la carencia de recursos económicos para solventar gastos de movilización; la lejanía de dichos centros y la imposibilidad de “enganchar” con la dinámica grupal, siendo esto especialmente verídico en aquellos residentes de HP con un perfil más interferente, rasgo que entorpece en la ejecución de las tareas.

Ahora bien, ¿qué ocurre con aquellas personas a quienes no les interesa participar en las organizaciones antes señaladas?: De acuerdo a lo observado, es en este sentido donde se manifiestan las mayores deficiencias en lo que a vinculación *extrahogar* atañe:

Ello porque, tanto desde el Hospital del Salvador, como desde los Hogares Protegidos visitados, se otorga una importancia *paroxista* a la esfera institucional, obviando en este sentido el rol que pueden cumplir las redes<sup>48</sup> de apoyo primarias como la familia y los seres queridos de cada usuario.

En este sentido cobra relevancia, aludir al aparente olvido de esta dimensión de las relaciones sociales de los residentes, pudiendo ser el abordaje desde esta perspectiva, una alternativa rehabilitadora, especialmente para aquellas personas a quienes no los motiva acudir a los dispositivos comunitarios.

De este modo, se podrá lograr los objetivos ministeriales, pero sobre todo, se podrá articular y/o restablecer vínculos entre los habitantes del hogar con sus referentes afectivos, a través de la estimulación de su re-acercamiento y la promoción de encuentros, visitas y contactos más permanentes que tiendan, por una parte a menguar la sensación de soledad y por otra a desarrollar/potenciar las habilidades sociales de estas personas, generando de este modo, un incipiente sentido de pertenencia, que les ayudará –de paso- a mejorar su autoconcepto y desenvolvimiento social.

---

<sup>48</sup> Keller define la Red como el tejido de relaciones entre un conjunto de personas que están unidas directa o indirectamente mediante varias comunicaciones y compromisos y cuyo análisis puede definir los bloques fundamentales del edificio de la vida social de las personas.

#### 8.4. Dimensión Productos:

##### 8.4.1 Nivel de satisfacción en relación al Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso:

Durante la presente investigación evaluativa entenderemos el nivel de satisfacción en relación al programa, adhiriendo a la definición planteada en este sentido en el Capítulo 7 del presente documento.

A fin de facilitar la reflexión en torno a esta variable, es que quien suscribe a decidido dividir el análisis según actores, vale decir, entre usuarios, administradores y coordinadores del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso:

##### 8.4.1.1 Nivel de satisfacción en torno al programa por parte de sus residentes:

En términos generales y de acuerdo a la información obtenida, tanto por medio de encuestas, como de entrevistas es posible afirmar que existe un alto nivel de satisfacción, tanto con la existencia *per se* de los Hogares Protegidos, como con formar parte de ellos y por la atención recibida en tales dispositivos

De hecho, un 94% afirma estar completamente satisfecho con el programa, en tanto el 6% lo está sólo parcialmente, generalmente –según lo manifestado por quienes respondieron a esta alternativa- dicho descontento se debe a la estructura misma del Programa, vale decir, a la formación de hábitos, al cumplimiento de reglas, horarios, etcétera, cosas que, estando en otro contexto no formarían parte del ideario de éstos.

*“Sí, siento que ha habido un cambio, pero como que me han hecho cambiar a la fuerza porque yo estaba acostumbrado a estar solo, a andar solo a hacer todo solo”.*

(Residente 1)

Igualmente se destaca que un 88% de los encuestados señale poseer buenas relaciones con sus compañeros, existiendo vínculos afectivos que toman la forma de referentes significativos para éstos, en tanto reconocen en un 100% que el ingreso a estos dispositivos residenciales ha tenido repercusiones positivas para su calidad de vida general.

*“Ha sido positivo porque yo creo que si hubiera estado solo a lo mejor no me hubiera recuperado tanto como ahora, porque antes no me tomaba las pastillas porque tenía problemas con el sueño...dormía mucho y por eso no me las tomaba, igual cambió mi vida pa bien, o sea afuera estando solo no podría estudiar, tendría que trabajar no más, igual me ha ayudado harto”.*

(Residente 1)

Lo anterior, encuentra sustento en la situación de abandono en que muchos de ellos se hallaba inmerso –previo ingreso-, y que fuera detallada en la sección de análisis categorial de la *focalización* del programa de hogares protegidos.

*“Me siento protegido, G y yo nos sentimos protegidos y tenemos un lugar, comparado con otras personas donde vivir, sin pasar necesidades, porque yo pasé necesidades anteriormente...en el departamento donde estaba yo antes de venirme al hogar no tenía ni luz ni agua porque mis papis no habían pagado...”*

(Residente 2)

Dicho fragmento, señala la impronta de cuidado aunada a la figura del hogar, en tanto lugar donde, además de satisfacer sus requerimientos básicos de alimentación y atención de salud, tienen la posibilidad de sentirse cobijados y menos vulnerables en relación a su trayectoria vital.

Esto no hace sino manifestar la eficacia lograda a través de la implementación de estos dispositivos en lo que a superación de las situaciones de mayor vulnerabilidad psicosocial de la mayor parte de sus residentes, quienes, otorgan a su incorporación a éstos, un cariz trascendental que ha sido determinante en sus actuales condiciones de salud.

*“Me siento muy satisfecha, muy conforme y muy agradecida Ha significado mucho, porque para mí, es como que mi vida empieza aquí, desde el momento que me mejoré es como que empieza mi vida, todo lo demás queda atrás, entonces este lugar es como, como explicar...es como mi base, es mucho para mí...”*

(Residente 3)

Tal realidad, si bien constituye un aliciente para mantener las buenas prácticas asociadas a los Hogares Protegidos de Valparaíso, desde la perspectiva de sus usuarios, pone de relieve la necesidad de evaluar permanentemente el funcionamiento de los mismos, intentando –como con esta investigación evaluativa- identificar las principales deficiencias en términos de implementación de éstos, a fin de activar medidas oportunas que tiendan al mejoramiento continuo en la prestación de estos servicios residenciales y consiguientemente, a la perpetuación de tales indicadores de satisfacción por parte de sus usuarios/beneficiarios.

#### 8.4.1.2 Nivel de satisfacción en torno al programa por parte de administradores:

En cuanto al nivel de satisfacción en relación al Programa de Hogares Protegidos, en el caso de las Administradoras, éste es evaluado como regular, estando el acento puesto en el modo cómo éste es coordinado desde el Hospital del Salvador y a los recursos disponibles para implementar acciones, en atención a la Norma Técnica del Ministerio de Salud.

En primer lugar, existe una disconformidad consensual, tanto entre las dos entrevistadas como con el resto de las administradoras, quienes, desde la informalidad plantearon a la estudiante sus resquemores con los modos de proceder por parte de la Comisión de Hogares Protegidos del HDS:

*“Para qué nos piden...hay que tener patente, resoluciones, hay que hacer un montón de gastos y eso tiene que salir de ti, entonces...muchas veces los maridos también trabajan y aportan”.*

(Administradora 1)

Dicho descontento, encuentra sustento en lo que ellas señalan como “injusticias” en la implementación del programa, explicitan estar cansadas de esperar respuestas que nunca llegan, el no ser contempladas cuando corresponde tomar decisiones que les competen y particularmente el que no se evalúe su proceder.

*“Uno siente que su trabajo no le importa a nadie, porque ningún familiar dice ‘estar aquí le ha hecho bien’...porque no viene nadie a verlos!, nadie lo valoriza, entiendé? Nadie!...solamente cuando hay un ‘condorazo’ pero mientras eso no pase uno dice ‘lo estoy haciendo bien’ pero uno!..nadie...entonces pasa un año y otro año y seguimos dando vueltas en lo mismo...nadie nos dice está bien, está mal...”*

(Administradora 2)

A lo anterior se suma la variedad de perspectivas de lo que es la rehabilitación psicosocial: por un lado la mirada intrahospitalaria y por otra la de las encargadas de estos dispositivos, quienes oscilan entre estilos de liderazgo de corte autoritario y otras inclinadas hacia el *laissez faire*, lo que escolla aún más la evaluación programática, en tanto de evidencia una desorganización genérica, donde cada actor actúa más bien amparado en el sentido común que en una estrategia técnica que promueva la recuperación de los residentes.

*“Están como muy protegidos! ...no sé, yo entiendo que a lo mejor yo soy diferente de las otras cuidadoras...en otros hogares los chiquillos no van a comprar solos, no van a controles solos..de repente si van al consultorio solos, llaman para acá y dicen ‘vino solo al consultorio y no debería venir solo’, entonces cómo van a mejorar de esa manera...yo ahí encuentro que están un poco restringidos, lo encuentro un poco contradictorio, porque predicán una cosa y hacen otra cosa...por eso ahí yo veo que no está bien”*

(Administradora 1)

En segundo término, se percibe la existencia de un consenso generalizado en el sentido de estimar que los recursos económicos e institucionales de que disponen son insuficientes para emprender las demandas del MINSAL, generando en ellas sentimientos de desgano que se manifiestan en el extracto que a continuación se presenta:

*“Noooo, yo hace 3 años que recibo la misma plata, tomando en cuenta que si usted va a un restaurant y se come un arroz con huevo le cobran \$1.000.-, aquí por \$4.750.- usted va a tener desayuno, almuerzo, comida, agua caliente, cama limpia, estufa...tiene de todo!...Por eso encuentro que es muy poca plata, a parte hay que estar pendiente de los controles, de si uno no se sabe afeitar hay que afeitarlo, no sabe bañarse hay que bañarlo, no sabe lavar la ropa hay que lavársela entonces...”*

(Administradora 1)

El contenido de tales textos, no resiste análisis, en tanto está manifestando cuál es el principal incentivo para dedicarse a este trabajo y el sentido que las propias administradoras otorgan a esta labor rehabilitadora: una subvención estatal que les permita ganarse la vida y solventar gastos familiares, asumiendo un cariz de denominador común, entre éstas, como se observa a continuación:

*“O sea de que fuera más pareja la cosa, o sea yo no sé cómo van los otros hogares, yo hablo por mí, pero encuentro que a uno se le tiene que valorizar su trabajo...uno cumple con el compromiso de estar siempre con los chiquillos: pascua, año nuevo, fiestas, en la noche también. ¿Usted cree que una persona va a trabajar día y noche por ese dinero?! yo sé si este trabajo fuera un hogar particular, yo ganaría mucho más por el mismo trabajo y no tendría la necesidad de estar 24 horas trabajando...”*

(Administradora 2)

Ello, pone en tela de juicio la vocación propugnada desde el recurso discursivo por las mismas, instando a agudizar la mirada, considerando estos hallazgos, en tanto, podemos evidenciar que la recompensa por trabajar en rehabilitación de personas con problemas de salud mental, no obedece necesariamente a inquietudes personales, si no más bien, y como quedó patente, su *ethos* es la remuneración mensual, una suerte de recompensa, que tal vez, por la escasa capacitación laboral que en su totalidad registran, no podrían obtener por otra vía.

Todo esto, en definitiva, nos hace –en cierta medida- comprender la ralentización de los procesos y el ingente concretismo en que se hallan sumidas las prácticas: existen múltiples cuestiones pendientes que es necesario instalar en el debate, pues sólo a través de la apertura de los –hoy por hoy- taciturnos canales de comunicación, será plausible exponer puntos de vista y extraer propuestas que propendan al mejorar las prácticas y a prestar un servicio rehabilitador en real concordancia con los edictos ministeriales.

## 8.4.1.3 Nivel de satisfacción en torno al programa por parte de sus coordinadores:

En relación a la percepción que del Programa de Hogares Protegidos tienen los profesionales encargados de su coordinación desde el Hospital del Salvador, existe en primer término una opinión positiva respecto de la moción que suponen los mismos, graficada en el párrafo que a continuación se presenta:

*“Yo pienso que, mira...a pesar de todos los reparos que tengo en torno a los hogares protegidos y al funcionamiento de éstos, yo creo que los resultados van más por el lado positivo, o sea, dentro de las 72 hay más personas que si no existiera esta posibilidad, te aseguro que estarían: o en un hospital o en la calle...entonces en ese sentido es positivo que existan porque se ha logrado tener a 72 personas insertas afuera y teniendo la posibilidad de vivir y participar de una vida en comunidad...”*

(Profesional 1)

No obstante, dicha mirada coexiste con una sensación de insatisfacción por no disponer de recursos suficientes para llevar a cabo más acciones en beneficio de la población-objeto del programa, poniendo en el tapete los desafíos de lo que, en términos, formales sería un “tipo ideal de Comisión de Hogar Protegidos”, en sentido *weberiano* con una organización, con infraestructura e implementos para poder responder, tanto a las demandas emanadas de los usuarios, como del propio Ministerio de Salud.

*“Me gustaría que la comisión se formara como tal, que sea reconocida por el hospital como una comisión de hogares protegidos...eh...con los miembros que forman parte de ella, con horarios designados para ella y que nos pudiésemos organizar mejor y ver bien cuáles son las tareas y ponernos metas de corto, mediano y largo plazo...ehh...y en cuanto al programa, que ojalá tuviésemos la posibilidad de hacer las cosas bien.”*

(Profesional 1)

Si bien lo anterior revela la esperanza en el porvenir del programa, existe eso sí, acuerdo en que, pese a la carencia de recursos suficientes para el cumplimiento fehaciente de la Norma Técnica propugnada por el MINSAL, los Hogares Protegidos han constituido un significativo aporte al mejoramiento de las condiciones de vida de sus usuarios.

*“Mira yo creo que en general es positivo, porque al final...si uno analiza...no tengo una estadística, ni una evaluación así como científica...uno observa una serie de pacientes que vivían en muy malas condiciones que, después de haber ingresado a un hogar protegido, en general...todos han mejorado, o sea, siempre pudiese ser mejor... Ehh...en que algunas personas hayan logrado poder estar compensados por años y que antes eran una puerta giratoria constante para mí es un logro. .*

(Profesional 2)

Sin embargo, igualmente los profesionales entrevistados reconocen la existencia de falencias en la implementación del programa, que trascienden la esfera económica, situándose en los modos de proceder desde cada hogar.

*“En ese sentido, claro hay deficiencias, porque uno se da cuenta de que en algunos hogares donde los pacientes no están desarrollando habilidades, todo su potencial...que hay personas ahí, que tienen una vida muy pasiva...ehh...uno nota unas relaciones muy dependientes entre el paciente y la cuidadora y con eso obviamente no logra el objetivo que se busca...”*

(Profesional 2)

Ello ratifica que, en general la percepción respecto de los Hogares Protegidos es positiva, estando, eso sí el punto de quiebre siempre determinado por la ausencia de una institucionalidad en este sentido a nivel local que reivindique la importancia del programa y que disponga de recursos humanos, materiales y económicos exclusivos para revisar y, si la situación lo requiere, replantear las *praxis*, tanto desde el equipo, como en lo que compete a los demás actores involucrados a la implementación de los HP..

*“Creo que nos falta mucho, mucho, mucho para lograr tener un funcionamiento que beneficie a los usuarios...todavía nos falta mucho camino por recorrer...eh...yo creo que la parte económica es importantísima; el no contar con el dinero suficiente para poder costear lo que significa mantener un hogar protegido funcionando como debe y al mismo tiempo, el no contar con un equipo que pueda supervisar de manera más constante y más cercana su funcionamiento”.*

(Profesional 1)

A la desorganización reconocida, tanto por administradoras, como por los coordinadores del programa en el espacio local, se agrega la permanente discusión acerca de los recursos destinados a una iniciativa tan compleja como esta, lo que sólo puede constituir un llamado de atención respecto de la urgencia de activar acciones de sensibilización a nivel de autoridades sanitarias con la realidad consignada en el presente documento.

Por ello es que este informe ratifica su afán asumido desde su génesis redaccional, de perfilarse como una herramienta para la necesaria toma de decisiones en torno a los Hogares Protegidos de Valparaíso que, es de esperar, tenga resonancia en los verdaderos protagonistas de esta historia pendular: sus usuarias y usuarios.

A modo de síntesis se presenta Cuadro 8.4, con un resumen de los principales hallazgos obtenidos en torno a la categoría nivel de satisfacción.

Cuadro 8.4:

Nivel de satisfacción en relación al Programa de Hogares Protegidos, según actores:

FACTOR DE SATISFACCIÓN		FACTOR DE INSATISFACCIÓN	
U	Mejoramiento condiciones generales de vida, especialmente en lo que respecta a: Acceso a alimentación, vestuario, vivienda, adherencia a tratamiento y vínculos interpersonales.	U	En casos aislados dice relación con el ritmo de vida al interior de cada HP; la estructuración de la rutina, el cumplimiento de normas, horarios, etcétera.
A	Logros atribuidos a la incorporación al hogar en usuarios específicos, como compensación clínica, surgimiento de hábitos, ausencia de fugas, entre otros.	A	Insuficientes recursos económicos para realizar actividades. Vicios comunicacionales con el equipo que impiden manifestar sus demandas e inquietudes.
C	Mejoras en la calidad de vida de casos emblemáticos del sistema psiquiátrico asilar (larga estadía) Tendencia hacia la rehabilitación y mayor adaptabilidad psicosocial de los usuarios.	C	Carencia de recursos humanos, materiales y financieros para dar respuestas integrales en torno a los Hogares Protegidos en concordancia con la Norma Técnica del MINSAL

Simbología:

U: Usuarios

A: Administradoras

C: Comisión de Hogares Protegidos

Fuente: Elaboración personal

## **IV. PARTE**

CONCLUSIONES Y

PROPUESTA DE MEJORAS

## CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La IV parte del documento intenta dar cuenta de aquellas inferencias a las que se ha podido acceder a través de la presente investigación evaluativa.

Para abordar y dimensionar la complejidad del Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso, se realizará un análisis de los principales descubrimientos de este acercamiento profesional, de cara a la ulterior emisión del juicio evaluativo que sustenta la ejecución de este trabajo.

De este modo, en el Capítulo 9 se consigna una síntesis descriptiva de los hallazgos evaluativos, en concordancia con los objetivos planteados para esta investigación evaluativa, ordenados siguiendo el referente metodológico que estructura la experiencia: el Modelo CIPP de Stufflebeam. En el mismo apartado, se manifestarán aquellas reflexiones asociadas al proceso evaluativo en sí, a las implicancias de esta vivencia en la formación profesional de la alumna, incorporando en este escenario, la perspectiva del Trabajo Social al ámbito de la salud mental.

El acápite 10, por su parte constituye una consecuencia del anterior, en tanto en él se registra la propuesta de mejora planteada por quien suscribe dirigida a los gestores del Programa de Hogares Protegidos, y cuya difusión constituye la finalización del proceso iniciado en marzo del año 2007.

Finalmente es preciso señalar que, con el propósito de facilitar la comprensión de la información entregada, la estudiante ha definido categorías analíticas, intentando de esta forma proporcionar al lector una visión integrativa de los hallazgos del estudio.

## CAPÍTULO 9.

## CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS IMPLEMENTADO EN LA PROVINCIA DE VALPARAÍSO.

Las conclusiones, siguiendo a House (1994), citado por Medina (2007) son aquellos hallazgos que se construyen en base al tipo de evaluación que se hace y al material empírico existente.

En el caso de la presente investigación evaluativa, la presentación de tales descubrimientos está organizada teniendo como referente la estructura del modelo de *contextos, insumos, procesos y productos* de Stufflebeam (1987), el que se constituye en el esqueleto de este apartado, distribuido según las dimensiones de análisis propuestas por el autor.

Dicha revisión analítica, se complementa con una *mirada iluminativa* de la realidad, sustentada en la descripción de la información aportada por los participantes de la experiencia a través de las diversas técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados.

En este sentido las conclusiones aquí expuestas, están directamente relacionadas con los objetivos planteados para el presente estudio, siendo en virtud de dichos hallazgos que la estudiante levantará posteriormente una propuesta de mejora para la implementación del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso.

#### 9.1 Conclusiones en torno a los objetivos de la investigación evaluativa:

Para efectos analíticos, el objetivo general de la presente aproximación profesional de “*Evaluar el Programa de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso en términos de contexto, insumos, procesos y productos*”, será revisado con posterioridad a los propósitos específicos del estudio bajo la forma de un juicio evaluativo que integre todas las dimensiones de la investigación evaluativa llevada a cabo.

A continuación entonces, se presentan los principales hallazgos obtenidos, sistematizando la entrega de la información según los objetivos específicos planteados en el capítulo 5 de este informe:

### 9.1.1 Dimensión Contextos

#### Objetivo Específico N° 1:

En términos genéricos, cabe señalar que si bien es cierto la mayoría de los Hogares Protegidos de Valparaíso cumple con las disposiciones señaladas por la Norma Técnica<sup>49</sup> y que, tal como se manifiesta en el Capítulo 8 de este documento dicen relación con disponer del equipamiento e infraestructura necesarios para garantizar el bienestar de los residentes, fue posible identificar deficiencias que pudieren incidir negativamente en la calidad de vida de los usuarios de estos servicios residenciales.

Ello, específicamente en lo atañe al ámbito de la seguridad, donde con la colaboración de Inspectores del Departamento de Investigación y Prevención de Incendios del Cuerpo de Bomberos local, fue posible advertir la presencia de irregularidades que pondrían entredicho la seguridad de los residentes de la vivienda, como lo son las instalaciones eléctricas hechas, el equipamiento antiincendios fuera de norma y particularmente la ausencia de planes de evacuación ante situaciones de emergencia.

Lo anterior hace que la categoría “seguridad” definida operacionalmente en este mismo documento, sea evaluada negativamente, en tanto cuanto no sólo vulnera los edictos emanados de la autoridad sanitaria, sino que en especial, compromete la integridad de quienes ahí habitan, evidenciándose asimismo, la ausencia de una real conciencia por parte de las administradoras respecto de la importancia de esta dimensión, quedando esto de manifiesto con la mala acogida que tuvo la realización de la inspección técnica antes enunciada.

Tales deficiencias, a juicio de la evaluadora, ameritan la realización de supervisiones permanentes en este sentido, pues dichas irregularidades pueden hallar su génesis en la carencia de revisiones y monitoreos sistemáticos al equipamiento de los hogares, quienes luego del otorgamiento de los permisos para funcionar, suelen quedar en un *statu quo*, hasta el nuevo llamado a licitación, configurándose un círculo vicioso de inseguridad que puede ser evitado si lo que se quiere es resguardar vidas humanas.

---

<sup>49</sup> Op. cit N° 1

## 9.1.2 Dimensión Insumos

## Objetivo Específico N° 1:

En atención a los hallazgos de la investigación evaluativa realizada, con la activa participación de 50 residentes de hogares de la provincia de Valparaíso fue posible dilucidar las que, a parecer de la estudiante, son las características representativas de los usuarios del programa y que permitirán, dar luces respecto de un incipiente “Perfil de Usuario de Hogar Protegido”.

A objeto de clarificar la entrega de la abundante información recopilada es que a continuación se presenta Tabla 9.1 con los principales datos, detallados con antelación en el acápite de resultados del presente estudio.

Tabla 9.1:

Caracterización de usuarios de hogares protegidos, según variables sociodemográficas, socioeconómicas, socioeducacionales y biomórbidas.

VARIABLE	RESULTADOS EN TÉRMINOS PORCENTUALES
SEXO	63% HOMBRES 37% MUJERES
EDAD	30% SITUADO EN EL TRAMO ENTRE 45 Y 49 AÑOS
ESTADO CIVIL	90% SOLTERO
RELIGIÓN	76% CATÓLICA
LUGAR DE PROCEDENCIA	92% ES ORIUNDO DE LA QUINTA REGIÓN
SITUACIÓN SOCIAL PREVIA A LA INCORPORACIÓN A H.P	46% PROVIENE DE FAMILIAS DISFUNCIONALES 78% CON ANTECEDENTES DE V.I.F
VISITAS	30% RECIBE VISITAS OCASIONALMENTE
DIAGNÓSTICO MÉDICO	66% ESQUIZOFRENIAS 46% INICIA SUS ANTECEDENTES CLÍNICOS EN LA DÉCADA DE 1970
TRAYECTORIA EN H.P	16% DE INGRESO EN EL AÑO 2001 16% DE INGRESO EN EL AÑO 2006
PREVISIÓN DE SALUD	100% FONASA A
SALUD FÍSICA	92% SIN ANTECEDENTES DE PROBLEMAS DE SALUD
HÁBITO TABÁQUICO	60,6% FUMA ENTRE 11 Y 15 CIGARRILLOS POR DÍA
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	54% CON ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS
PREVISIÓN SOCIAL	86% BENEFICIARIO DE PENSIÓN ASISTENCIAL D.L. 869
INGRESOS MENSUALES	86% SITUADO EN EL TRAMO ENTRE \$41.000.- Y \$60.000.-
NIVEL EDUCACIONAL	54% ENSEÑANZA BÁSICA COMPLETA 62% NO ACCEDIÓ A ENSEÑANZA MEDIA 94% NO ACCEDIÓ A ENSEÑANZA SUPERIOR

Fuente: Elaboración personal

Lo anterior permite concluir que el perfil de usuarios del Programa de Hogares Protegidos a nivel provincial corresponde mayoritariamente a personas de sexo masculino, con un 64% de encuestados situados en el segmento etáreo entre 48 y 68 años.

Respecto del estado civil, un categórico 90% señaló ser soltero, un 88% de ellos sin pareja y procedentes de familias desintegradas con ciclos de violencia doméstica, declarando sólo 15 de las personas participantes de la experiencia evaluativa (50) recibir visitas ocasionales en el hogar, especialmente por parte de la madre y/o hermanos, infiriéndose a partir de esto la escasa vinculación de los residentes de H.P a redes de apoyo primario.

En cuanto al perfil biomórbido de los mismos, encontramos que un 66% detenta diagnósticos de distintos tipos de esquizofrenias, en su mayoría de larga data con períodos de larga estadía al interior del Hospital del Salvador y con una permanencia promedio en estos dispositivos de 4 años.

El hábito tabáquico constituye en este sentido una constante, con un 66% de usuarios que manifiesta una adicción al cigarrillo, en tanto un 54% de éstos enuncia tener antecedentes de alcohol u otras drogas.

La situación previsional es altamente similar entre los encuestados, en la medida que el 100% es beneficiario del sistema público de salud y un 86% lo es de pensión asistencial D.L 869, con ingresos localizados en el tramo entre \$41.000.- y \$60.000.-.

Finalmente, en términos educacionales encontramos que en su mayoría se trata de personas con enseñanza básica completa y que en general no accedieron a educación secundaria o bien, que desertaron de éste.

Dichas características que agrupadas permiten establecer relaciones y estructurar un perfil de los residentes actuales de Hogares Protegidos de Valparaíso.

El acceder a tales datos, emanados de la encuesta aplicada a 50 de los 68 usuarios a nivel provincial, constituye, a juicio de la evaluadora un insumo de vital importancia, tanto para el presente trabajo, -en el sentido de conocer a los sujetos de atención-, como para la institución encargada de coordinar el programa, en tanto cuanto ofrece una proyección que facilita la estructuración de sujetos-tipo al interior de los H.P.

Lo anterior, sin lugar a dudas, constituye una herramienta para la gestión programática, por cuanto provee de antecedentes que permitirán, tanto el diseño y la corrección de actividades, de modo que éstas obedezcan a las peculiaridades de la población usuaria, como al seguimiento y evaluación continua de éstas en términos de impacto y nivel de satisfacción desde la perspectiva de la normativa técnica vigente.

#### Objetivo Específico N° 2:

En atención a la información obtenida gracias a la realización de entrevistas y revisión de documentación institucional, es plausible señalar que si bien es cierto la totalidad de las administradoras de hogares protegidos de la Provincia de Valparaíso reúne las condiciones administrativas para posicionarse en el cargo de identifican notables déficit, en lo que a idoneidad para la prestación de este tipo de servicios atañe.

Ello dado que, si bien en su mayoría, se trata de personas que declararon haber finalizado estudios secundarios gran parte de éstas no presenta calificación laboral específica en el ámbito de la salud mental.

Es así que no es sorprendente el que muchas, asimilen este trabajo al que pudieren desempeñar con adultos mayores, obviando de esta forma las implicancias que un actuar azaroso puede traer a la salud de personas con trastornos mentales severos, como lo son las descompensaciones por errores en la administración de psicofármacos.

Dicho en otros términos, se advierte en muchos de los casos revisados un proceder sustentado en el sentido común y no en un conocimiento formal ni de las patologías: características, evolución, tratamiento y rehabilitación, lo que claro está, además de comprometer la recuperación y estabilidad de los residentes, incide negativamente en el logro de los propósitos integrativos del MINSAL.

Ello revela, a su vez, la deficiencia en lo que a capacitación de administradoras y cuidadores de hogares protegidos, como supone la Norma Técnica, dejando entredicho el cumplimiento de las funciones asignadas, en este tenor al equipo técnico encargado de gestionar este tipo de iniciativas de educación y/o actualización de conocimientos.

A lo anterior se suma la detección de conductas/hábitos que podrían en duda la idoneidad de estas personas para el trabajo con adultos con problemas de salud mental, en la medida de que se identifican manifestaciones de discriminación de los usuarios al interior de los hogares, que adquieren la forma de apodosos segregantes que exacerbaban el carácter “vesánico” de éstos, como preferencias por unos u otros y situaciones de segmentación espacial y de algunas actividades en la vivienda, lo que –es flagrante- mina la voluntad planteada en este sentido por el Ministerio de Salud.

Tal evidencia empírica nos lleva a afianzar la tesis de la trascendencia que tiene la realización de un análisis detallado de los antecedentes de éstas al momento de renovar sus contratos: revisar documentación y verificar los antecedentes cobra vital importancia si lo que se quiere es mejorar la prestación de estos dispositivos residenciales.

Al mismo tiempo, la idea de estructurar pautas de evaluación de las administradoras y el personal de los hogares, tanto desde el Hospital del Salvador, como de los propios usuarios, junto con la incorporación de una lógica de estímulos puede ser determinante, para motivar un cambio de actitud en éstas que propenda a una mayor valoración de su trabajo, visto ahora como una oportunidad laboral que se mantendrá de acuerdo con los avances/méritos alcanzados en un período de tiempo determinado.

El llamado de atención es en definitiva, hacia una agudización de la mirada a la hora de seleccionar y renovar al personal que se desempeña en los hogares; realizar monitoreos y registros sistemáticos de buenas prácticas y eventuales irregularidades, que sirvan como indicadores de calidad al momento de tomar decisiones.

#### Objetivo Específico N° 3:

Desde la *praxis* institucional se advierte un cumplimiento de los edictos ministeriales en lo que respecta a la configuración de un equipo de profesionales abocado a los aspectos relacionados con el Programa de Hogares Protegidos. De hecho, en el caso del Hospital del Salvador, la denominada “Comisión de Hogares Protegidos” reúne a 4 profesionales universitarios: 2 Asistentes Sociales, 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Enfermera.

No obstante lo anterior, cabe señalar que sólo dos de ellos disponen -dentro de su planificación mensual- de horas específicas asignadas al trabajo en torno al programa, siendo los dos restantes, funcionarios *ad honorem* en este sentido.

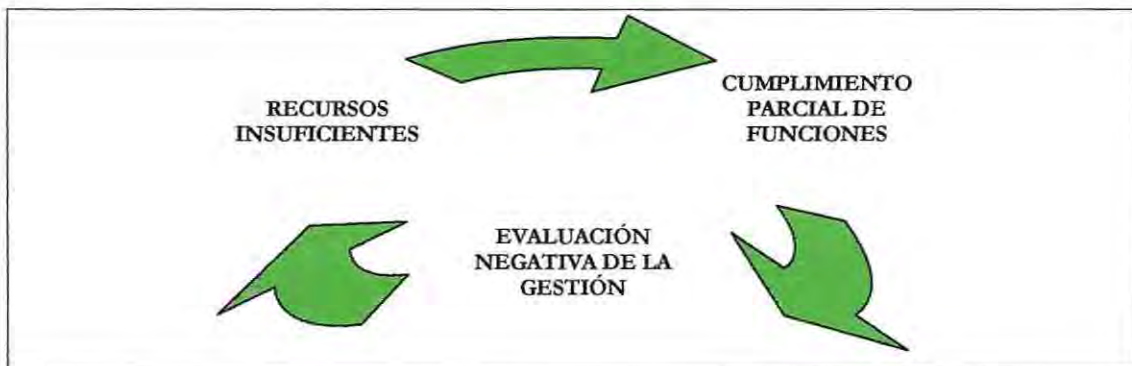
Ello en primer lugar, deja al descubierto –y corrobora- los planteamientos emanados de las entrevistas realizadas, por cuanto, ante la insuficiencia de recursos económicos y consiguientemente, humanos, no sólo será dificultoso cumplir las disposiciones administrativas de la Norma Técnica, sino que en particular, las funciones que dicho instrumento regulatorio asigna a este grupo.

De esta manera se genera un círculo vicioso, pues, al no existir recursos para incorporar nuevos integrantes al equipo, no se podrán alcanzar los propósitos atribuidos por el MINSAL, repercutiendo en la atención a usuarios y administradoras, dificultando el trabajo comunitario y redundando finalmente en una deficiente evaluación de su gestión, en cuanto a su impacto cuando ya se ha reiniciado el proceso.

Dicha realidad puede graficarse a través del Esquema 9.1 que a continuación se presenta:

Esquema 9.1:

Incidencia de la escasez de recursos disponibles para el Programa Hogares Protegidos



Fuente: Elaboración personal

A ello se agrega la discordancia entre la conformación de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador vigente en la actualidad y la propugnada desde la autoridad sanitaria, en tanto ésta señala que dentro del equipo –además de profesionales- debe haber representantes de los residentes, las administradoras, los familiares y agentes de la comunidad

Será posible entonces, sólo de este modo acceder a instancias de reflexión y debate donde se hallen representados todos los actores involucrados en la implementación del programa, incorporando a la discusión la multiplicidad de visiones en torno a cómo mejorar los estándares de calidad en la prestación de este servicio y por ende, a aumentar la congruencia entre la realidad y el deber ser al que adhiere el MINSAL.

### 9.1.3 Dimensión Procesos:

#### Objetivo Específico N° 1:

Por medio de los acercamientos investigativos realizados, es posible afirmar que, si bien existen algunas practicas que propenden a la formación de hábitos entre los residentes, particularmente en lo que respecta a aseo personal y ciertas habilidades para el desenvolvimiento social al interior del hogar protegido.

Empero, se evidencia una escasa presencia de estrategias de rehabilitación, resocialización y reinserción social, así como una insuficiencia de actividades de complejidad creciente que estimulen la ubicación rólica y responsabilidad del residente en sus interacciones sociales primarias, como de éste en su relación con el medio social externo.

A ello se suma el bajo perfil asumido por la mayoría de los hogares visitados en tanto cuanto agentes proveedores de relaciones sociales significativas del usuario, lo que permite afirmar que los avances son más bien lentos en lo que a estimular y producir sistemas primarios de interacciones sociales, del perfilamiento de vínculos de mayor complejidad, como los que caracterizan las relaciones sociales dejan de manifiesto un incumplimiento de la norma, cuyo *alma matter* está constituido precisamente por esta dimensión.

Por esto es que mediante la presente investigación se colige que aún hay mucho por hacer, para posicionarse y estar a la altura de las ambiciosas perspectivas rehabilitadoras propuestas por el ministerio y es entendible en la medida de que de igual modo se detecta imprecisiones en la interpretación de la norma, una desorganización propia de planes de alta complejidad como este, eso sí, discutibles y perfectibles en el tiempo.

## Objetivo Específico N° 2:

En cuanto a la oferta de redes de apoyo disponibles para satisfacer los requerimientos psicosociales de los residentes de hogares protegidos de Valparaíso, encontramos como principales exponentes a la Corporación Bresky, Casa Club, Artesanos y los Centros Diurnos dependientes del Hospital del Salvador.

En este sentido cabe destacar que del total de 50 encuestados sólo 21 acuden regularmente a tales dispositivos, distribuyéndose como se explicita en Tabla 8.2 que a continuación se presenta:

Tabla 9.2:  
Distribución de los usuarios, según Red Institucional

RED INSTITUCIONAL	FRECUENCIA	%
CORPORACIÓN BRESKY	9	42,9
CASA CLUB	6	28,6
ARTESANOS	-----	-----
CENTRO DIURNO	4	19
CENTRO DIURNO DUAL	2	9,5
TOTAL	21	100

Fuente: Elaboración personal

Por ello es que se infiere que la vinculación a redes de apoyo de rehabilitación psicosocial es insuficiente, si se piensa que un 42% de los participantes de la presente evaluación se halla inserto en algún espacio organizacional terapéutico.

Coherente con lo anterior, se insiste en los enunciados del Capítulo 8, en cuanto la principal falencia identificada en temas de rehabilitación, no dice relación con la esfera secundaria, sino que en particular, por la distancia existente, en la mayoría de los casos revisados, entre el residente y su familia de origen.

Dicha lejanía, además de constituir un rasgo de marginación social del usuario de su núcleo primario, revela la inexistencia de acciones en este sentido por parte de la administradora del hogar, en tanto agente garante y promotor de mayores niveles de inclusividad de éstos.

Esto no significa que se disminuya la importancia de la ergoterapia difundida por las instituciones antes señaladas, sino que básicamente se quiere hacer hincapié en el papel de los seres queridos de la persona, en tanto referentes afectivos que pueden influir positivamente en su motivación y por ende, en su proceso de recuperación y reintegración al espectro social mediato.

Por ello es que resulta legítimo enfatizar que la consecución de los propósitos perseguidos, suponen la articulación de un trabajo específico en torno al fortalecimiento de la tríada persona, red primaria y red secundaria, en la medida de que mediante esfuerzos inconexos sólo abordamos de manera parcial los procesos de rehabilitación, subestimando los significativos aportes que, en este sentido pueden realizar los familiares y seres queridos de los usuarios.

#### 9.1.4 Dimensión Productos

##### Objetivo Específico N° 1:

En virtud de la información recopilada es posible inferir que en términos generales, la percepción que éstos tienen del programa es positiva.

Particularmente en el caso de los usuarios, existe una alta valoración y nivel de satisfacción con lo que suponen los hogares protegidos, en tanto instancias de tránsito de la vida asilar –*intrahospitalaria*– hacia mayores niveles de autonomía, en un contexto familiar que les permite cumplir con sus requerimientos básicos.

Empero, a través de los instrumentos de recolección de datos y especialmente, gracias a la participación de quien suscribe en reuniones de la Comisión de Hogares Protegidos, se pudo identificar la habitualidad de la ocurrencia de situaciones de desbarajuste en la adaptación de los residentes a la dinámica y estructura hogareña, manifestándose bajo la forma de inquietudes y quejas sobre temas que van desde la relación entre éstos y la administradora, hasta el modo cómo son distribuidos los recursos.

Por ello es que podría colegirse la presencia de una paradoja, en la medida que existe una dicotomía al apreciar la oportunidad de tener donde vivir y satisfacer sus necesidades elementales, y al mismo tiempo al disgustar -en muchos casos- la idea de desarrollar hábitos, establecer relaciones sociales y asumir *deberes* al interior del dispositivo.

En cuanto a las 2 administradoras de hogares protegidos entrevistadas, sus declaraciones revelan, al unísono, una sensación de insatisfacción que, a juicio de éstas, no sería si no una expresión del consenso existente entre todas ellas en torno a la implementación del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso.

En este escenario, es preciso señalar que entre los principales motivos de disconformidad planteados, tanto en las entrevistas, como en conversaciones informales se encuentran las que a continuación se enuncian:

- Las largas esperas para ser atendidas por la Comisión de Hogares Protegidos,
- La marginación en la toma de decisiones que les competen,
- La insuficiente participación a nivel de diseño y evaluación de iniciativas alusivas a los hogares,
- Los problemas comunicacionales entre éstas y el equipo, que redundan en el surgimiento de dudas e imprecisiones que pueden incidir negativamente en su desempeño,
- La ausencia de supervisiones en terreno y de evaluaciones de desempeño y por ende, inexistencia de reconocimiento cuando se han alcanzado las metas emanadas del MINSAL,
- El estancamiento del valor de las prestaciones por usuario y
- La falta de recursos para desarrollar actividades que beneficien a los residentes.

La síntesis anterior, nos permite aventurar preguntas respecto del por qué no se están cumpliendo las disposiciones ministeriales: ¿será acaso el descontento generalizado entre las administradoras lo que empaña el logro de los objetivos rehabilitadores de los hogares protegidos?, una inyección de recursos ¿transformaría este diagnóstico del estado actual de las cosas?.

Finalmente, en el caso de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador, la investigación realizada explicita la existencia de sentimientos encontrados en torno del programa en sí:

En primer lugar, los profesionales entrevistados reivindican la valía de éste *per se*, subrayando los logros alcanzados, especialmente en personas de larga trayectoria clínica y que, gracias a su incorporación a estos dispositivos, han mejorado su pronóstico médico, a través del desarrollo de habilidades y de mayores niveles de autonomía psicosocial.

No obstante ello, la citada dualidad toma cuerpo a la hora de referirse a los recursos disponibles para la instauración en el espacio local de un plan de esta envergadura: no existe, -a parecer de los integrantes de la comisión- una disponibilidad de recursos humanos, financieros ni materiales que permita alcanzar los estándares emitidos por el Ministerio de Salud, disminuyendo la capacidad del equipo, de hacer frente a las demandas y presiones emanadas en este sentido, de las propias circunstancias.

Por ejemplo: un equipo compuesto por 4 profesionales, de los que la mitad está conformado por cargos a honores, sin lugar a dudas, no es capaz de dar respuesta, ni al ministerio; ni a los 68 usuarios, ni a administradoras/cuidadores ni a familiares.

Ello irá desencadenando series de incumplimientos y vacíos en la gestión programática que repercutirán nocivamente en la calidad del servicio prestado, dejando esta situación de manifiesto, la existencia de severas incongruencias, reiteradas y afianzadas en el tiempo, configurándose de este modo un espiral concéntrico del que es apremiante alejarse.

Lo previo, además de evidenciar la realidad de la Comisión de Hogares Protegidos local, expone el carácter endeble de la institucionalidad provincial en este aspecto; con una conocida desorganización interna, una ausencia de división de tareas, una falta de estructuración de actividades en base a pautas y un real trabajo en redes que -agravadas por los insuficientes recursos disponibles- permita cumplir las funciones que asignadas desde la política sectorial.

De este modo y -más allá de las elucubraciones y prolíficas especulaciones-, se va configurando un panorama poco auspicioso si lo que se pretende es brindar un servicio de calidad a las personas y entidades vinculadas a la implementación del programa, resultando por ello urgente el activar soluciones tendientes a la superación o disminución de estas situaciones de *déficit* localizadas.

## 9.2 Conclusiones en relación a la temática de estudio y la experiencia evaluativa:

A la hora de realizar una mirada retrospectiva respecto de los significados personales asociados a la experiencia de Seminario de Título al interior del Hospital del Salvador, quien suscribe, estimó necesario ordenar su presentación dividiéndola, según ejes de reflexión.

### 9.2.1 En torno al contexto institucional, social y académico que enmarcaron la experiencia:

El trabajo en el ámbito de la salud, y específicamente en el de la salud mental constituyó ya desde el inicio de esta aproximación profesional, un aliciente para la estudiante.

Ello en primer lugar, por tratarse de un ámbito de escasa sistematización y abordaje teórico desde el Trabajo Social, lo que motivó a quien suscribe respecto de la posibilidad de acercarse a una temática marginal y realizar una contribución que tuviera ulterior incidencias en la toma de decisiones, en beneficio de los usuarios de este tipo de prestaciones de salud.

En términos generales, la incorporación al Hospital Psiquiátrico del Salvador para realizar el estudio que marca la finalización del proceso para la obtención del Título de Asistente Social, fue una decisión marcada por el alto interés que el tema en sí y las implicancias sociales que trae aparejada despertaba en la estudiante, quien no dudó en asumir el desafío de adentrarse en un área tantas veces contaminada por los sesgos asociados a la tradición manicomial y al -a todas luces anacrónico- ideario de la locura.

Siendo, en este tenor, específicamente, su aproximación al Programa de Hogares Protegidos determinante de la satisfacción con que actualmente se revisa la labor desempeñada, por tratarse de una realidad escasamente explorada, no sólo desde la profesión, lo que supuso –desde el comienzo- una chance para alcanzar aprendizajes en torno a una temática emergente y de creciente importancia en el ámbito de la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos psiquiátricos severos.

En este sentido, los principales significados personales de la experiencia radicarón, en el acercamiento a un tópico conocido sólo desde la posición de observador externo; en la posibilidad de incorporar al estudio la mirada, tanto de los distintos actores involucrados en el diseño e implementación del programa, como de otras instancias públicas y privadas interesadas por contribuir a los objetivos de esta experiencia evaluativa.

Asimismo, cabe subrayar como un elemento clave de la buena marcha del proceso evaluativo, el papel desempeñado por el Supervisor Académico de la estudiante, Sr. Dagoberto Salinas A., quien jugó un rol activo a lo largo de toda la experiencia investigativa, en tanto guía metodológico y procedimental, perfilándose de este modo en un significativo aporte a la obtención de los propósitos planteados inicialmente.

Si bien el proceso de Seminario de Título no estuvo exento de escollos administrativos para su realización, éste fue capaz de desarrollarse y concluir de acuerdo a la planificación inicial, pudiendo alcanzarse los objetivos definidos para éste e incluso, trascendiendo las expectativas de la estudiante, en términos de la información obtenida y la significancia que –desde el espacio institucional- se asigna actualmente a la presente aproximación profesional.

Por lo anteriormente señalado es que, quien suscribe estima la realización de este estudio no sólo como una contribución trascendental a la consolidación de su acervo profesional, sino que particularmente, como una experiencia decisiva desde el punto de vista personal, que le permitió agudizar su mirada en torno, tanto a la transición epidemiológica actual, como a los embates psicosociales consecuentes de un diagnóstico psiquiátrico.

### 9.2.2 En torno a la pertinencia metodológica de la investigación evaluativa realizada:

A partir de acercamientos empíricos preliminares al interior de la Unidad de Mediana Estadía del Hospital del Salvador (instancia encargada de coordinar el Programa de Hogares Protegidos) fue posible advertir la ausencia de registros institucionales suficientes que permitieran evaluar dicho programa, tras años de funcionamiento.

Ello, sumado a la existencia de evaluaciones de carácter parcial alertó, a la estudiante respecto de la apremiante necesidad de realizar una investigación evaluativa sistemática de los Hogares Protegidos a nivel provincial, proponiendo esta moción a las autoridades hospitalarias, quienes inmediatamente acogieron la propuesta.

Es así que se formula el objetivo general de evaluar el Programa de Hogares Protegidos, adhiriendo metodológicamente al modelo de contextos, insumos, procesos y productos de Stufflebeam (1987) y al modelo de evaluación iluminativa planteado por Parlett y Hamilton (1976).

La aproximación profesional realizada estuvo, de este modo caracterizada en su impronta metodológica de corte mixto, pues al complementar rasgos de los paradigmas positivista y fenomenológico, pudo acceder a una *triangulación* de la información emanada de la realidad de estudio, incorporando a la reflexión el rol de aquellos aspectos subyacentes y del contexto histórico social en la configuración de los escenarios y epifenómenos identificados.

Al tratarse de una temática de alta complejidad como lo es la salud mental, y especialmente, la experiencia local de implementación del Programa de Hogares Protegidos, dicha dualidad alcanzó un mayor realce al permitir a la evaluadora acceder a un panorama global del estado de las cosas a nivel provincial.

Específicamente, el modelo CIPP se transfiguró en el esqueleto de la experiencia, proporcionando las dimensiones de estudio: contextos, insumos, procesos y productos, a las que se agregaron las subdimensiones/criterios de evaluación de: habitabilidad, seguridad, focalización, idoneidad, pertinencia de las actividades, vinculación a redes de apoyo y nivel de satisfacción, las que a su vez sirvieron de base para la formulación de los objetivos de la experiencia evaluativa.

De este modo y con el objeto de acceder a una visión integral de la realidad programática en Valparaíso se incorpora al estudio la utilización de técnicas e instrumentos de recolección de datos que obedecieron al cariz metodológico mixto de este trabajo.

Así es que la encuesta, a través del instrumento de cuestionario fue aplicada a 50 residentes de Hogares Protegidos, obteniéndose por esta vía datos de vital importancia a la hora de construir un perfil de usuarios de este programa, que diera cuenta de sus características en términos de variables sociodemográficas, biomórbidas, económicas y educacionales.

Por su parte, a través de la técnica de observación en sus variantes simple y estructurada, sumada a la realización de entrevistas a representantes de los distintos actores involucrados en la implementación del programa en el espacio local y a la revisión de documentación institucional, fue posible –mediante el análisis de contenido– indagar en tópicos asociados a la dinámica interna de tales dispositivos, a las percepciones en torno a los mismos y particularmente, al nivel de satisfacción existente, en atención a los universos simbólicos y a las relaciones de sentido establecidas por los propios participantes de la experiencia.

Respecto del logro de los propósitos planteados, cabe afirmar que éstos fueron logrados, por cuanto fue posible describir los contextos en que se sitúan los HP, caracterizar a sus usuarios, administradoras y a miembros del equipo técnico; describir las prácticas habituales al interior de éstos y en su interacción con el medio y conocer las percepciones y nivel de satisfacción que en relación al Programa de Hogares Protegidos tienen sus protagonistas.

Los resultados emanados de la investigación evaluativa realizada permitieron a quien suscribe, a su vez, la formulación de una Propuesta de Mejoras con el propósito de influir –a través de medidas correctivas– en las situaciones identificadas como deficitarias.

Por ende cabe afirmar que la metodología de investigación evaluativa y las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados fueron pertinentes para el logro de los objetivos planteados para la presente acción profesional; adecuados para el abordaje de una realidad altamente compleja y cuya complementariedad aumentó la exhaustividad y representatividad de los hallazgos emanados del estudio.

### 9.3 En torno a los hallazgos obtenidos a través de la investigación evaluativa:

Los hallazgos, presentados formalmente bajo la denominación de conclusiones constituyen la cristalización de nueve meses de indagaciones realizadas por la estudiante en el marco de su Seminario de Título.

Dentro de los aspectos sobresalientes en este sentido, se encuentra la posibilidad de haber profundizado, a través de las distintas técnicas utilizadas, en las peculiaridades de los sujetos de atención del programa: su evolución clínica y trayectoria vital, pudiendo de este modo verificar –y dimensionar- desde los propios residentes de Hogares Protegidos, las implicancias que puede desencadenar un diagnóstico de psicopatología en tanto fenómeno social.

Fenómeno social por cuanto trasciende la esfera biomédica, que toma la forma de estereotipos culturales, discriminación y otras lógicas interaccionales excluyentes, en modalidad explícita y latente que comprometen no sólo al individuo, sino que también a la familia de éste y al contexto social mayor en el que él se halla inserto (comunidad, mercado laboral, etcétera).

Coherente con lo previo, se subraya el haber accedido a información que no estaba contemplada inicialmente dentro del diseño metodológico y que al provenir de la *praxis* misma y de los distintos agentes involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos, constituye un significativo aporte a la reflexión.

Entre tales hallazgos, destaca especialmente la detección de situaciones que pueden contradecir severamente, tanto las disposiciones regulatorias del Ministerio de Salud, como los objetivos rehabilitadores que constituyen el *ethos* programático.

En este sentido, cabe enunciar en primer lugar, la existencia de una distribución de los residentes que no contempla las características propias de cada patología, coexistiendo en un mismo establecimiento, personas que evidencian un alto grado de deterioro psíquico –y que por ende compromete su desenvolvimiento en funciones básicas como las de autocuidado y desenvolvimiento social- con otras que detentan otro perfil biomórbido, menos defectual y con mayor potencialidad de desarrollar habilidades psicosociales.

Tal situación, en palabras del Médico Psiquiatra de la Unidad de Agudos del Hospital del Salvador, Sr. Marcelo Valdebenito, puede resultar altamente perjudicial en la medida que unir diagnósticos disímiles, con severidades distintas puede ser desfavorable en aquellos casos de personas con un daño menor, en tanto esta coexistencia puede inhibir sus propias capacidades de recuperación, viéndose esto agravado con el otorgamiento por parte de las administradoras y cuidadores, de un tratamiento equivalente para todos los usuarios.

A juicio del especialista, al no existir un ambiente ni un abordaje diferenciado que atienda las particularidades de los residentes, según edad, diagnóstico y evolución clínica no hacemos si no perpetuar los efectos del modelo asilar y que es justamente el que la Reforma de la Atención Psiquiátrica y el Programa de Hogares Protegidos pretenden abolir.

A ello se suma, la identificación –por medio de la indagación en fichas- de la existencia de un segmento de usuarios del programa que presentan un diagnóstico de patología psiquiátrica de base más daño orgánico cerebral o retardo mental, sin que exista para estos casos, estrategias *intrahogares* ni alternativas institucionales específicas (redes) de rehabilitación de tales trastornos en adultos.

En esta materia, el mismo entrevistado advierte que, dado el carácter estacionario de los retardos mentales, éstos son susceptibles de recuperación, siendo el contexto un factor decisivo para el desenvolvimiento intelectual y social de estas personas, en palabras del mismo: *“A través de la existencia de ambientes enriquecedores y no empobrecedores”*.

Empero, la realidad indica la inadvertencia de esta situación, y por ende, la ausencia de prácticas en este ámbito, soliendo las personas con este perfil relegadas, tanto por ser más interferentes, como por no constituir mayoría, redundando nuevamente en un incumplimiento de las disposiciones ministeriales, paradójicamente, siendo el año 2007, el año mundial de la discapacidad intelectual.

A ello se agrega la observación de situaciones que pondrían en tela de juicio la idoneidad de las prestadoras de estos servicios residenciales, como manifestaciones -al interior de los hogares visitados- de discriminación y episodios de maltrato psicológico hacia los residentes.

Siendo ello explícito a través de lógicas segmentarias y el uso de apodos y conceptos estigmatizadores que, no sólo violan los edictos ministeriales, sino que ante todo, menoscaban la dignidad de las personas con problemas de salud mental, comprometiendo de paso, el afán de posicionar a los Hogares Protegidos como espacios sociales inclusivos.

Sumado esto a la percepción por parte de la evaluadora de sentimientos ambivalentes de temor y respeto entre los usuarios al referirse a quienes están encargados de su cuidado, en la medida que por una parte señalan y denuncian estos hechos, pero al mismo tiempo los justifican –o bien se retractan por miedo al desarraigo, al castigo o a la expulsión- corroborando en este sentido los planteamientos de Corsi (2000), en torno a las cualidades asociadas a los ciclos de violencia doméstica.

Todo esto no hace si no afianzar la tesis de que la *locura* no es reducible a una cuestión meramente semántica, sino que ante todo constituye un fenómeno social, en tanto se advierte que las conductas excluyentes –*una suerte de tortura refinada*- en torno a estas personas están tan arraigadas en el ideario colectivo, -como apodos, burlas, indiferencia y trato displicente- que no es de extrañar que sea desde el propio hogar protegido, donde éstas se originen y reproduzcan, minando –en nombre de la *mens sana*- las posibilidades de integración de las personas que detentan un diagnóstico psiquiátrico.

Ello en definitiva, reivindica la necesidad de activar respuestas socioeducacionales en este sentido, por medio de iniciativas dirigidas, tanto a las administradoras de hogares protegidos, como a los familiares y seres queridos de éstos y a agentes de la comunidad.

Intentando, por medio de la educación –*socialización secundaria*- despejar mitos en torno a la enfermedad mental, sensibilizar respecto de su transversalidad e implicancias psicosociales, de manera de promover –aún de modo incipiente- cambios actitudinales, que propendan a la disminución del trato estigmatizador hacia estas personas, antes mencionado.

Finalmente, la realización de esta aproximación profesional sistemática, además de vincular a la estudiante al ámbito de la salud mental *per se*, contribuyó a que esta, gracias a la investigación bibliográfica y a la práctica investigativa misma, pudiera conocer cómo ha evolucionado el concepto de locura desde la época clásica y hasta nuestros días, sin que dicha evolución conceptual tuviera necesariamente una resonancia en el modo cómo estas personas son vistas por quienes las rodean.

La experiencia de Seminario de Título constituye, en este sentido un significativo aporte a la formación profesional pero también valórica de quien suscribe, quien gracias al contacto directo con la cotidianeidad de los hogares protegidos, pudo evidenciar que más allá de las visiones reduccionistas/unicausales de los procesos de salud/enfermedad y de las intervenciones efectistas/cortoplacistas, el trabajo en salud mental implica, ante todo una permanente autocrítica y revisión de los modos cómo nos acercamos personal y profesionalmente a esta compleja realidad.

Es así que lo propuesto hasta ahora, legitima -ante todo- su afán de sensibilizar al lector crítico, respecto del estado actual del Programa de Hogares Protegidos en la Provincia de Valparaíso, de manera de dar cuenta de una realidad -tal vez desconocida- de cara a eventuales reestructuraciones que incorporen y hagan hincapié en la dimensión humana de la enfermedad mental.

#### 9.4 Una aproximación a la intervención social:

En este sentido cabe señalar que, si bien la aproximación profesional llevada a cabo bajo el amparo del Hospital del Salvador, no contempló desde su génesis la realización de una intervención desde el Trabajo Social acorde a los parámetros establecidos por el ciclo tecnológico, dado el carácter investigativo que le fue asignado y a las necesidades institucionales, sí fue posible ejecutar acciones de difusión en esta línea.

Ello fue posible a través de la realización de dos jornadas de reflexión, donde mediante la difusión de los resultados de la experiencia y de la propuesta, en este tenor formulada por la estudiante, fue plausible sensibilizar a diversos actores involucrados en la implementación de los Hogares Protegidos, respecto de la realidad actual del programa.

Tales encuentros, realizados en la Sala de Consejo del Hospital del Salvador, contaron con la presencia -coordinada por la estudiante- de personeros del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio; del Director y jefaturas del establecimiento; del equipo de profesionales del centro hospitalario, con presencia mayoritaria de Médicos Psiquiatras, Asistentes Sociales, Psicólogos y Terapeutas Ocupacionales y de invitados que forman parte de la red de salud mental local, como lo es la Corporación Bresky.

De este modo, no sólo se pudo dar a conocer los hallazgos de la investigación evaluativa realizada, sino que particularmente manifestar el estado actual de las cosas: los déficit e irregularidades detectados, las potencialidades y principales necesidades, entre otros tópicos de interés; despertando un alto interés entre los asistentes que se tradujo en un debate que trascendió la duración de dicha reunión.

En este tenor, es pertinente señalar que el Encargado Provincial de Salud Mental (SSVSA), Psicólogo Sr. Álvaro Jiménez, solicitó la colaboración de la estudiante, mediante la elaboración de un informe, donde se sinteticen los hallazgos del estudio, a objeto de tomar las medidas que sean convenientes, tanto para adaptar las prácticas a la Norma Técnica, como para resguardar la calidad de vida de los residentes de Hogares Protegidos.

A ello se suma un encuentro pactado por la estudiante y el Director del Hospital del Salvador, Médico Sr. Ulises Ríos y donde ésta dará a conocer de manera más extensa y detallada los descubrimientos obtenidos luego de un año académico de indagaciones y reflexión permanente.

A fin de evidenciar la realización de estas jornadas de difusión, a continuación se presenta Fotografía 9.1:

Fotografía 9.1:

Jornadas de difusión de resultados:

Evaluación Programa de Hogares Protegidos, Provincia de Valparaíso



Fuente: Producción personal

## CAPÍTULO 10.

## PROPUESTA DE MEJORAS

Las propuestas de mejoras, en tanto respuestas a las deficiencias identificadas en los programas de estudio, se sustentan y organizan en atención, tanto a los criterios preestablecidos para la evaluación, como a los significados y percepciones manifestados por los participantes de esta aproximación profesional y a los juicios profesionales, en este sentido emitidos por quien suscribe en el Capítulo 9 de este documento.

En este escenario es que cabe resaltar que el afán que persigue la presente propuesta no es otro que el de dar cuenta de los eventuales lineamientos y prácticas asociadas que pudieren encaminar los agentes involucrados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos, a objeto de superar las falencias detectadas, mejorando las lógicas de atención, de modo de adecuar las *praxis*, haciéndolas más pertinentes y coherentes, tanto a la realidad provincial, como a la normativa vigente.

Por ello es que la estudiante, para facilitar la comprensión de su plan de mejoras, ha decidido presentarla segmentándola en virtud de los hallazgos evaluativos, esto es, según ámbitos de acción.

#### PROPUESTA DE MEJORAS IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS, PROVINCIA DE VALPARAÍSO:

##### 10.1 Dimensión Contextos

##### 10.1.1 En cuanto a las condiciones de habitabilidad y seguridad de los Hogares Protegidos de Valparaíso:

Tal como se señaló en el párrafo alusivo a los resultados de la experiencia evaluativa es, en este tópico donde fueron identificadas algunas deficiencias que pudieren comprometer la calidad de vida de los usuarios/as del programa de Hogares Protegidos.

Ello, desde el punto de vista de las condiciones de habitabilidad de los locales que albergan los hogares, dicen particular relación con el desorden y la suciedad que algunos de éstos evidenciaron durante las visitas realizadas.

Lo anterior, además de constituir un elemento inhóspito observado como un panorama habitual en los mismos, ofrece un foco infeccioso para los residentes, especialmente en el caso de los baños y cocinas, lo que alarma sobre la necesidad de realizar fiscalizaciones –sin previo aviso- a los hogares protegidos, perpetuando estos hallazgos mediante anotaciones y fotografías que queden consignadas en un libro de visitas de uso exclusivo de la Comisión de Hogares Protegidos y cuya posterior lectura, sea un referente a la hora de evaluar y convocar a nuevos procesos de licitación.

Esto, dado que la práctica indica que al no existir registros ni monitoreos sistemáticos, tales irregularidades suelen ser obviadas o subestimadas por los supervisores del programa, disminuyendo –a juicio de la evaluadora- la importancia e implicancias sanitarias que un eventual contagio puede acarrear para la población que habita en la vivienda.

Por ello es que se legitima el incorporar a la acción profesional la realización de inspecciones en este sentido, en tanto mediante la exigibilidad de condiciones de saneamiento *ad hoc* será posible velar, además de porque los residentes tengan un lugar donde vivir y satisfacer sus requerimientos básicos, de que ese lugar les garantice comodidad y control de las enfermedades infecto contagiosas.

Como instrumento de registro formal y ordenado de las realidades detectadas a través de la realización de estas visitas, es que se sugiere Pauta 10.1 que a continuación se presenta:

## Pauta de observación 10.1:

## Condiciones de habitabilidad de Hogares Protegidos

Hogar Protegido N°:		
Fecha:		
Hora de la visita:		
<b>PAUTA DE VISITAS A HOGARES PROTEGIDOS</b>		
Profesional no es atendido		
La vivienda se encuentra sin moradores		
Profesional es atendido por:		
Nombre:		
Cargo y/o vínculo con la Administradora:		
Actitud frente a la visita:	<input type="radio"/> Positiva <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Negativa	
Número de habitantes del Hogar Protegido:		
Número de residentes presentes al momento de la visita:		
Actitud de los residentes ante la visita:	<input type="radio"/> Positiva <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Negativa	
Aseo y Ornato	Living	<input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo
	Comedor	<input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo
	Cocina	<input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo
	Baños	<input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo
	Habitaciones	<input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo
	Patio	<input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo
Observaciones:		
Firma del responsable de la visita		

Fuente: Elaboración personal

En cuanto a las condiciones de seguridad al interior de los Hogares Protegidos, como se vió en el apartado alusivo a los resultados de la experiencia evaluativa se advierte la existencia de eventos que se sitúan al margen de la normativa vigente y que pudieren comprometer, en este ámbito, el bienestar de los habitantes de la vivienda.

Ello dice directa relación con la detección, -a través de la Inspección Técnica realizada con expertos del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso- de contextos habitacionales con equipamiento antiincendios expirado o en mal estado; ampollitas quemadas (hogar a oscuras); instalaciones eléctricas hechas o defectuales; ausencia de bandas antideslizantes en escaleras, entre otros y que solas o en conjunto pueden constituir amenazas para quienes ahí residen no sólo en casos de emergencia, sino que en el desenvolvimiento cotidiano *intrahogar*.

A esto se agrega la ausencia en la mayoría de los hogares consultados, de planes de evacuación ante situaciones críticas como incendios o terremoto, lo que, sin lugar a dudas, da lugar -ante tales coyunturas- de proceder temerarios y antojadizos, en tanto al carecer de un procedimiento definido en estos casos, se genera un caos general, donde las personas suelen actuar “a su suerte” sin importar las consecuencias.

Por ello es que en este tenor, se propone a la Comisión de Hogares Protegidos, no sólo la realización de monitoreos, sino que en particular, de coordinaciones para la realización de inspecciones técnicas cada 6 meses, por medio del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios del Cuerpo de Bomberos local, tal como se lograra en la presente evaluación.

Dicha coordinación, se realizará mediante carta emitida del Director del Hospital del Salvador y dirigida al Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, Sr. Enzo Gagliardo L.

De este modo, será posible, no sólo acceder a un Informe Técnico emanado de especialistas en el ámbito de la prevención de riesgos en situaciones de emergencia, sino que además, se logrará estrechar lazos interinstitucionales (redes) que propendan al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos de atención del programa de HP, tal como lo señala la Norma Técnica del Ministerio de Salud.

## 10.2 Dimensión Insumos

### 10.2.1 En cuanto a la distribución de los postulantes a residentes de Hogares Protegidos:

Concordante con los hallazgos de la investigación evaluativa realizada es que se puede afirmar la existencia de errores en la segmentación de los usuarios de hogares por parte del equipo encargado de dicha gestión, que pudieren ser contradictorios con los objetivos rehabilitadores propugnados por la entidad sanitaria.

Esto, en tanto se detectó la presencia de casos muy disímiles al interior de dichos dispositivos residenciales, con personas de edades, diagnósticos y particularmente nivel de deterioro muy dispar, lo que, según lo planteado por Valdebenito (2007) puede resultar altamente contraproducente en términos terapéuticos.

Lo previo, sumado a la ausencia de criterios definidos de distribución por hogar; la coexistencia con personas con perfil biomórbido de residencia protegida (mayor complejidad) y al desconocimiento de lo que estas prácticas pueden acarrear para la recuperación de los residentes, en especial, de los menos defectuales, configura un escenario donde la activación de medidas correctivas se posiciona como un factor sine qua non, si lo que se quiere es contribuir verdaderamente al logro de progresos psicosociales en los usuarios de hogares.

Para ello es que, sumado a la caracterización de los actuales sujetos de atención del programa -consignada en Capítulo 9 de este documento-, es que quien suscribe emite Pauta 10.2 de ingreso a Hogares Protegidos, como medio para la realización de registros preliminares que permitan conocer las peculiaridades de cada postulante, antes de tomar la compleja decisión de hacia qué hogar orientarlo.

## Pauta 10.2:

## Ficha de ingreso a Hogar Protegido

Hogar Protegido N°:	
Fecha de ingreso:	
<b>FICHA DE INGRESO A HOGAR PROTEGIDO</b> <b>Hospital del Salvador</b>	
<b>ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
1. Nombre completo del/la residente:	
2. Sexo:	
<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> Masculino
3. Fecha de Nacimiento:	Edad:          años
4. R.U.T.:	
5. Estado Civil:	
<input type="radio"/> Soltero/a	<input type="radio"/> Casado/a
<input type="radio"/> Separado/a	<input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a
6. Existencia de hijos/as:	
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7. Existencia de redes de apoyo primarias (familiares/amigos):	
<input type="radio"/> SI (especifique)	<input type="radio"/> NO
8. En caso de emergencia contactar a:	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	
9. Religión del/la residente:	
<input type="radio"/> Católica	<input type="radio"/> Protestante
<input type="radio"/> Agnóstico/a	<input type="radio"/> Ateo/a <input type="radio"/> Otra (especifique)
10. Lugar de procedencia del/la residente:	
<input type="radio"/> Región de Valparaíso	<input type="radio"/> Otras regiones del país (especifique)

11. Situación social previa a la incorporación al Hogar Protegido:

- Usuario/a vivía con familiares o seres queridos
- Disfunción familiar
- Situación de abandono/vagancia
- Usuario/a se encontraba institucionalizado (especifique)

12. Antecedentes de ciclos de Violencia Intrafamiliar:

- SI
- OCASIONALMENTE
- NO

13. Tipo de Violencia:

- Activa
- Pasiva
- Física
- Descuido
- Psicológica
- Abandono
- Sexual

#### ANTECEDENTES DE SALUD

14. Ficha clínica N°:

15. Antecedentes en la especialidad desde el año:

16. Médico tratante:

17. Diagnóstico médico actual:

18. Tratamiento médico (especificar):

19. Previsión de salud:

- FONASA
- A
- B
- C
- D

20. Actualmente, ¿Está incorporado/a a alguna iniciativa de rehabilitación psicosocial?

- SI
- NO

Especifique instancia u organización:

- Corporación Bresky
- Casaclub
- Artesanos
- Centro diurno
- Centro diurno dual

21. Actualmente ¿Participa de alguna actividad en el espacio comunitario?

- SI
- NO

Especifique tipo de actividad:

- Laboral
- Cultural
- Otra

- Religiosa
- Deportiva/recreativa

22. Antecedentes de problemas de salud física:

- SI
- NO

Especifique:

23. Actualmente, ¿Presenta alguna dolencia de salud física?

- SI
- NO

Especifique:

24. Dicho problema de salud, ¿Se encuentra bajo control médico?

- SI
- NO

Especifique:

25. Alérgico/a a:

26. Hábito tabáquico:

- SI
- NO

Especifique frecuencia del consumo/nº de cigarrillos por día:

27. Antecedentes de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias:

- SI
- NO

Especifique tipo y frecuencia aproximada del consumo:

**ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS**

28. Situación previsional:

- Beneficiario/a de Pensión Asistencial DL 869
- Beneficiario/a de otro tipo de subsidio gubernamental
- Otra (especifique)

29. Ingresos mensuales aproximados:

- Residente no percibe ingresos
- Entre \$1.000.- y \$20.000.-
- Entre \$21.000.- y \$40.000.-
- Entre \$41.000.- y \$60.000.-
- \$61.000.- y más.

30. Actualmente usted, ¿Posee otras fuentes de ingresos?

- SI       OCASIONALMENTE       NO

Especifique procedencia y frecuencia de dichos ingresos adicionales:

**ANTECEDENTES EDUCACIONALES**

31. Residente sabe leer y escribir:

- SI       NO

32. Educación Básica del/la residente:

- No accedió a Educación Básica
- Educación Básica Incompleta
- Educación Básica Completa
- Otra (especifique)

33. Educación Media del/la residente:

- No accedió a Enseñanza Media
- Enseñanza Media Científico Humanista Incompleta
- Enseñanza Media Científico Humanista Completa
- Enseñanza Media Técnico Profesional Incompleta
- Enseñanza Media Técnico Profesional Completa

34. Educación Superior del/la residente:

- No accedió a Educación Superior
- Técnico de Nivel Superior Incompleto
- Técnico de Nivel Superior Completo
- Universitaria Incompleta
- Universitaria Completa

35. ¿Posee usted algún tipo de capacitación adicional?

- SI
- NO

Especifique:

#### ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS

36. Intereses/aficiones personales:

- Ámbito social/comunitario
- Ámbito artístico/cultural
- Ámbito recreativo/deportivo
- Ámbito religioso/espiritual

37. Expectativas en torno a la incorporación a Hogar Protegido:

38. Expectativas personales:

OBSERVACIONES:

LÍNEAS DE ACCIÓN:

**Firma del Profesional**

Fuente: Elaboración personal

10.2.2 En cuanto a los procesos de selección de las/os Administradoras/es de estos dispositivos residenciales:

En atención a los resultados del estudio, cabe afianzar la moción de la existencia de situaciones que comprometerían la idoneidad de algunas de las Administradoras de Hogares Protegidos para dedicarse a un trabajo de alta complejidad con personas con trastornos psiquiátricos severos.

Entre ellas destacan, la identificación de hechos de discriminación por parte de éstas hacia los residentes que toman la forma de apodos, trato peyorativo que realza el carácter *vesánico* de los mismos y hechos de segregación interna, con lugares al que “ellos” no tienen acceso y actividades diferenciadas, como comidas a parte, trato peyorativo y otros eventos donde su presencia –según señalan- parece ser obviada, minando de este modo el cariz familiar que desde el Ministerio pretende otorgarse a los hogares, de manera de desarrollar el sentido de pertenencia de los residentes.

A lo previo se suma, el incumplimiento de funciones observado, en tanto al rol de monitoras<sup>50</sup> asociado a las mismas, en temas de autocuidado, desarrollo de hábitos y vinculación a la comunidad, como medios para aumentar los niveles de adaptabilidad al medio de las y los usuarios.

Esto quedó graficado en el descuido en el aseo y presentación personal de muchos de los encuestados, en el sello inercial/alienante/poco estimulante detentado por algunos de los hogares visitados –y perpetuados en fotografías- y especialmente en las averiguaciones realizadas con distintos actores del espectro comunitario, acostumbrados a ver a los residentes del Hogar X *macheteando, vagando, pidiendo fiado* y causando estupor entre los vecinos con conductas extrafalarias que no hacen sino validar el *paradigma de la locura*, dejando entredicho la efectividad de estas prestadoras de servicios.

Por ello y si bien, se reconoce la importancia de estas mujeres en tanto pieza clave para la implementación del programa en el espacio local, es que se sugiere aumentar la exhaustividad a la hora de seleccionar a las personas que se encargarán de la administración y cuidados al interior de los hogares.

---

<sup>50</sup> Papel atribuido a las Administradoras de Hogares Protegidos, por parte de la Médico Psiquiatra Sra. Andrea Poblete, encargada de los programas de rehabilitación psicosocial en personas con discapacidad de causa psíquica del Ministerio de Salud, en entrevista con la Alumna Seminarista.

Para lograrlo, se propone por una parte, que en cada de proceso de licitación, además de tener el referente de la Norma Técnica de Hogares Protegidos, se rememore los antecedentes acumulados por cada una –en el caso de quienes quieran renovar el contrato- durante su desempeño como Administradora.

Asimismo, se plantea la necesidad de formular indicadores de competencias e idoneidad para el cargo y que se incorpore, además de un encuentro con la Comisión, la realización de una entrevista con un Psicólogo, que permita dar luces del perfil de estas personas (motivaciones de postulación, opinión respecto al tema de la salud mental, historia de vida, etcétera) y si éstas –de acuerdo al juicio de dicho profesional- son o no aptas para esta labor.

Como complemento a lo antes enunciado y, con el propósito de *transparentar* y re-organizar el quehacer de la Comisión de Hogares Protegidos, es que se sugiere la ejecución de registros anuales, por cada Administradora, sustentada ya no en la buena fé y archivos extemporáneos, sino que en documentos actuales que permitan dar cuenta de modo fehaciente, de la veracidad de la información proporcionada.

Ello, en virtud del presente estudio se perfila como una necesidad institucional en la medida que a los antecedentes antes expuestos se agregan situaciones que pondrían en riesgo la seguridad de los residentes de hogares, como lo son las denuncias de maltrato perpetrado por el cónyuge y/o los familiares de las Administradoras y que no hacen si no corroborar la importancia de, a la hora de evaluar o renovar contratos, realizar registros donde también se estipulen datos relacionados con los otros miembros del grupo familiar.

De este modo es posible afirmar que ya no basta con el mero conocimiento de las encargadas de Hogares Protegidos, sino que además del resto de los componentes de la familia, en la medida que –según los resultados de la investigación- éstos pudieren constituir elementos perturbadores o amenazantes para la calidad de vida de los usuarios del programa.

La síntesis de tales antecedentes, sería en este tenor, almacenada en el formato que a continuación se presenta:

## Pauta 10.3:

## Registro anual de antecedentes: Administradoras de Hogares Protegidos

Registro de Administradoras de Hogares Protegidos		
Hogar Protegido N°:		
Nombre completo:		
R.U.T.		
Fecha de nacimiento:		Edad:
Estado Civil:		
Familiares u otras personas que habitan en el Hogar Protegido:		
Nombre y Edad	Vínculo con la Administradora	Actividad que desempeña
Observaciones:		
Domicilio:		
Teléfono:		Celular:
Antecedentes educacionales:		
Antecedentes laborales:		
Recomendaciones:		
<b>Firma del Profesional</b>		

Fuente: Elaboración personal

### 10.3 Dimensión Procesos

#### 10.3.1 En cuanto a las funciones de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador:

En relación al cumplimiento de los roles asignados al equipo de profesionales encargado de coordinar el Programa de Hogares Protegidos desde el MINSAL, la evidencia señala la existencia de una adhesión a éstas de carácter parcial, asociada a la insuficiencia de recursos humanos, económicos y materiales para ejecutarlas a plenitud y en concordancia con las disposiciones ministeriales.

No obstante ello y tal como se reflejó en el Capítulo 8, existen situaciones que trascienden la esfera de los recursos a disposición de la comisión, y enunciadas por los propios entrevistados, como la desorganización que les afecta y que entorpece, tanto su gestión, como el cumplimiento de sus principales funciones.

En este contexto se plantea considerar las pautas aquí consignadas de modo de iniciar una *metamorfosis* hacia un re-ordenamiento, en base a la realización de registros de visitas, reuniones, situaciones irregulares detectadas, etcétera, que facilite la realización de tareas y la evaluación del funcionamiento programático, a la vez que un insumo de vital importancia al momento de tomar decisiones alusivas al diseño, programación e implementación del programa.

Del mismo modo y en virtud de los hallazgos investigativos, es que se apuesta por la incorporación de un enfoque integrador a las prácticas habituales del equipo, por medio de la apertura de canales de comunicación formal y del desarrollo de instrumentos de participación sostenibles en el tiempo, que estimulen –tal como lo reivindica la Norma Técnica- un giro de la visión tan arraigada de los “pacientes”, hacia una democratización de las prácticas en salud, con una intervención activa de los “ciudadanos” y de miembros de la sociedad civil.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Instituto de Asuntos Públicos: “De pacientes a ciudadanos: Experiencias democratizadoras en salud”. Universidad de Chile, Santiago de Chile. 2003

En términos concretos, se sugiere fusionar e incluir en la discusión a representantes de:

- Usuarios
- Profesionales
- Técnicos/Paramédicos
- Administradoras/Cuidadores
- Familiares/Amigos
- Representantes de la APS
- Representantes de la Red Asistencial en Salud Mental

Coherente con lo anterior, y como muestra del sello constructivista que se pretende otorgar al quehacer de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador, es que se sugiere también el reconocer la necesidad –que sustentó la realización del estudio- de llevar a cabo acciones de registro y sistematización sistemática de las actividades/contingencias asociadas al programa *per se*, de manera tal que no se presenten vacíos que opaquen la toma de decisiones pertinentes al carecer de evidencias institucionales para argumentar a favor o en contra en una situación determinada.

Al reordenamiento *intracomisión*, hacia una optimización de los recursos disponibles; hacia una la mayor participación y hacia la flexibilización de los enfoques y prácticas estamentales planteada, se agrega -y realiza- la preponderancia de superar una deficiencia detectada específica:

Esta dice relación con la ausencia de capacitación en temas de salud mental que evidenciaron, tanto Administradoras, como Cuidadoras y que alarman sobre la premura de articular –desde ya- respuestas en este sentido.

Entonces, y como se ha visto, el estado actual de las cosas no sólo expone a los residentes a acciones –casi intuitivas- sustentadas en el sentido común, sino que en particular, a actitudes y conductas discriminatorias (de parte la Administradora, sus familiares y el personal del hogar) que explicitan el desconocimiento existente entre éstos en torno a la enfermedad mental en sí y a cada diagnóstico en particular, generándose así un círculo vicioso cuyo único antídoto es, a todas luces, el aprendizaje, vía socialización secundaria.

En este escenario, será de competencia de la Comisión de Hogares Protegidos cumplir las siguientes funciones:

- Coordinar la realización de jornadas de educación/actualización de conocimientos en temas de salud mental por parte de personeros del ámbito de la psiquiatría, destinadas a Administradoras y a familiares de usuarios de HP.
- Gestionar la realización de capacitaciones en temáticas asociadas a la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos psiquiátricos severos, orientadas a Administradoras, cuidadores y familiares de los residentes.

De este modo y a través de una mirada constructivista y de estrategias socioeducativas, será plausible, por un lado, adecuarse a los edictos ministeriales en términos de provisión de instancias de capacitación hacia las Administradoras y por otra poner los cimientos que sustentaran un cambio en el modo cómo los participantes de estas instancias conciben y perciben la enfermedad mental.

Ahora bien, dentro de los contenidos irresueltos identificados también se encuentra el trabajo del equipo en el espacio comunitario, sin que en este terreno se haya reconocido existencia de acciones estructuradas, tal como lo señala la autoridad sanitaria.

Por ello y a fin de estar a la altura de la norma es que quien suscribe delimita ámbitos de vinculación de la Comisión de Hogares Protegidos al espacio comunitario:

- Difusión del programa en el contexto sociocomunitario en que se halla inserto con el propósito de sensibilizar a la vecindad respecto de la idea que suponen los hogares protegidos
- Realizar jornadas de capacitación en temas de salud mental, con el fin de contribuir –mediante el acceso a la información- al despeje de mitos en torno a la enfermedad de causa psíquica
- Participar de la vida barrial, mediante asistencia a reuniones de organizaciones comunitarias de base y de la promoción de actividades en el contexto vecinal, a objeto de aumentar la cercanía del hogar y de sus residentes, a la dinámica habitual de la vecindad y

- Contemplar –a la hora de evaluar el funcionamiento de los Hogares Protegidos- la participación de informantes clave de la comunidad, en tanto son ellos los principales testigos de los procedimientos habituales en dichos dispositivos residenciales.

Mediante el cumplimiento de estas funciones, delineadas y adaptadas a la realidad local será posible no sólo cumplir los edictos del Ministerio de Salud, sino que fundamentalmente acceder al incipiente establecimiento de alianzas intersectoriales que muestren la llegada de nuevas formas de gestión institucional –más próximas a las personas y a sus escenarios vitales- que permitan abatir gradualmente el mito de la anormalidad en sentido *foucaultiano*, con su impronta de marginalidad, improductividad y peligrosidad.

Finalmente, se insiste en la premura adquirida –dados los resultados obtenidos mediante este trabajo- de la realización de monitoreos sistemáticos a cada hogar protegido de la zona, a fin de detectar *in situ* la ocurrencia de eventos que pudieren comprometer el bienestar de sus habitantes.

10.4 En cuanto a las estrategias de rehabilitación psicosocial y a la vinculación a redes de apoyo primarias y secundarias:

Según la información registrada en el Capítulo 8 de este documento, uno de los principales *déficit* localizados en la implementación del Programa de Hogares Protegidos a nivel provincial, destaca la ausencia de una planificación u organización de las tareas desde cada HP en el sentido de estimular el logro de mayores niveles de autonomía funcional e instrumental por parte de sus usuarios.

Por ello, es que la estudiante -basada en entrevistas realizadas a expertas en temas de rehabilitación de adultos<sup>52</sup>-, propone como principal objetivo de rehabilitación psicosocial para los residentes de hogares de Valparaíso el *“Estimular el desarrollo y/o mantención de habilidades y capacidades en los usuarios que les permitan desenvolverse de manera más autónoma, tanto en el hogar, como fuera de este”*.

---

<sup>52</sup> La estudiante sostuvo para la elaboración de la presente propuesta de mejoras dos entrevistas con profesionales vinculadas al ámbito de la Terapia Ocupacional y la Fonoaudiología, siendo éstas realizadas entre los meses de septiembre y octubre de 2007.

Para obtenerlo, igualmente se definen los ámbitos/líneas de acción hacia dónde debieran orientarse las prácticas *intrahogar*, pues –como señala el MINSAL- ya no basta con la satisfacción de requerimientos básicos, sino que hoy, los esfuerzos deben estar orientados hacia el logro de mayores niveles de independencia de los sujetos de atención del programa.

Cuadro 10.1:

Principales ámbitos de acción propuestos para el Programa de Hogares Protegidos

ÁMBITOS DE ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de la vida diaria:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación</li> <li>- Aseo personal</li> <li>- Vestuario</li> </ul> </li> <li>• Actividades de la vida diaria instrumental:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de medicamentos</li> <li>- Manejo de dinero</li> <li>- Uso del transporte público</li> <li>- Realización de compras</li> </ul> </li> <li>• Actividades para estructurar una rutina               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseo del hogar</li> <li>- Vinculación al grupo de pares, la vida vecinal y comunitaria.</li> <li>- Vinculación a redes institucionales</li> </ul> </li> <li>• Actividades de uso del tiempo libre, según intereses del usuario               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recreación</li> <li>- Deportes</li> <li>- Cultura</li> <li>- Vida social</li> </ul> </li> <li>• Actividades de estimulación vocacional               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación</li> <li>- Trabajo</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración personal

En lo que a vinculación con redes de apoyo concierne, se sugiere, por una parte realizar un catastro de organizaciones públicas y privadas ubicadas dentro del radio de acción del Hospital del Salvador, pero específicamente mediante las cuales se pudiere contribuir en la resolución de aquellas situaciones tipificadas como falentes de la implementación de los hogares protegidos a nivel local.

Por esto es que a continuación se presenta un listado de aquellas entidades que pudieren aportar a la superación –o disminución de los efectos- de las contingencias identificadas como deficitarias a partir del presente estudio:

- Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Instituto de Normalización Previsional (INP)
- Red asistencial Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA)
- Corporación Bresky
- Casa club/Artesanos
- Clubes de integración
- Centros diurnos/Hospital del Salvador
- Iglesias, clubes y organizaciones comunitarias de base
- Organizaciones no gubernamentales
- Universidades, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica
- Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
- Secretaría Regional Ministerial de Planificación y Colaboración (SERPLAC)
- Secretaría Regional Ministerial de Transportes y Telecomunicaciones
- Empresas socialmente responsables
- Cuerpo de Bomberos
- Carabineros de Chile

Como añadidura a lo previamente señalado, se afianza la idea del rol que pueden cumplir los referentes afectivos de los residentes de hogares, como sus familiares y amigos, por lo que se propone hacer hincapié en la incorporación dentro del ideario y planificación, tanto de la Comisión de Hogares Protegidos, como de los propios HC, de la participación de los seres queridos de los usuarios, en especial de aquellos en situación de mayor vulnerabilidad psicosocial.

Para lograrlo será imprescindible, en primer lugar, convencerse del potencial que suponen estas personas en tanto capital humano para la rehabilitación de los habitantes de hogares protegidos y en segundo, encaminar esfuerzos –desde el hospital- hacia el establecimiento/recuperación de contactos con los familiares de éstos, por medio de citaciones a reuniones donde se abordara este tema y de la inclusión de la perspectiva familiar en la toma de decisiones programáticas.

## 10.5 En cuanto a los recursos disponibles:

La información obtenida a través de la observación y de los testimonios de representantes de los actores involucrados en la ejecución del programa de hogares protegidos, señala la existencia de un consenso en el sentido de la ausencia de recursos humanos, económicos y materiales suficientes para responder a las demandas, tanto de sujetos de atención y administradoras, como del propio Ministerio de Salud.

Dicho panorama, -como se vió en el apartado anterior- se traduce en el posicionamiento de un círculo vicioso de incumplimiento de funciones, pues en la medida de no disponer del recurso X para cumplir con la función Y, no será posible cumplir con el objetivo Z y así sucesivamente.

Sin embargo, aún cuando se trate de un intento, la presente propuesta igualmente pretende sensibilizar respecto de la necesidad de incorporar a la Comisión de Hogares Protegidos la labor de un Psicólogo.

La necesidad de gestionar horas específicas para este profesional -exclusivas para el programa de HP- tiene sustento en los resultados de la investigación realizada, siendo los principales ámbitos de intervención de esta disciplina las siguientes:

- Participación en la selección de Administradoras de Hogares Protegidos, mediante la realización de un diagnóstico preliminar.
- Intervención en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de iniciativas interdisciplinarias que beneficien a los sujetos de atención del programa.
- Prestar acompañamiento y servicios de consejería psicosocial, tanto a residentes como a administradoras y cuidadores, tendientes a menguar el estrés aunado a un trabajo/contexto de alta complejidad como éste.
- Realización de actividades grupales orientadas hacia el desarrollo de habilidades sociales de los usuarios del programa, con procedimientos basados en una lógica *interhogares*.

#### 10.6 Rol del Trabajador Social integrante de la Comisión de Hogares Protegidos:

Para el Trabajo Social en tanto disciplina humanista, cuya acción está orientada hacia el abordaje de problemáticas sociales que de las interacciones humanas emergen, el disponer de un respaldo teórico-metodológico en torno a diversas temáticas, implica la organización y basamento en constructos científicos propios de las ciencias sociales, traducidos en intervenciones integrales que la distinguan de acciones sustentadas en acciones de corte mecanicista propias de lógicas de trabajo meramente asistencial.

Por ello es menester subrayar el hecho de que la labor del Trabajador Social debe, estar sustentada en un ordenamiento preliminar que lo distinga del quehacer por sentido común, manifestando con ello la impronta profesional de su accionar.

En este tenor cabe resaltar la importancia, en el caso de la atención profesional al interior del Programa de Hogares Protegidos, de la *investigación social*, particularmente al momento de postular a un usuario del Hospital del Salvador a un HP y a la hora de seleccionar a las personas que se encararán de implementar dichos dispositivos residenciales.

Afianzar el papel de la labor investigativa, será posible en esta propuesta, mediante la adhesión a las pautas aquí presentadas y a la utilización de técnicas de recolección de datos como lo son la observación, la encuesta y la entrevista, desde la fase de diseño y como herramientas de trabajo en las acciones de monitoreo del funcionamiento de los hogares de Valparaíso.

En cuanto a las intervenciones susceptibles de ejecutar por dicho profesional, es destacable la existencia en Trabajo Social de tres líneas de acción para atender las necesidades de las personas originadas por un problema social.

Tales lineamientos ofrecen directrices que se adecuan a las coyunturas de que desea intervenir, teniendo cada una de ellas características metodológicas propias y complementarias entre sí, permitiendo al Trabajador Social acceder a una mirada integral de los fenómenos o situaciones problemáticas y que han de ser intervenidas.

En términos del trabajo en el *nivel de casos*, se propone que el profesional integrante de la Comisión de Hogares Protegidos, a la hora de aplicar la ficha de ingreso de usuarios a estos dispositivos residenciales, realice observaciones y defina –aún de modo preliminar- un plan de trabajo individual, tendiente a superar los *déficit* psicosociales identificados en cada individuo, haciendo hincapié desde el comienzo en afianzar el autoconcepto del usuario y acercar a éste a su familia y seres queridos.

Asimismo, dicho instrumento permitirá conocer la realidad de cada sujeto y por ende, dará paso a la formulación de un diagnóstico social de entrada, el que servirá de guía para la planificación de actividades, en un período de tiempo determinado, bajo la modalidad de metas, que serán comparadas con la situación inicial, en una nueva evaluación, esta vez, en el mediano plazo.

En cuanto al trabajo en el *espectro grupal* se sugiere –de acuerdo tanto a los diagnósticos individuales, como a la motivación e intereses de los usuarios del programa- organizar actividades y/o talleres donde éstos se agrupen en atención a sus denominadores comunes, permitiendo de este modo no sólo estimular las habilidades sociales de los mismo a través de su vinculación a un grupo de pares, sino que fundamentalmente satisfacer sus necesidades de paulatina integración social.

En este tenor, se plantea como alternativas, la realización de paseos y otras actividades recreativas; la ejecución de iniciativas culturales y deportivas que, además de promover el desarrollo de las potencias instrumentales, indirectamente incida en la configuración de un sentido de pertenencia entre ellos, que redundará en el establecimiento de redes de apoyo entre los participantes.

Finalmente, el Trabajo Social *comunitario*, se posiciona como complemento de los precedentes, propendiendo –mediante la socioeducación- al logro de cambios en los ámbitos donde se hallan insertos individuos y grupos.

Es decir, el Profesional se perfila como un puente entre los residentes de Hogares Protegidos y la comunidad donde éstos habitan y, por medio de estrategias de sensibilización buscará educar a la ciudadanía en temas de salud mental y de respeto a los derechos de las personas con discapacidad, especialmente de causa psíquica.

Al mismo tiempo, será el Trabajador Social el encargado de establecer coordinaciones intersectoriales y vínculos de colaboración con el entorno mayor, por medio de la configuración/consolidación de redes de apoyo, teniendo como referente los afanes de reintegración social de las personas con problemas de salud mental.

En definitiva, el disponer de un acervo teórico-práctico permite al profesional, estimular –mediante estrategias resocializadoras- la generación de modificaciones actitudinales en la población, por medio de acciones determinadas por un *enfoque biopsicosocial de la salud*, sustentado en la participación de todos los agentes involucrados a la temática de los hogares protegidos y en la articulación de redes que propendan a la paulatina sensibilización de la comunidad con el tema.

Por ello es que sólo a través del abordaje de la realidad social en los niveles antes desarrollados y en coparticipación con otras disciplinas como la Psicología y la Terapia Ocupacional sería -a juicio quien suscribe- posible lograr los propósitos que motivaron el levantamiento de la presente Propuesta de Mejora y por ende al logro de una resignificación de la enfermedad mental, que redunde en mayores niveles de inclusividad de las personas con problemas de salud mental en general, y en particular de los residentes de hogares protegidos de la zona.

## **REFLEXIONES FINALES**

## REFLEXIONES FINALES

El abordaje y profundización en el ámbito de la salud mental en el marco de la realización del Seminario de Título *ad portas* del inicio de una nueva fase en la vida de la estudiante, marcó sin lugar a dudas un hito en su formación, no sólo profesional, sino que particularmente, humana.

El haber tenido la posibilidad de indagar en uno de los programas emblemáticos del Ministerio de Salud en temas de psiquiatría, permitió a quien suscribe –además de acceder a una realidad de alta complejidad, desconocida para ella- corroborar las implicancias que, en el espacio social de las apariencias, puede adquirir el detentar un perfil *nosotípico*.

La *negación del otro*, evidencia que su facultad de escarmiento es muy baja en comparación a su capacidad de deteriorar.

La enfermedad mental es una realidad en expansión que debe ser abordada y sobre todo enfrentada, como una coyuntura de la que todos somos parte integrante, yendo más allá del mero trabajo sobre su sintomatología –*medicación*–, haciendo hincapié en el derribe de los razonamientos oportunistas y cortoplacistas cuyo único afán es el de relegar a “ese otro” distinto a una *destino axiomático*, disminuyendo con ello su valía e inhibiendo toda posibilidad de mejora.

Por ello es que el llamado es hacia la remoción de consciencias; hacia una *deconstrucción fenomenológica* que permita salir de la somnolencia en que muchos se hallan sumidos; cambiando la mirada, esta vez, sustentada en el reconocimiento de que no hay que buscar culpabilidades, ni condenar a *los locos* al olvido, dando un giro copernicano hacia una actitud de acogida, traducida en acercamientos profesionales constructivistas, propositivos y holísticos, y no soluciones antojadizas de escasa resonancia en la calidad de vida de estas personas, tan habituadas a la *nostalgia de una existencia insular*.

## Textos revisados:

- Ahumada Pedro y otros. “Modelos de Evaluación y Evaluación de Programas”, Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile. 1990.
- Alvira M. Francisco, “Metodología de la Evaluación de Programas: Un Enfoque Práctico” Lumen Ediciones. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- Ballart Xavier, “¿Cómo Evaluar Programas y Servicios Públicos?”, Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid, España. 1992.
- Belvedere Carlos, “De sapos y cocodrilos: La lógica elusiva de la discriminación social”. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina. 2002.
- Berger Peter y Luckmann Thomas, “La Construcción Social de la Realidad”. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires, Argentina. 1968
- Briones Guillermo, “Evaluación de Programas Sociales. Teoría y Metodología de la Investigación Evaluativa”. Editorial Universitaria. Santiago de Chile. 1986.
- Ceberio Marcelo y Linares Juan Luis, “Locura, marginación y libertad”. Ediciones Culturales Universitarias Argentinas. Buenos Aires, Argentina. 2001.
- Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, “Memoria 2000-2005”, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2005.
- Constitución Política de la República de Chile, 1980.
- Decreto con Fuerza de Ley N° 36, 1980.
- Departamento Programas de las Personas, “Estudio Descriptivo y de Impacto de Hogares Protegidos”, Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Chile. Santiago de Chile, 2000.
- Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Hogares Protegidos. Santiago de Chile, 2000.

- Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Rehabilitación Psicosocial para Personas Mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad. Santiago de Chile, 2006.
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, “Invertir en Salud Mental”. Ginebra, Suiza. 2004.
- Derrida Jacques, “La voz y el fenómeno: Introducción al problema del signo en la fenomenología de Husserl”. Editorial Pre-textos. Valencia, España. 1995.
- Foucault Michel, “Los Anormales”. Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires, Argentina. 2001.
- Horton Paul y Hunt Chester, “Sociología” 6ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill. Ciudad de México, México, 1988.
- Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile. “De pacientes a ciudadan@s: Experiencias democratizadoras en salud”. Santiago de Chile, 2003.
- Keller Suzanne, Light Donald y otro, “Sociología” 5ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill. Bogotá, Colombia, 1991.
- Khan M. Masud, “Locura y Soledad: Entre la teoría y la práctica”, Editorial Cuarto Propio. Buenos Aires, Argentina. 1991.
- Lucas C. Ramona, Versión española del WHOQOL. Ediciones Ergon. Madrid, España, 1998.
- Mead George, “Mente, Ser y Sociedad”. Ediciones Phoenix, Universidad de Chicago. Chicago, Estados Unidos. 1967.
- Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile, 2000.
- Murillo Susana, “El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno”. Universidad de Buenos Aires. Bs. As, Argentina, 1996.

- Organización Mundial de la Salud, "Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile", Santiago de Chile. 2006
- Pastén C., Fernando, "Metodología de la Investigación Social". Edeval, 1995.
- Polo, Candido. "Crónicas de Manicomio: Prensa, locura y sociedad", Paidós Ediciones. Barcelona, España. 1999.
- Ritzer George, "Teoría Sociológica Clásica", Editorial Mc Graw-Hill. Bogotá, Colombia. 1993.
- Serrano Claudia y otra, "La función de la Evaluación de las Políticas Sociales en Chile", Asesorías para el Desarrollo. Santiago de Chile, 2002.
- Sierra B. Restituto, "Técnicas de Investigación Social: Teoría y Ejercicios" Thomson Ediciones. Madrid, España. 1997.
- Szasz Thomas, "Ideología y enfermedad mental". Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 1970.
- Van Dijk. Teun, "La ciencia del texto: Un enfoque interdisciplinario", Paidós Ediciones. Barcelona, España. 1992.
- Weiss Carol, "Investigación Evaluativa", Editorial Trillas. Ciudad de México, México. 1975.

#### Artículos:

- Arnold, Marcelo y Rodríguez Darío, "Crisis y cambios en la ciencia social contemporánea". En Revista Estudios Sociales, N° 65. Universidad de Chile. Santiago de Chile, 1990.
- Aroca Alfredo, "Historiografía de la locura en Chile". En Revista Observaciones Filosóficas, Instituto de Filosofía Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Viña del Mar, Chile. 2006.

- Minoletti Alberto, “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia”. En Revista Panamericana de Salud Pública, N° 18. 2005.

Revistas:

- Revista Actualización en Psiquiatría y Psicología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. 2006.
- Revista Chilena de Terapia Ocupacional N° 1, Octubre de 2001. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile, 2001.

Tesis de Pregrado:

- Carretón Claudia, “Evaluación de la participación social de los beneficiarios y sus familias en el Programa de Salud Escolar en la Comuna de San Pedro de la Paz”, Seminario de Título para optar al Título Profesional de Asistente Social y al Grado Académico de Licenciado en Servicio Social. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2003.
- Medina V., Carlem “Significados que le atribuyen los participantes al Programa de Desarrollo Psicomotor del Consultorio Las Torres de Viña del Mar”, Tesis para optar al Título de Trabajadora Social y a la Licenciatura en Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 2007.

Entrevistas realizadas:

- Gagliardo Enzo, Comandante Cuerpo de Bomberos de Valparaíso. (Octubre de 2007)
- Poblete Andrea, Médico Psiquiatra; Encargada Nacional Programas de Rehabilitación Psicosocial, Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud, Chile. (Octubre de 2007)

- Rueda Laura, Terapeuta Ocupacional experta en Ergoterapia en Adultos con Trastornos Psiquiátricos Severos; Docente Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile. (Septiembre de 2007)
- Toledo Lilian, Fonoaudióloga; Docente Coordinadora Unidad de Lenguaje de Adultos, Escuela de Fonoaudiología. Universidad de Chile. (Octubre de 2007)
- Valdebenito Marcelo, Médico Psiquiatra; Jefe Servicios Clínicos de Agudos, Hospital del Salvador, Valparaíso. (Agosto de 2007)

Sitios web consultados:

- [www.bomberos.cl](http://www.bomberos.cl): Sitio oficial del Cuerpo de Bomberos, Chile. (Septiembre de 2007)
- [www.cepal.org](http://www.cepal.org): Sitio oficial de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (Abril de 2007)
- [www.fonadis.cl](http://www.fonadis.cl): Sitio oficial del Fondo Nacional de la Discapacidad, MIDEPLAN, Chile. (Abril y Septiembre de 2007)
- [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl): Sitio oficial del Ministerio de Planificación y Cooperación, Chile. (Abril de 2007)
- [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl): Sitio oficial del Ministerio de Salud, Chile. (Marzo y Septiembre de 2007)
- [www.oms.org](http://www.oms.org): Sitio oficial de la Organización Mundial de la Salud (Abril de 2007)
- [www.supersalud.cl](http://www.supersalud.cl): Sitio oficial de la Superintendencia de Salud, Chile. (Julio de 2007)
- [www.uchile.cl](http://www.uchile.cl): Sitio oficial de la Universidad de Chile. (Agosto de 2007)
- [www.uv.cl](http://www.uv.cl): Sitio oficial de la Universidad de Valparaíso, Chile. (Septiembre de 2007)

## **ANEXOS**



Anexo 1.2  
PAUTA DE OBSERVACIÓN

Hogar Protegido N°	
Fecha	

**PAUTA DE OBSERVACIÓN**

Evaluadora atendida por:	
Número de residentes al momento de la realización de la visita	
Número de habitantes del Hogar Protegido	

<b>HABITABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios Básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua Potable</li> <li>• Alcantarillado</li> <li>• Luz Eléctrica</li> <li>• Gas/Calefacción</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene General</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bueno</li> <li>• Regular</li> <li>• Malo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento General</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobiliario</li> <li>• Electrodomésticos</li> <li>• Otros</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamiento Específico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catres/Colchones</li> <li>• Rampas/Tirantes</li> <li>• Otros</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda Propia</li> <li>• Vivienda Arrendada</li> <li>• Vivienda en Usufructo</li> <li>• Vivienda en Comodato</li> <li>• Vivienda Sucedida</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de la Ciudad</li> <li>• Cerro</li> <li>• Quebrada</li> <li>• Otros</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas verdes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• Regulares</li> <li>• No</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materialidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda de Material Ligero</li> <li>• Vivienda de Material Mixto</li> <li>• Vivienda de Material Sólido</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allegamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>

## Anexo 1.3:

CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN RESIDENTES DE  
HOGARES PROTEGIDOS, PROVINCIA DE VALPARAÍSOPrimera Parte**Antecedentes Personales:**

(Seleccione la alternativa pintando el círculo)

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS		
1. Nombre completo del usuario/a:		
2. Sexo:		
<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> Masculino	
3. R.U.T. del/la residente:		
4. Edad:		
<input type="radio"/> Entre 19 y 24 años	<input type="radio"/> Entre 25 y 29 años	
<input type="radio"/> Entre 30 y 34 años	<input type="radio"/> Entre 35 y 39 años	
<input type="radio"/> Entre 40 y 44 años	<input type="radio"/> Entre 45 y 49 años	
<input type="radio"/> Entre 50 y 54 años	<input type="radio"/> 55 años y más	
5. Estado Civil:		
<input type="radio"/> Soltero/a		
<input type="radio"/> Casado/a		
<input type="radio"/> Separado/a		
<input type="radio"/> Divorciado/a		
<input type="radio"/> Viudo/a		
6. Existencia de hijos/as: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
7. Existencia de redes de apoyo familiar:		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
8. Es visitado/a en el Hogar Protegido:		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> OCASIONALMENTE	<input type="radio"/> NO
9. Vínculo con la/s persona/a que lo/a visita/n:		
<input type="radio"/> Familiar		
<input type="radio"/> Amigo/a		
<input type="radio"/> Otro		
10. Frecuencia de las visitas:		
<input type="radio"/> 1 o más veces por semana		
<input type="radio"/> Cada 15 días		
<input type="radio"/> Una vez al mes		

	<input type="radio"/> Otros (especifique)	
11. En caso de emergencia contactar a:		
Fono:		
12. Religión:	<input type="radio"/> Católica <input type="radio"/> Protestante <input type="radio"/> Agnóstico/a <input type="radio"/> Ateo/a <input type="radio"/> Otra (especifique)	
13. Lugar de procedencia del/la usuario/a:	<input type="radio"/> Región de Valparaíso <input type="radio"/> Otras regiones del país (especifique)	
14. Situación social previa a la incorporación al Hogar Protegido:	<input type="radio"/> Usuario/a vivía con familiares o seres queridos <input type="radio"/> Disfunción familiar <input type="radio"/> Situación de abandono <input type="radio"/> Mendicidad <input type="radio"/> Otros (especifique)	
15. Antecedentes de ciclos de Violencia Intrafamiliar:		
	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> OCASIONALMENTE <input type="radio"/> NO
16. Tipo de Violencia:	Activa	Pasiva
	<input type="radio"/> Física	<input type="radio"/> Descuido
	<input type="radio"/> Psicológica	<input type="radio"/> Abandono
	<input type="radio"/> Sexual	

**ANTECEDENTES DE SALUD**

17. Ficha clínica n°:		
18. Diagnóstico médico actual:		
19. Antecedentes en la especialidad desde el año:		
20. Previsión de Salud:	<input type="radio"/> FONASA	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D
21. Usuario/a del Programa de Hogares Protegidos desde el año:		
22. Residente en Hogar Protegido N°	desde el año:	
23. Tratamiento Farmacológico al día:		

SI     REGULARMENTE     NO

24. Actualmente, ¿Está incorporado en alguna iniciativa de rehabilitación psicosocial?:  
 SI     NO

25. Especifique actividad y frecuencia de su participación en ella:

26. En la actualidad, ¿Participa de alguna iniciativa en el espacio comunitario?:  
 SI     OCASIONALMENTE     NO

27. Tipo de actividad:  
 Laboral  
 Religiosa  
 Deportiva/Recreativa  
 Social  
 Otras (especifique)

28. Antecedentes de dolencias de salud física:  
 SI     NO

29. Especifique:

30. Actualmente, ¿Sufre de algún problema de salud física?  
 SI     NO

31. Especifique:

32. Dicha dolencia se encuentra en la actualidad bajo control médico o farmacológico:  
 SI     NO

33. Especifique:

34. Últimamente, ¿Se ha realizado un chequeo médico general? (APS)  
 SI     NO

35. Especifique fecha aproximada:  
 Durante el año 2006     Durante el año 2007

36. Hábito tabáquico:  
 SI     NO

37. Frecuencia aproximada del consumo:  
 Entre 1 y 5 cigarrillos por día  
 Entre 6 y 10 cigarrillos por día  
 Entre 11 y 15 cigarrillos por día  
 Más de 15 cigarrillos por día

38. Antecedentes de consumo de drogas, alcohol u otras sustancias:  
 SI     NO

39. Especifique tipo de consumo:  Alcohol  
 Drogas

- Alcohol y drogas
- Otros (especifique)

40. Especifique frecuencia del consumo:

#### ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

41. Situación previsional:
- Beneficiario/a de Pensión Asistencial DL 869
  - Beneficiario/a de otro tipo de subsidio gubernamental
  - Otra (especifique)

42. Ingresos mensuales:

Monto aproximado

- Residente no percibe ingresos
- Entre \$1.000.- y \$20.000.-
- Entre \$21.000.- y \$40.000.-
- Entre \$41.000.- y \$60.000.-
- \$61.000.- y más.

43. Procedencia de ingresos mensuales regulares:

- Pensión Asistencial DL 869
- Otros subsidios del Estado
- Actividades remuneradas realizadas por el residente
- Aportes familiares
- Otra (especifique)

44. Otras fuentes de ingresos mensuales:

- SI       OCASIONALMENTE       NO

45. Especifique procedencia de los ingresos adicionales:

- Trabajos ocasionales
- Préstamos
- Mendicidad/Macheteo
- Otra procedencia

#### ANTECEDENTES EDUCACIONALES

46. Residente sabe leer y escribir:

- SI       NO

47. Educación Básica del/la residente:

- No accedió a Educación Básica
- Educación Básica Incompleta
- Educación Básica Completa
- Otra (especifique)

48. Educación Media del/la residente:

- No accedió a Enseñanza Media
- Enseñanza Media Científico Humanista Completa
- Enseñanza Media Técnico Profesional Incompleta
- Enseñanza Media Técnico Profesional Completa

49. Educación Superior del/la residente:

- No accedió a Educación Superior
- Técnico de Nivel Superior Incompleto
- Técnico de Nivel Superior Completo
- Universitaria Incompleta
- Universitaria Completa

50. ¿Posee usted algún otro tipo de capacitación? (especifique)

- SI
- NO

## Anexo 1.4:

## PAUTAS DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS

## 1.3.1 Residentes de Hogares Protegidos:

1. ¿Cómo se siente desde que ingresó al Hogar Protegido, percibe algún cambio en su salud? ¿Cómo se siente consigo mismo/a en la actualidad?
2. ¿Cómo es su relación con el personal del Hogar, sus compañeros/as y los profesionales del Hospital del Salvador?
3. ¿Cómo se distribuyen las tareas domésticas al interior del Hogar? ¿Cuál es la que usted prefiere realizar? ¿Es reconocido/a cuando lo hace bien?
4. ¿Se siente satisfecho con la atención que recibe tanto en el Hogar Protegido, como por el personal del Hospital del Salvador? ¿Siente que se preocupan de usted?
5. Actualmente usted, ¿Trabaja o participa de alguna actividad significativa para usted y que le permita sentirse más activo/a y autónomo/a?
6. ¿Qué opina del día a día en el Hogar? ¿Se siente querido/a y respetado/a? ¿Siente que puede contar con su Cuidadora y sus compañeros? ¿Se siente valorado/a por los demás?
7. ¿Hay algo que le desagrade del Hogar o de las personas con las que comparte a diario? ¿Qué podría comentarme en ese sentido, alguna mala experiencia?
8. Actualmente, ¿Hacia dónde se orienta su proyecto de vida personal, tiene algún sueño por realizar?
9. Específicamente, ¿Cuáles son hoy sus expectativas en torno al Hogar, la Cuidadora y los Profesionales del Hospital del Salvador?
10. Finalmente, a su juicio qué ha sido lo mejor de su vida en el Hogar Protegido, ¿Qué ha significado para usted vivir en él? ¿Qué es lo que usted destaca de la experiencia?

## 1.3.2 Administradoras de Hogares Protegidos:

1. ¿Qué la motivó a dedicarse a esta labor?
2. Si usted pudiera situarse desde fuera del Hogar, ¿Qué me diría de él?
3. ¿Cómo estimula el desarrollo, rehabilitación psicosocial y la autonomía de sus residentes?
4. ¿Qué hace usted como Administradora para acercar a los usuarios/as a sus familias y a la comunidad donde ustedes residen?
5. ¿Cómo evalúa el funcionamiento del Hogar Protegido que encabeza?, ¿Cree que dispone de los recursos suficientes para hacer un buen trabajo?
6. Si pudiera hacer una propuesta a la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital, ¿En qué sentido sería?
7. Si tuviera que realizar una autocrítica a su gestión como Administradora ¿Cuál cree usted que es su principal falencia?
8. Si hubiera que reconocer algún mérito en términos de la recuperación –o avances- de un paciente asociado al ingreso al Hogar ¿Qué me comentaría?
9. Tras años en este trabajo ¿Cómo se siente con lo que hace...ha significado para usted algún cambio personal?
10. ¿Cuál es su expectativa de cara al futuro en torno a su Hogar y sus habitantes?

## 1.3.3 Comisión de Hogares Protegidos:

1. ¿Cómo se siente al formar parte de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador?
2. Francamente, ¿Cuál es su opinión respecto de la existencia y el funcionamiento actual de los mismos?
3. Si pudiera hacer una crítica o subrayar los principales escollos administrativos para la ejecución del Programa, ¿Hacia adónde apuntarían?
4. Desde el punto de vista terapéutico, ¿Cuál es su percepción de la moción que suponen los Hogares Protegidos?
5. Si tuviéramos que hablar de resultados de estos años de Hogares Protegidos en Valparaíso ¿Las cuentas serían positivas, regulares o negativas?
6. Si pudiera hacer algún reparo al funcionamiento de la Comisión, ¿En qué sentido lo realizaría?
7. Durante el tiempo que usted forma parte del Equipo ¿Cuál ha sido, a su juicio el mayor logro en lo que atañe a mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de HC?
8. ¿Cómo se vincula la Comisión de Hogares Protegidos con las distintas redes sociales para sensibilizarlas respecto de temas de salud mental?
9. Si usted dispusiera de una mayor cantidad de recursos para implementar un programa de estas características ¿Hacia dónde los orientaría?
10. ¿Cuál es su expectativa en relación, tanto a la Comisión de la que forma parte, como del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso y San Antonio?

Anexo 1.5



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO-SAN ANTONIO  
HOSPITAL DEL SALVADOR



CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente procedimiento la Alumna Seminarista de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, Srta. Victoria Chalot N. respaldará la voluntad de los residentes de Hogares Protegidos de la Provincia de Valparaíso por participar de la aplicación de cuestionarios y realización de entrevistas para la evaluación de dicho programa.

En Valparaíso/San Antonio, a.....de.....del año 2007.

Yo,.....  
Cédula de Identidad N°..... y residente del Hogar Protegido N°.....de la Comuna de.....

Manifiesto mi interés por participar y declaro haber sido informado/a por la estudiante de las características del procedimiento a realizar, en el que se resguardará la confidencialidad de la información obtenida y cuya utilización será de uso exclusivo de Victoria Chalot N., en tanto evaluadora del Programa de Hogares Protegidos a nivel provincial.

.....  
Nombre y Firma de la Solicitante

.....  
Nombre, Cédula de Identidad y  
Firma de quien conciente.



Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

**Enzo Gagliardo Leiva**, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

NOMBRE : Raquel Castro C.  
R.U.T. : 6.894.665-4  
DOMICILIO COMERCIAL : Atalaya 147, Playa Ancha, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 02 extintores PQS Tipo ABCD, de los cuales uno se encuentra con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Probable, por existir una carga moderada de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Media, por colindar en forma indirecta con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.



### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto de dos pisos, edificación construida en un terreno no aislado.

El establecimiento cuenta con un sólo acceso principal hacia la Calle Atalaya.

Ingresando por el acceso principal, se encuentra un pasillo largo que nos lleva al final de la casa con salida al patio, este presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, entrando e inmediatamente a la izquierda tenemos el living comedor situado en el primer nivel en donde encontramos una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas, exceptuando los baños que poseen modificaciones menores. Después del living comedor tenemos un dormitorio, en su interior se observa un calefactor a gas licuado con su regulador defectuoso y su manguera sin abrazaderas, seguimos por el pasillo y al lado tenemos la cocina, un hall, un cuarto de planchado a su vez tenemos el calefón, donde se aprecia una instalación eléctrica deficiente fabricada con cable paralelo fuera de norma (corresponde cable de 1.5 mm NYA), a continuación tenemos un baño y la salida al patio que es una especie de terraza techada, sin salidas de emergencias con piso no sólido forrado con madera enchapada mas bien endeble, donde se ubica un televisor energizado con alargadores fabricado con cable paralelo que no cumplen la norma eléctrica.

Entrando hacia el sector derecho se encuentra el acceso al segundo nivel, con un ancho de caja escala de 0.81 mts, escala de madera, forrada con cubre piso muy inclinada y sin antideslizante, la persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento, esta escala nos conduce al segundo piso que por un pasillo nos conduce a tres dormitorios y un baño, en el pasillo se encuentra un extintor no operativo en malas condiciones sin funcionar, los dormitorios se encuentran con su correspondiente iluminación y con su sistema eléctrico operativo, tanto en el primer como en el segundo nivel, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que existen ciertos tramos instalados con cable fuera de norma, a pesar de esto posee protecciones sectorizadas y además una protección diferencial. El segundo nivel no cuenta con salida de escape en caso de emergencia y las ventanas y puerta de salida se encuentran clausuradas y cerradas con rejas instaladas por el exterior, al igual que las ventanas del primer nivel, las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior en el primer nivel se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

La construcción no cuenta con escaleras externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, de los dos extintores, solo uno se encuentra operativo.



**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

.....  
V° B° Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT\*rsb.-

D.P.I. N° \_\_\_\_\_/  
cc.- Archivo Comandancia



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

Nº 018 /

Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

*Enzo Gagliardo Leiva, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:*

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : Beatriz Pizarro S.  
R.U.T. : 5.334.228-0  
DOMICILIO COMERCIAL : Avda. Playa Ancha 381, Playa Ancha, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 02 extintores PQS Tipo ABCD, de los cuales ambos se encuentran con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Probable, por existir una gran carga de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Alta, por colindar en forma directa con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.

### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto (madera) de dos pisos, edificación construida en un terreno no aislado, pareado.

231



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

El establecimiento cuenta con un solo acceso principal hacia la Av. Playa Ancha, situado en un segundo piso en un desnivel de 2.5 Mts sobre el nivel de la acera.

Ingresando por el acceso principal que abre hacia adentro, nos encontramos con una escala de madera sin antideslizante y con su pasa manos en mal estado, al final de la escala tenemos el living y el comedor dentro de la misma habitación, luego se encuentra un pasillo largo con 0.9 mts de ancho que nos lleva al final de la vivienda con habitaciones a la derecha y a la izquierda, salida de emergencia habilitada desemboca al patio en nivel con zona de seguridad demarcada, la persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento.

El pasillo principal de la casa habitación presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, a la derecha tenemos tres habitaciones mas el baño, este se encuentra con un enchufe desmotado de su base y con los cables a la vista, y a la izquierda otras tres habitaciones, siendo una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas. Frente al Baño tenemos la Cocina, por el lado izquierdo del ultimo tramo del pasillo nos encontramos con un dormitorio con su instalación eléctrica defectuosa, estos se encuentran con su correspondiente iluminación operativa, todas las puertas de acceso a los dormitorios se abren hacia adentro, adosado a una muralla del Hall central se ubica un extintor en buenas condiciones de funcionamiento, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que existen tramos instalados con cable fuera de norma y cajas de derivación con cables a la vista, a pesar de esto posee tres protecciones sectorizadas y una protección diferencial, además se aprecia una instalación eléctrica deficiente fabricada con cable paralelo y caleco a la vista fuera de norma en el sector del patio (corresponde cable de 1.5 mm NYA), cabe destacar que en la mitad del tramo del pasillo principal, se observa la muralla separada del techo lo que nos demuestra un deterioro en la construcción de adobe.

Las ventanas se encuentran sin rejas instaladas, las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior en el primer nivel se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.

La construcción no cuenta con escaleras externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, los extintores se encuentran operativos, funcionando con fecha de mantención al día.



**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

Vº Bº Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT

D.P.I. N° \_\_\_\_\_  
cc.- Archivo Comandancia



Nº 0161

Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

*Enzo Gagliardo Leiva, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:*

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : Norma García O.  
R.U.T. : 6.938.086-7  
DOMICILIO COMERCIAL : Irarrázabal 488, Playa Ancha, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 02 extintores PQS Tipo ABCD, de los cuales ambos se encuentran con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Probable, por existir una carga moderada de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Media, por colindar en forma indirecta con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.

### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto de dos pisos, edificación construida en un terreno no aislado.

El establecimiento cuenta con un solo acceso principal hacia la Calle Irarrázabal.



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

*Ingresando por el acceso principal, se encuentra una terraza y a la derecha la Lavandería, al entrar tenemos el living comedor este presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, inmediatamente a la izquierda tenemos un Hall situado en el primer nivel en donde encontramos una casa habitación normal con algunas modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas, y los baños que poseen modificaciones menores. Después del hall tenemos un dormitorio bastante grande, en su interior se observa adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, por el otro extremo del Living Comedor tenemos la cocina, un hall, a continuación tenemos el acceso al segundo nivel en donde tenemos cuatro dormitorios.*

*El acceso al segundo nivel, con un ancho de caja escala de 0.81 mts, escala de madera, forrada con cubre piso muy inclinada y sin antideslizante, la persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento, esta escala nos conduce al segundo piso que por un pasillo este presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia no operativa en malas condiciones, este pasillo nos conduce a cuatro dormitorios y un baño, en el pasillo se encuentra un extintor operativo en condiciones de funcionamiento, los dormitorios se encuentran con su correspondiente iluminación y con su sistema eléctrico operativo, excepto uno que cuenta con un alargador fabricado con cable paralelo no cumpliendo la norma eléctrica, tanto en el primer como en el segundo nivel, la instalación eléctrica se encuentra bajo la norma ya que existen ciertos tramos instalados con cable fuera de norma, a pesar de esto posee protecciones sectorizadas y además una protección diferencial, incluyendo una protección diferencial en la Lavandería. El segundo y el primer nivel cuentan con salida de escape en caso de emergencia y las ventanas y puerta de salida se encuentran habilitadas, al igual que las ventanas del primer nivel, las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior en el primer nivel se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.*

*La construcción cuenta con escaleras externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, los dos extintores se encuentran operativos.*



**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

V° B° Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT\*

D.P.I. N° \_\_\_\_\_  
cc.- Archivo Comandancia



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

N° 0111

Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

**Enzo Gagliardo Leiva**, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : Ana Bastias S.  
R.U.T. : 7.301.535-9  
DOMICILIO COMERCIAL : Levarte 263, Playa Ancha, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 02 extintores PQS Tipo ABCD, de los cuales dos se encuentran con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Probable, por existir una gran carga de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Alta, por colindar en forma directa con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.

### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto (adobe) de un piso, edificación construida en un terreno no aislado, pareado.

2 = 3  
235



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

El establecimiento cuenta con un solo acceso principal hacia la Calle Levarte.

Ingresando por el acceso principal, se encuentra un pasillo largo que nos lleva al final de la casa con salida al patio tipo cite con habitaciones tanto a la derecha como a la izquierda, dicho pasillo presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, entrando e inmediatamente a la izquierda tenemos el living comedor situado en el primer nivel en donde encontramos una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas. Después del living comedor tenemos cinco dormitorios, tres a la derecha y dos inmediatamente después del living comedor, cada uno con luminarias de emergencia en malas condiciones sin funcionar, seguimos por el pasillo y al final tenemos la cocina, a la vista un extintor no operativo vencido en malas condiciones y sin funcionar, a continuación tenemos un baño con su instalación eléctrica defectuosa interruptores desprendidos, cables eléctricos a la intemperie, enchufe desarmado y desmontado con sus cables a la vista y la salida al patio sin salidas de emergencias con piso sólido, al salir al patio se encuentra una pequeña escala sin antideslizante.

La persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento, los dormitorios se encuentran con su correspondiente iluminación y con su sistema eléctrico operativo, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que existen problemas evidentes en el sector del baño, a pesar de esto posee protecciones sectorizadas (3) y además una protección diferencial. En caso de emergencia las ventanas cerradas con rejas instaladas por el exterior, las puertas de todas las piezas incluyendo la de la salidas al exterior se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.

La construcción no cuenta con salidas externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, de los dos extintores, los dos se encuentran operativos.

  
**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

.....  
Vº Bº Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT\*rsb

D.P.I. N° \_\_\_\_\_/  
cc.- Archivo Comandancia



Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

*Enzo Gagliardo Leiva*, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : *Ema García O.*  
R.U.T. : 8.368.425-9  
DOMICILIO COMERCIAL : *Av. Gran Bretaña 780, Playa Ancha, Valparaíso.*  
ACTIVIDAD COMERCIAL : *Hogar de Cuidados Enfermos Mentales.*

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ *Sin Red húmeda.*
- ❖ *01 extintor PQS Tipo ABCD, de los cuales se encuentra con fecha de mantención al día*

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) *Propia del local* : *Probable, por existir una gran carga de combustible.*
- b) *Desde y hacia edificios colindantes* : *Alta, por colindar en forma directa con otras edificaciones.*

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

*No se cuenta con Anexo 1 SEC.*

### DESCRIPCIÓN:

*El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto (adobe) de un piso, edificación construida en un terreno no aislado, pareado.*

*El establecimiento cuenta con un solo acceso principal hacia la Av. Gran Bretaña.*

*Ingresando por el acceso principal, se encuentra un pasillo largo que nos lleva a la entrada de la casa ubicada en un subterráneo de la casa principal a nivel de la*

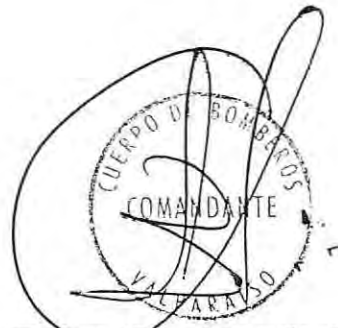


CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

acera, entrando tenemos un Hall que presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, inmediatamente tenemos tres dormitorios, cocina y baño en donde encontramos una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas. Después del Hall tenemos un dormitorio a la derecha, cocina, dos dormitorios e inmediatamente después un Baño, solo un dormitorio cuenta con luminaria de emergencia y esta se encuentra en malas condiciones sin funcionar, a continuación tenemos un baño con su instalación eléctrica defectuosa interruptores desprendidos, cables eléctricos a la intemperie, enchufe desarmado y desmontado con sus cables a la vista, sin salidas de emergencias, al salir al patio se encuentra una pequeña escala sin antideslizante.

La persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento, los dormitorios se encuentran con su correspondiente iluminación y con su sistema eléctrico operativo, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que existen problemas evidentes en el sector del baño y dormitorio. Las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.

La construcción no cuenta con salidas externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia.



**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

Vº Bº Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTI

D.P.I. N° \_\_\_\_\_/  
cc.- Archivo Comandancia



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

Nº 013.

Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

**Enzo Gagliardo Leiva**, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : Claudia Núñez C.  
R.U.T. : 13.432.176-8  
DOMICILIO COMERCIAL : Merino Jarpa 541, Playa Ancha, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

.....

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 04 extintores PQS Tipo ABCD, de los cuales uno se encuentra con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Poco Probable, por existir una carga moderada de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Baja, por no colindar en forma directa con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.

### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material sólido de dos pisos, edificación construida en un terreno aislado.

239

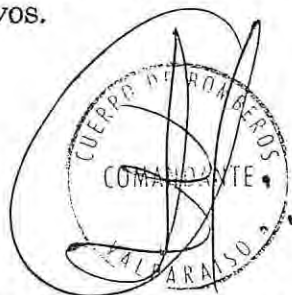


CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

El establecimiento cuenta con dos accesos, uno de ellos hacia la Calle Merino Jarpa y el otro hacia el patio trasero.

Ingresando por el acceso principal, se encuentra el living situado en el primer nivel en donde encontramos una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas, hacia el sector derecho se encuentra el comedor, este presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones, inmediatamente después y a la derecha se encuentra el baño del primer nivel, hacia la izquierda se encuentra la cocina y a su vez la salida al patio trasero, la persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento, a continuación y en la mitad del primer nivel se encuentran el acceso al segundo nivel por medio de una escala de madera que conduce al segundo piso que por un pasillo nos conduce a tres dormitorios y un baño, en el pasillo se encuentra adosado a una muralla una luminaria de emergencia en malas condiciones sin funcionar, los dormitorios se encuentran sin iluminación y con su sistema eléctrico defectuoso, tanto en el primer como en el segundo nivel, interruptores desprendidos, cables eléctricos a la intemperie, enchufes desarmados y desmontados con sus cables a la vista, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que no posee protecciones sectorizadas y tampoco posee protecciones diferenciales. El segundo nivel no cuenta con salida de escape en caso de emergencia y las ventanas y puerta de salida al balcón se encuentran clausuradas y cerradas con rejas instaladas por el exterior, al igual que las ventanas del primer nivel, las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior en el primer nivel se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia. La salida al exterior por la puerta posterior de la cocina comunica al patio y por el costado inferior por medio de un pasillo nos conduce al acceso principal por el frontis de la estructura y por el patio al costado superior del terreno nos lleva a un estacionamiento que comunica a su vez con la salida a la calle Merino Jarpa y la puerta del acceso principal.

La construcción no cuenta con escaleras externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, de los cuatro extintores, tres no se encuentran operativos.



**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

V° B° Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT\*rsb.-

D.P.I. N° \_\_\_\_\_  
cc.- Archivo Comandancia

240



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

Nº 012

Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

*Enzo Gagliardo Leiva, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:*

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : Marcela Aguilera  
R.U.T. : 8.928.844-4  
DOMICILIO COMERCIAL : Levarte 10, Playa Ancha, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 01 extintor PQS Tipo ABCD, de los cuales se encuentra con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Probable, por existir una gran carga de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Alta, por colindar en forma directa con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.

### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto (madera) de un piso, edificación construida en un terreno no aislado, pareado.

El establecimiento cuenta con un solo acceso principal hacia la Calle Levarte, situado en el segundo piso sobre un local comercial (Carnicería).

Ingresando por el acceso principal, nos encontramos con una escala de madera sin antideslizante y con su pasa manos en mal estado, al final de la escala tenemos una reja que abre hacia adentro y luego se encuentra un pasillo largo con 1.05 mts de ancho en forma de "L" que nos lleva al final de la vivienda con habitaciones en el primer tramo del pasillo a la



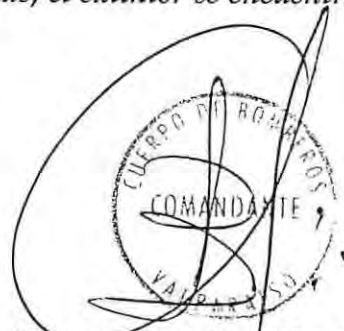
CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

derecha y en el segundo tramo del pasillo a la derecha y a la izquierda, salida de emergencia habilitada desemboca al patio del primer nivel con zona de seguridad demarcada con salida al exterior, la persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento.

El pasillo principal de la casa habitación presenta adosado a una muralla una luminaria de emergencia funcionando en buenas condiciones y además un extintor operativo, entrando e inmediatamente a la derecha tenemos el living comedor en donde encontramos una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas. Después del living comedor tenemos la cocina, en su interior se observa el regulador de gas de la cocina defectuoso y su manguera sin abrazaderas, a continuación tenemos un baño, por el lado izquierdo del último tramo del pasillo nos encontramos con tres dormitorios, estos se encuentran con su correspondiente iluminación y con su sistema eléctrico operativo, adosado a una muralla del dormitorio central se ubica una luminaria de emergencia en malas condiciones sin funcionar, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que existen tramos instalados con cable fuera de norma, a pesar de esto posee una protección sectorizada y una protección diferencial, además se aprecia una instalación eléctrica deficiente fabricada con cable paralelo y caleco a la vista fuera de norma (corresponde cable de 1.5 mm NYA)

Las ventanas se encuentran clausuradas y cerradas con rejas instaladas por el exterior, las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior en el primer nivel se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.

La construcción cuenta con escaleras externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, el extintor se encuentra operativo, funcionando con fecha de mantención al día.



**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

Vº Bº Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT\*rsb

D.P.I. N° \_\_\_\_\_  
cc.- Archivo Comandancia



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

Nº 015 /

Valparaíso, 25 de Octubre de 2007.-

## INFORME TÉCNICO

*Enzo Gagliardo Leiva*, Comandante del Cuerpo de Bomberos de Valparaíso, que suscribe, certifica que Personal Técnico del Departamento de Prevención e Investigación de Incendios, inspeccionó la dependencia señalada:

Hogar que albergan personas con trastornos psiquiátricos severos, dependientes del Hospital del Salvador, siendo su tutela de responsabilidad del Dr. Ulises Ríos.

REPRESENTANTE LEGAL : Carol Orellana S..  
R.U.T. : 10.996.336-4  
DOMICILIO COMERCIAL : Cuesta El Roble 925, San Roque, Valparaíso.  
ACTIVIDAD COMERCIAL : Hogar de Cuidados Enfermos Mentales

---

### MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS:

- ❖ Sin Red húmeda.
- ❖ 02 extintores PQS Tipo ABCD, de los cuales ambos no se encuentran con fecha de mantención al día

### GRADO DE PELIGROSIDAD DE INCENDIOS:

- a) Propia del local : Probable, por existir una carga moderada de combustible.
- b) Desde y hacia edificios colindantes : Media, por colindar en forma indirecta con otras edificaciones.

### ESTADOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

No se cuenta con Anexo 1 SEC.



CUERPO DE BOMBEROS VALPARAISO  
COMANDANCIA

### DESCRIPCIÓN:

El establecimiento está constituido por una edificación de material mixto de dos pisos, edificación construida en un terreno no aislado.

El establecimiento cuenta con un solo acceso principal hacia la Calle Cuesta El Roble.

Ingresando por el acceso principal, se encuentra el Living Comedor, en un costado un dormitorio, al lado opuesto la cocina, un baño, la salida al patio, el primer nivel no cuenta con luminaria de emergencia ni con extintor, el primer nivel encontramos una casa habitación normal sin modificaciones especiales para el cuidado de pacientes con sus facultades mentales perturbadas. Después del living comedor tenemos un dormitorio, en su interior se observa una instalación eléctrica deficiente fabricada con cable paralelo fuera de norma, (corresponde cable de 1.5 mm NYA), a continuación tenemos un baño y la salida al patio cementado.

Entrando hacia el sector izquierdo se encuentra el acceso al segundo nivel, con un ancho de caja escala de 0.87 mts, escala de madera, sin antideslizante, la persona que nos atiende no nos muestra los permisos ni los planos del establecimiento, esta escala nos conduce al segundo piso que por un pasillo nos conduce a tres dormitorios y un baño, en el pasillo se encuentra adosado a la muralla una luz de emergencia funcionando en buenas condiciones y un extintor no operativo en malas condiciones sin funcionar, los dormitorios se encuentran con su correspondiente iluminación y con su sistema eléctrico operativo, tanto en el primer como en el segundo nivel, la instalación eléctrica no se encuentra bajo la norma ya que existen ciertos tramos instalados con cable fuera de norma, a pesar de esto posee siete protecciones sectorizadas y además una protección diferencial. El segundo nivel no cuenta con salida de escape en caso de emergencia y las ventanas y puerta de salida se encuentran clausuradas y cerradas con rejas instaladas por el exterior, al igual que las ventanas del primer nivel, las puertas de todas las piezas incluyendo la de las salidas al exterior en el primer nivel se abren hacia adentro conteniendo a los ocupantes en caso de emergencia.

La construcción no cuenta con escaleras externas para evacuación y no cuenta con plan de emergencia. Por otro lado, de los dos extintores, ninguno se encuentra operativo.

Vº Bº Inspector Jefe  
Depto. De Prevención de Incendios  
EGL\*CTT\*

D.P.I. N° \_\_\_\_\_/  
cc.- Archivo Comandancia

**Enzo Gagliardo Leiva**  
COMANDANTE

244

Anexo 1.7

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS, ORGANIZADAS SEGÚN DIMENSIÓN Y ACTOR

DIMENSIÓN CONTEXTOS	CRITERIO	PREGUNTA	ACTOR	RESPUESTA
INSUMOS	IDONEIDAD ADMINISTRADORAS DE HOGARES PROTEGIDOS	¿Qué la motivó a dedicarse a esta labor?	Administradora 1	<i>Primero que yo trabajé cualquier año con abuelos y de ahí a la jefa que yo tenía se le presentó la posibilidad de trabajar con psiquiátricas, entonces como ella no podía estar en todas dijo "voy a tener que renunciar a uno" y además no podía recibir a los chiquillos porque tenía hijos chicos entonces dijo "voy a presentar la renuncia" y yo sí podía porque estaba con mi hija...mi hija me la cuidaba mi cuñada y no tenía problema pob...entonces ahí me propusieron a mí que me quedara con el grupo entonces...lo pensé y lo pensé...y me dieron al grupo y yo acepté y de ahí que estoy con los chiquillos.</i>
			Administradora 2	<i>Yo creo que ver a mi mamá fue uno de los primeros incentivos, o sea mi mamá yo tenía 13 años cuando ella empezó a trabajar con hogar protegido, tonce me gustó lo que hacía ella... me di cuenta que tenía como la capacidad para trabajar yo también y lo vi como un trabajo.</i>
		Si usted pudiera situarse desde fuera del Hogar, ¿Qué me diría de él?	Administradora 1	<i>Yo le diría ehbb...como decirle...que los chiquillos a pesar de su enfermedad son bien inteligentes ehh...la mayoría de este hogar, usted lo ve, son antovalentes bueno...no vamos a decir que todos pero sí un 70%...sí son 2 no más los que más necesitan de mí y tampoco tienen tanta parte infeliz...es muy poco...hablamos de todo y en general ellos se dan cuenta de todo lo que está pasando.</i>
			Administradora 2	<i>A ver...como vecino pensaría que los pacientes andan mal arreglados, eso. Eso más que nada, mal apariencia Y los tienen miedo, temor.</i>
				<i>Y ese temor usted lo presume o ha sido manifestado de alguna forma.</i>
				<i>Nooo, lo han manifestado, por eso cuando llegamos acá al sector, los acompañe yo al negocio, los presenté...cosa que los voyan conociendo.</i>
				<i>Y en ese sentido, ¿ha recibido algún reclamo?</i>

	<p style="text-align: center;">IDONEIDAD COMISIÓN DE HOGARES PROTEGIDOS</p>	<p>Qué opina del día a día en el Hogar? ¿Se siente querido/a respetado/a? ¿Siente que cuenta con la cuidadora/compañeros? ¿Se siente valorado/a?</p> <p>Si pudiera hacer una crítica o subrayar los principales escollos administrativos para la ejecución del Programa, ¿Hacia adónde apuntarían?</p>	<p>Residente 1</p> <p>Residente 2</p> <p>Residente 3</p> <p>Profesional 1</p> <p>Profesional 2</p>	<p><i>En realidad por los varones no sino que por las damas, porque ellas son... un poco más complicadas, porque son más agresivas, tienden a decir malas palabras, tence por cualquier cosa que le dicen, porque como aquí el barrio no es muy... la gente que anda por acá, la gente que trabaja en el cementerio, son como bien buenos para el alcohol y todas esas cosas, entonces, tienden a decirte piropos a mis chiquillas, entonces ellas se defienden, entonces por ahí... distinto que con los chiquillos.</i></p> <p><i>Sí, la cuidadora sí pero a veces hay pacientes que hablan mal de nosotros, yo creo que por envidia de la G y yo, dicen que si vamos a vivir juntos vamos a andar como el perro y el gato y puras cosas así andan hablando.</i></p> <p><i>Me siento respetado por algunas personas no más, o sea igual yo veo a la cuidadora como una persona extraña...</i></p> <p><i>Sí, todo bien... me siento muy agradecida, muy conforme. De repente eso de que me valoran, me tiran pa arriba.</i></p> <p><i>Yo creo que, básicamente tiene que ver con la falta de personal a cargo de la administración, porque la comisión de hogares protegidos está formada por 4 personas, dentro de las cuales sólo 2 cuentan con un horario para esta comisión y que igual así cumplen funciones en otras unidades, donde la demanda que reciben ellos es superior a la que tienen destinada. ...</i></p> <p><i>...por lo tanto, es muy difícil poder repartir las horas para poder cumplir con todas las actividades que se esperan de uno en este hospital y yo creo que... la administración de la comisión, requiere de un equipo dedicado a eso y que cuente con un espacio realmente destinado a eso, no como ahora, que cuando el equipo pretende reunirse, hay reuniones clínicas, situaciones de emergencia que hay que tratar... hay familiares que están esperando para conversar contigo y no hay un horario en que realmente se pueda decir "este es el horario de los hogares protegidos y trabajamos exclusivamente en esto"... cuesta mucho.</i></p> <p><i>Yo creo que en el tema de las platas de repente ehh... se transforma en una situación un poco engorrosa, en el sentido de que somos dos personas las autorizadas para firmar giros... giros que son las platas con las que los pacientes pueden acceder a comprar ciertos artículos para satisfacer ciertas necesidades... eso de repente es un poco engoroso, porque no es tan expedito como quizás debería ser, y porque finalmente... a ver... se hacen de un modo independiente al de nosotros, porque ellos no administran su plata.</i></p>
--	---	--	--	--

		<p>Si pudiera hacer algún reparo al funcionamiento de la comisión, ¿En qué sentido lo realizaría?</p>	<p>Profesional 1</p>	<p>Y la distribución de los recursos...¿Se hace en virtud de sus necesidades o ustedes administran eso?</p> <p><i>Sí, en virtud de las necesidades que ellos van presentando...claro, eso lo conversan con la comisión y a su vez participa la cuidadora...ahora, en la comisión tampoco podríamos permitir que ellos quizás pudieran tener el dinero y pudieran manejarlo libremente, porque igual se han producido situaciones complicadas en que los pacientes de repente se han gastado toda la plata y se han quedado cero peso...ehhh...entonces de repente también se necesita un resguardo porque hay una cuestión técnica en que por el hecho de estar en un hogar...dependen del hospital...del Director es responsable de ellos, entonces también el hospital tiene que, en cierto modo, tener un cierto resguardo respecto de esos dineros.</i></p> <p><i>Ese tema es un tema complicado porque se produce ahí una situación en la que muchas veces somos los que entregamos los giros, los que "no queremos entregar la plata", los que los restringimos, etcétera...es complicado.</i></p> <p><i>Que fuéramos más organizados! (risas)...eh...a ver, primero: formar una comisión donde haya un documento que diga quiénes son los miembros; que exista un horario...que cada uno tuviera horas dedicadas a esta comisión; que tuviésemos un espacio para trabajar como comisión y de esa manera organizarnos más...</i></p> <p><i>Plantearnos, trabajar en base a objetivos, eh...poder dividirnos las tareas quizás...quizás hay tareas en que no se necesita de los 4 miembros y que sólo 1 la pueda hacer, pero que sea una cosa organizada, pero para eso sobre todo necesitamos de un espacio para poder conversar y el tiempo pa poder organizarnos: poder delegar tareas y trabajar un poco más en equipo, porque...yo creo que nos falta, nos falta mucho en ese sentido.</i></p> <p><i>Yo creo que la comisión necesita más horas...más horas profesionales, porque tiene pocas que permitan desarrollar un trabajo más permanente, con un equipo un poco más amplio también...porque Antonio y la Consuelo tienen horas asignadas, pero Mitzi y yo, vamos un par de horas, pero es una cuestión personal...pero yo creo que el nivel de trabajo que hay que realizar requiere más horas profesionales.</i></p>
			<p>Profesional 2</p>	

		<p>Durante el tiempo que usted forma parte del Equipo ¿Cuál ha sido, a su juicio el mayor logro en lo que atañe a mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de HC?</p>	<p>Profesional 1</p>	<p>Ehh...en que algunas personas hoyan logrado poder estar compensado por años y que antes eran una puerta giratoria constante para mí es un logro. También, el que muchos de los chiquillos estén insertos en diversas actividades de la comunidad y que participen activamente de ellas, que se sientan parte de la comunidad, ah... Quizás no todos, sabemos, pero sí los que lo hacen aprovechan la posibilidad de hacerlo.</p> <p>El que también se haya creado un espacio en que sepan...sientan que no están solos...no están solos, sino que forman parte de algo y que al mismo tiempo existe una comisión a la que pueden recurrir en caso de que exista cualquier problema...eso es lo más importante...y lo digo porque me lo han dicho ellos, verdad...que ha sido rico pa ellos sentirse integrantes de algo y de algo que de alguna forma los pertenece también...es rico sentirse así...es necesario, un importante logro.</p> <p>Yo creo que cuando uno ve cómo le ha mejorado la calidad de vida a un paciente que uno ha visto en muy malas condiciones dentro de su comunidad y que, al incorporarse a un hogar protegido, logran desarrollar habilidades, insertarse en el mundo laboral, en el mundo escolar también...logran mejorar en todo sentido su calidad de vida...mejora la adherencia a tratamiento, la asistencia a controles... el ver que los pacientes van desarrollando su calidad de vida, eso es súper positivo.</p> <p>¿Cómo se vincula?...yo creo que súper poco...poco y nada en realidad: el trabajo que se hace con las redes sociales es súper limitado y tiene que ver, en el fondo, con casos específicos...como en algunos donde se trabaja con el Ministerio de Vivienda, ehh...en que se trabaja con los centros diurnos; en casos particulares donde se trabaja con los vecinos de los hogares...pero todo eso no ha sido dentro de un plan de acción general, sino que más bien como planes de emergencia, ¿me entiendes?...</p> <p>...para situaciones específicas en que se ha hecho necesario trabajar con los vecinos para evitar una situación crítica se ha hecho intervenciones con esos vecinos, pero no forma parte de nuestra comisión ese trabajo comunitario, o sea de sensibilizar a la gente con la salud mental....y eso es principalmente porque no hay horas, porque si tenemos ganas y vemos la necesidad...hemos visto los frutos que se obtienen de un trabajo más comunitario, respecto de la discriminación de los chiquillos y a la integración que pueden tener ellos.</p>
	<p>¿Cómo se vincula la Comisión de Hogares Protegidos con las distintas redes sociales para sensibilizarlas respecto de temas de salud mental?</p>	<p>Profesional 2</p>	<p>Profesional 1</p>	

			<p>Profesional 2</p>	<p>De hecho, un sueño personal es poder trabajar más con empresas, para ver de qué manera, chiquillos que están en condiciones de trabajar, poder obtener un empleo...y eso es algo que no hemos podido hacer, porque no tenemos boras, no contamos con todos los recursos para poder hacer ese tipo de intervenciones que son súper necesarias, porque lo ideal es que los chiquillos de los hogares pudieran tener una actividad en un centro diurno, en un taller laboral, o estar insertos en algún trabajo remunerado como todos nosotros, porque varios de ellos tienen las capacidades y no han podido porque justamente existe una discriminación y no hemos podido nosotros hacer el trabajo de conversar con estos empleadores sobre esto...</p> <p>Lamentablemente, tampoco hemos contado con el apoyo de otras entidades de gobierno que debieran quizás...que trabajarán ese aspecto para poder ver los frutos de esos trabajos que están haciendo...y es una sensación como bien de...frustración por parte del equipo, o sea, nosotros conversamos de que se necesita mucho, mucho trabajo, porque de otra forma no se puede avanzar.</p> <p>Bueno, eso se hace o debería hacerse...mira en el hospital funciona una red...en la OIRS...yo creo que el Consejo Local de Desarrollo es donde se pudiese conocer, dónde se pudiese vincular la red de hogares protegidos con lo social, ahora...esto debería ir mucho más allá y ahí es donde claro, hay...lo que te decía delante: se necesitan más boras profesionales, justamente para hacer un trabajo en esa línea, donde de repente también hay una carencia, en el sentido de vincularse mucho más a la comunidad...</p> <p>...no solamente con la comunidad hospitalaria, sino que con la vinculación a la red, porque obviamente hay mucha gente que no los conoce y si los conoce existen una serie de fonicías, entonces también a veces se produce una distorsión y empiezan a mandar gente de todos lados "anda al hospital porque ahí te van a dar cipos"...entonces eso pasa a veces con personas que ni siquiera cumplen con el perfil de paciente, entonces esa es evidentemente una tarea pendiente.</p> <p>Es que ahora los que llegan en general no son como los primeros, porque ahora "los que cant" están un tiempo y "para afuera" y se vienen a un hogar o se van donde sus familias y cuando antes una familia no los podía recibir ahí estaban, porque no existían los hogares y claro que hay diferencias: los de ahora ya vienen y conocen las calles, hacen las compras...de todo, entonces no es como antes.</p>
<p><b>PROCESOS</b></p>	<p>PERTINENCIA ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS</p>	<p>¿Cómo estimula el desarrollo, rehabilitación psicosocial autonomía de sus residentes?</p>	<p>Administradora 1</p>	

	<p>VINCULACIÓN A REDES DE APOYO</p>	<p>¿Qué hace usted como Administrador para acercar a los usuarios/as a sus familias y a la comunidad donde ustedes residen?</p>	<p>Administradora 2</p>	<p><i>Ebbh, a ver... nosotros antes realizábamos talleres... talleres de baile... a las mujeres les estimulamos haciendo talleres de cosas manuales el año pasado y este año hemos estado un poquito flojos pero ahora hemos optado, ahora cuando mejor el tiempo, de salir 3 veces a la semana con ellos... ir a caminar a la playa, conversar... no sé pob, decirle en la mañana que ellos elijan qué ponerse y yo hago las combinaciones de la ropa porque a ellos les cuesta, porque son más defectuales que los de los otros bogares.</i></p> <p>O sea usted cree que hace todo lo posible dentro de las capacidades de los chiquillos?</p> <p><i>Sí, sí, sí... o sea dentro de lo ellos pueden hacer, también se estimula el caso personal, el caso de sus piezas, la formación de hábitos, sí sí...</i></p> <p><i>Yo le digo a la familia que los venga a ver de repente... hoy día vino un familiar... estuvieron como 20 minutos y se fueron... en general vienen y se dan cuenta de que están bien y no siguen viniendo...</i></p> <p><i>Y a la comunidad?... bueno los chiquillos se integran haciendo las compras... bueno de repente ayudan a la gente a comprar el pan... ellos van y compran el pan... ellos solos se van haciendo de conocidos... en general son bien comunicativos, no son tan así cerrados... aquí son todos bien conversadores y acogen cuando viene alguien, ayudan y tratan de que uno se sienta agradado al lado de ellos y así logran que la gente les vaya tomando cariño... hoy chiquillos que son bien solicitados, por ejemplo G de repente lo llaman y le regalán cajetillas de cigarrros y lo quieren pueh... aquí los conocen a todos, porque los de aquí nunca andan pidiendo... nunca andan malolientes, descuidados ni chascos, entonces ellos dicen "soy del 1, soy diferente" y eso los ayuda... los estimula pa que anden mejor... yo al J siempre le digo "tení que cartarte las uñitas, tenís que andar mejor" y así pueh...</i></p> <p><i>Tratar de darnos a conocer, y con la familia ser como lo más... como tratar de adaptarnos a ellos, en las visitas y en las visitas que ellos hegan a sus casas, por eso ahora que vienen las fiestas ninguno salió, porque sabía que íbamos a tener problemas, o sea con la familia... como todos los años.</i></p> <p>¿A qué tipo de problemas se refiere?</p>
	<p>¿Qué hace usted como Administrador para acercar a los usuarios/as a sus familias y a la comunidad donde ustedes residen?</p>	<p>Administradora 1</p>	<p><i>Yo le digo a la familia que los venga a ver de repente... hoy día vino un familiar... estuvieron como 20 minutos y se fueron... en general vienen y se dan cuenta de que están bien y no siguen viniendo...</i></p> <p><i>Y a la comunidad?... bueno los chiquillos se integran haciendo las compras... bueno de repente ayudan a la gente a comprar el pan... ellos van y compran el pan... ellos solos se van haciendo de conocidos... en general son bien comunicativos, no son tan así cerrados... aquí son todos bien conversadores y acogen cuando viene alguien, ayudan y tratan de que uno se sienta agradado al lado de ellos y así logran que la gente les vaya tomando cariño... hoy chiquillos que son bien solicitados, por ejemplo G de repente lo llaman y le regalán cajetillas de cigarrros y lo quieren pueh... aquí los conocen a todos, porque los de aquí nunca andan pidiendo... nunca andan malolientes, descuidados ni chascos, entonces ellos dicen "soy del 1, soy diferente" y eso los ayuda... los estimula pa que anden mejor... yo al J siempre le digo "tení que cartarte las uñitas, tenís que andar mejor" y así pueh...</i></p> <p><i>Tratar de darnos a conocer, y con la familia ser como lo más... como tratar de adaptarnos a ellos, en las visitas y en las visitas que ellos hegan a sus casas, por eso ahora que vienen las fiestas ninguno salió, porque sabía que íbamos a tener problemas, o sea con la familia... como todos los años.</i></p> <p>¿A qué tipo de problemas se refiere?</p>	
	<p>¿Qué hace usted como Administrador para acercar a los usuarios/as a sus familias y a la comunidad donde ustedes residen?</p>	<p>Administradora 2</p>	<p><i>Ebbh, a ver... nosotros antes realizábamos talleres... talleres de baile... a las mujeres les estimulamos haciendo talleres de cosas manuales el año pasado y este año hemos estado un poquito flojos pero ahora hemos optado, ahora cuando mejor el tiempo, de salir 3 veces a la semana con ellos... ir a caminar a la playa, conversar... no sé pob, decirle en la mañana que ellos elijan qué ponerse y yo hago las combinaciones de la ropa porque a ellos les cuesta, porque son más defectuales que los de los otros bogares.</i></p> <p>O sea usted cree que hace todo lo posible dentro de las capacidades de los chiquillos?</p> <p><i>Sí, sí, sí... o sea dentro de lo ellos pueden hacer, también se estimula el caso personal, el caso de sus piezas, la formación de hábitos, sí sí...</i></p> <p><i>Yo le digo a la familia que los venga a ver de repente... hoy día vino un familiar... estuvieron como 20 minutos y se fueron... en general vienen y se dan cuenta de que están bien y no siguen viniendo...</i></p> <p><i>Y a la comunidad?... bueno los chiquillos se integran haciendo las compras... bueno de repente ayudan a la gente a comprar el pan... ellos van y compran el pan... ellos solos se van haciendo de conocidos... en general son bien comunicativos, no son tan así cerrados... aquí son todos bien conversadores y acogen cuando viene alguien, ayudan y tratan de que uno se sienta agradado al lado de ellos y así logran que la gente les vaya tomando cariño... hoy chiquillos que son bien solicitados, por ejemplo G de repente lo llaman y le regalán cajetillas de cigarrros y lo quieren pueh... aquí los conocen a todos, porque los de aquí nunca andan pidiendo... nunca andan malolientes, descuidados ni chascos, entonces ellos dicen "soy del 1, soy diferente" y eso los ayuda... los estimula pa que anden mejor... yo al J siempre le digo "tení que cartarte las uñitas, tenís que andar mejor" y así pueh...</i></p> <p><i>Tratar de darnos a conocer, y con la familia ser como lo más... como tratar de adaptarnos a ellos, en las visitas y en las visitas que ellos hegan a sus casas, por eso ahora que vienen las fiestas ninguno salió, porque sabía que íbamos a tener problemas, o sea con la familia... como todos los años.</i></p> <p>¿A qué tipo de problemas se refiere?</p>	

		<p>¿Cómo se distribuyen las tareas domésticas al interior del Hogar? ¿Cuál es la que usted prefiere realizar? ¿Es reconocido/a cuando lo hace bien?</p>	<p>Residente 1</p> <p>Residente 2</p> <p>Residente 3</p>	<p><i>A que no los quieren recibir, que se portan mal...no se pob, la familia siempre va a encontrar que ellos se portan mal y eso no es así, porque están todos compensados y en su casa son todos felices, pero a las personas que se los quisieron llevar, como la mamá del J, que lo vino a buscar, se fue...pero los familiares del S, que todos los años se va, como la mamá está enferma, los hermanos no se quisieron hacer responsables y no quiso pob.</i></p> <p><i>Tampoco yo tenía formas de alguna manera presionar, por medio del Asistente Social, por medio del hospital, pero no quise, así que al final lo pasamos acá como todos los años, y salimos...fuimos a las fondas.</i></p> <p><i>Lo que más me gusta es barrer, y sí...siento que me reconocen cuando lo hago bien.</i></p> <p><i>De repente limpio la habitación.</i></p> <p><i>Pero ¿No existe un hábito? No</i></p> <p><i>Y a ustedes acá ¿Les inculcan algún hábito?</i></p> <p><i>Bañarse no más y tomarse las pastillas...levantarnos temprano y a veces nos reconocen porque en general yo creo que paso inadvertido...no sé yo creo que por mi forma de ser, igual tuve problemas con una cuidadora de al lado, Porque de repente yo no hecho na pero hay algún reclamo y se enojan, por eso prefiero decirle todo a la Sra. Marvela.</i></p> <p><i>O sea igual, la otra vez me estaba descalificando una persona, me decía que ella "tenía más estudios que yo" que "a parte de la pega tenía más estudios".</i></p> <p><i>En realidad, yo me dedico 100% a mi estudio.</i></p> <p><i>Y tú ¿a qué hora sales todos los días al colegio?</i> <i>Como a las 7:15 horas y tengo horarios irregulares...</i></p>
--	--	---	--	--

<p><b>PRODUCTOS</b></p> <p>NIVEL DE SATISFACCIÓN EN TORNO AL PROGRAMA DE HOGARES PROTEGIDOS</p>		<p>Actualmente, ¿Trabaja o participa de alguna actividad significativa para usted y que le permita sentirse más activo/a autónomo/a?</p>	<p>Residente 1</p>	<p><i>Trabajo en la universidad, en la empresa X limpiando mesas en el casino de lunes a viernes y ahora me pagan \$700.- la hora.</i></p> <p><i>Y ¿Qué hace con esa plata?</i></p> <p><i>La gastamos con la G, compramos cosas...lo pasamos bien, porque la plata del hospital la estamos aborrande.</i></p> <p><i>Y ¿Qué piensa hacer con la plata del hospital?</i></p> <p><i>Pensamos a futuro, estamos postulando a una vivienda, porque después hacen una devolución de esa plata del hospital pa ver que podamos comprar muebles...stipo estamos en ese proyecto.</i></p> <p><i>Y usted ¿sabe cuando podría hacerse efectivo ese proyecto, cuándo saldría la casa?</i></p> <p><i>Yo creo que a fines del 2008 porque tenemos que hacer trámites todavía, a mí me gustaría una casa en Playa Ancha.</i></p> <p><i>Estudio, pero como que estoy aburrido porque lo que a mí me gustaría estudiar sería arte...ha sido pesado...cualquier prueba...</i></p> <p><i>Bueno lo silitimo a parte de mis estudios me pongo a hacer ejercicios en las mañanas, como abdominales...quiero estar en forma, por salud.</i></p>
		<p>¿Cómo se siente desde que ingresó al hogar, percibe algún cambio en su salud?</p>	<p>Residente 1</p>	<p><i>Si...más seguridad, estoy viviendo con más seguridad, más autónomo también.</i></p>
		<p>¿Cómo se siente consigo mismo/a en la actualidad?</p>	<p>Residente 2</p>	<p><i>Si siento que ha habido un cambio, pero como que me han hecho cambiar a la fuerza porque yo estaba acostumbrado a estar solo, a andar solo a hacer todo solo.</i></p>
			<p>Residente 3</p>	<p><i>Me siento mucho mejor, muy bien...sí...todo bien...</i></p>

		<p>¿Cómo es su relación con el personal del H.C, compañeros/as y los profesionales del Hospital del Salvador?</p>	<p>Residente 1</p>	<p><i>Me llevo bien con todos, nunca he tenido problemas aquí... Aquí me llevo bien con toda la gente menos con una persona del "lado de allá". He tenido 2 enfrentamientos con él y casi nos hemos agarrado a golpes. En el hospital me llevo mal con el Sr. Lazo, con la secretaria que tiene...me llevo mal con personas que de repente frecuento allá porque de repente es por plata que me llevo mal con ellos, porque el dinero deberían entregarlo a nosotros, el Gobierno lo da pa nosotros y ellos nos contraen el dinero, todo eso. Porque cuando yo estaba en Quipné nos entregaban la plata y si se acababa se nos acababa a nosotros.</i></p>
			<p>Residente 2</p>	<p><i>Todo bien...un excelente trato, ehbb...o sea he tenido problemas, pero nada pasa a mayores.</i></p>
			<p>Residente 3</p>	<p><i>Y los problemas, en general ¿a qué se deben? No...casas pequeñas.</i></p>
	<p>¿Se siente satisfecho/a con la atención que recibe tanto en el hogar como del personal del Hospital del Salvador? ¿Siente que se preocupan de usted?</p>	<p>Residente 1</p>	<p><i>Sí, bien...nunca he tenido problemas, lo paso bien y con lo de la espera, no hay problema, tengo paciencia. También siento que se preocupan por mí aquí en el hogar sí...el Sr. Lazo sí... en realidad se preocupan.</i></p>	
	<p>Residente 2</p>		<p><i>Sí, o sea siempre me he sentido satisfecho, pero igual es con el trato de las personas que de repente no me siento satisfecho...me gustaría que me trataran como una persona normal no como a un "caveño" como en los hogares que he estado hasta ahora, de las señoras X e Y.</i></p>	
			<p>Residente 3</p>	<p><i>En el hospital de repente me ponen cualquier problema, de repente no me pasan na la plata, como ahora que según ellos iban a pasar...el pago de nosotros lo iban a pasar hoy día y no fue na así...la tía tiene que ir a buscar un giro y de la plata que le pasan a ella nos pasan un poco a nosotros.</i></p> <p><i>Sí, todo bien...me siento muy agradecida, muy conforme. De repente eso de que me valoran, me tiran pa arriba.</i></p>

	<p>¿Hay algo que le desagrade del Hogar o de las personas con las que comparte?  ¿Qué podría comentarme en ese sentido, alguna mala experiencia?</p> <p>Actualmente, ¿Hacia dónde se orienta su proyecto de vida personal, tiene algún sueño por realizar?</p> <p>Específicamente, ¿Cuáles son hoy sus expectativas en torno al Hogar, la Cuidadora y los Profesionales del Hospital del Salvador?</p>	<p>Residente 1</p> <p>Residente 2</p> <p>Residente 3</p> <p>Residente 1</p> <p>Residente 2</p> <p>Residente 3</p> <p>Residente 1</p> <p>Residente 2</p> <p>Residente 3</p>	<p>No eso no más, es el único problema que he tenido en 5 años...</p> <p>La rutina y... en el hogar de la Señora Y ella siempre me gritaba, me hacía sentir mal, era muy prepotente y vi que le levantó la mano a una paciente que salió a conseguir cigarrillos; la agarró de las mechas.</p> <p>No... es que son cosas pequeñas... no son problemas, son detalles. Por suerte no tengo ninguna mala experiencia.</p> <p>Seguir viviendo con G y progresar con ella...</p> <p>Poder tener un lugar donde vivir acompañado de una minita</p> <p>Tengo muchos, muchos sueños... para trabajar, o sea más adelante me gustaría tener una vida formal y también normal, en el sentido de tener hijos y formar una familia y... bueno, dárles a mis hijos lo mejor... que sean profesionales también, me entiende?</p> <p>Me gustaría estudiar algo que me guste y algo que sea, importante y... útil para la sociedad.</p> <p>También, para trabajar, tener algo como para... una base, sí... para trabajar.</p> <p>Que se preocupen por nosotros, son buenas personas y ser más independiente.</p> <p>O sea yo no quiero vivir todo el tiempo en hogares, quiero independizarme, esto es una ayuda no más, yo como persona estoy bien pero me gustaría tener un trabajo para poder... el otro día fui a dejar un currículo aquí abigio a un taller mecánico pero tocaban no me llaman...</p> <p>Que sigan bien así como están, o sea en conjunto, que en el hospital se superen, en tanto a las ayudas que le dan a las personas, se superen y que tengan una mejor estrategia para ayudar porque hoy muchas personas que necesitan eso, por eso es necesario que cada vez estén mejor... que se mejoren los servicios.</p> <p>¿U crees que se necesitan más Hogares Protegidos? Sí porque son un gran aporte.</p>
--	--	--	--

		<p>Finalmente, a su juicio qué ha sido lo mejor de su vida en el Hogar Protegido, ¿Qué ha significado para usted vivir en él? ¿Qué es lo que usted destaca de la experiencia?</p>	<p>Residente 1</p> <p>Residente 2</p> <p>Residente 3</p> <p>Administradora 1</p>	<p><i>Me siento protegido. G y yo nos sentimos protegidos y tenemos un lugar, comparado con otras personas donde vivir, sin pasar necesidades, porque yo pasé necesidades anteriormente... en el departamento donde estaba yo antes de venirme al hogar no tenía ni luz ni agua porque mis papás no habían pagado... mi papi falleció y mi mamá no estaba en condiciones de preocuparse por mí por la edad y los familiares no me visitan ni una cosa, me tienen abandonado.</i></p> <p><i>Ha sido positivo porque yo creo que si hubiera estado solo a lo mejor no me hubiera recuperado tanto como ahora, porque antes no me tomaba las pastillas porque tenía problemas con el sueño... dormía mucho y por eso no me las tomaba, igual cambió mi vida pa bien, o sea efiera estando solo no podría estudiar, tendría que trabajar no más, igual me ha ayudado bastante.</i></p> <p><i>A ver, la experiencia de conocer distintos tipos de enfermedades y que eso te enseña, conocer a esas personas que te enseñan, te enseñan mucho, porque aprendes a valorar a la gente, a también a comprenderla, "porque esto, porque esto otro", o sea en ese sentido siento que no soy ignorante, porque siento que tengo experiencia...</i></p> <p><i>Yo veo que no... porque para que una persona crezca hay que dejarla ser libre y aquí ellos no pueden meterse a la cocina, porque a nosotros nos proponen tener una manipuladora de alimentos, que ande con mascarilla, con gorro, que no fume... que no fume y aquí la mayoría fuma!... así que por el cigarro "todos pagan su tocia"...</i></p> <p><i>Si yo les pongo gorro y mascarilla van a aguantar cuánto!... un par de minutos y van a decir: señora, me voy!, entonces, si quieren integrar a los chiquillos a una vida común, como en su casa... no me pidan que haga eso, porque yo sé que en su casa no lo hacen.</i></p> <p><i>Segundo, están como muy protegidos!... no sé, yo entiendo que a lo mejor yo soy diferente de las otras cuidadoras... en otros hogares los chiquillos no van a comprar solos, no van a controlar solos... de repente si van al consultorio solos, llaman para acá y dicen "vino solo al consultorio y no debería venir solo", entonces cómo van a mejorar de esa manera... yo ahí encuentro que están un poco restringidos, lo encuentro un poco contradictorio, porque predicán una cosa y hacen otra cosa... por eso ahí yo veo que no está bien.</i></p>
--	--	---	--	--

			<p>Y en cuanto a los recursos, ¿Cree que son suficientes?</p> <p>Noooo, yo hace 3 años que recibo la misma plata, tomando en cuenta que si usted va a un restaurant y se come un arroz con huevo le cobran \$1.000.-, aquí por \$4.750.- usted va a tener desayuno, almuerzo, comida, agua caliente, cama limpia, estufa...tiene de todo!</p> <p>Por eso encuentro que es muy poca plata, a parte hay que estar pendiente de los controles, de si uno no se sabe afitar hay que afitarlo, no sabe bañarse hay que bañarlo, no sabe lavar la ropa hay que lavársela entonces...</p> <p>Este año el Sr. Largo nos dijo que hicieramos una nueva propuesta y hasta la fecha no nos han dado resultados, qué pasó...qué piensan ellos, cuándo nos van a subir...nada! entonces ahí quedamos y... nosotras pensamos que es como una falta de respeto....como que no toman mucho en cuenta...o sea, ellos "hacen y deshacen" y nosotros aceptamos o si no dicen: "bueno, sean ustedes si se quedan o se van", pero no es una solución eso pob...yo llevo cuántos años, tengo experiencia con los cabros, ya están acostumbrados con nosotras...ya sabemos manejarlos, entonces va a venir una chiquilla nueva y talvez no va a tener la experiencia...</p> <p>Entonces para qué nos piden...hay que tener patente, resoluciones, hay que hacer un montón de gastos y eso tiene que salir de ti, entonces...muchas veces los maridos tambien trabajan y aportan.</p> <p>Aparte cuando hay reuniones hay un libro y todo se escribe. nosotros hemos hecho peticiones, hemos reclamado cosas y todo queda escrito y pa la próxima reunión ni pa más adelante tampoco dan soluciones a las peticiones que hacemos...no...queda ahí y cuando uno comete un error y se le llena al banquillo. Cuando una ciudadora comete un error, a los cinco minutos está todo el comité, pero cuando hay reunión sobre temas que nos competen a todas, no tienen tiempo o están en reuniones o tienen pega...no está como todo el grupo, entonces es como medio chueca la cosa.</p> <p>Ehh! sí...encuentro que el espacio lo tengo...eehh!, si a lo mejor los recursos económicos para hacer lo que teníamos pensado hacer...un invernadero...pero ahí estamos trabajando en eso.</p>	<p>Administradora 2</p>
--	--	--	---	-------------------------

		<p>Si tuviera que realizar una autocrítica a su gestión como Cuidador/a ¿Cuál cree usted que es su principal falencia?</p>	<p>Administradora 1</p> <p>Administradora 2</p>	<p>Y en términos de la subvención que reciben por parte del servicio (SSVSA)...</p> <p><i>Ehh, dejaríamos si nos pudieran pagar el valor real que paga el servicio, o sea, sería... obviamente podríamos invertir mucho más acá. Si no me equivoco son \$6.000.-</i></p> <p><i>Y en cuanto al funcionamiento creo que es bueno, o sea con las capacidades de los chiquillos y con lo difíciles que son yo creo que es bueno, además andan contentos, no tengo fugas, están compensados, no tengo quejas de la familia, ni del hospital, asisten a todos los controles... de los mismos vecinos además quejas grandes no tengo, o sea las que hay se solucionan de inmediato..</i></p> <p><i>No tengo idea que decir, no sé cuál podría ser, eso es lo que pasa, tendrían que decirme los chiquillos o alguien que me conociera...</i></p> <p><i>Ehhh, yo creo que vivir aquí en el hogar me dificulta más, más por vivir con mi hija, porque yo no es como cuando era más chiquitita y estaba más apegada a mí, no, ahora, por acá por allá, interactúa con ellos y hay situaciones difíciles que tengo que manejar yo y ella al medio, entonces eso me dificulta harto, harto... la relación también con mi esposo... el vivir acá... mi hija (5) estaba en un jardín de media jornada y tuve que ponerla en uno de jornada completa, porque no era bueno que estuviera acá.</i></p> <p>Y ella, ¿ha presentado alguna conducta extraña en este tiempo?</p> <p><i>Ella para su edad es como demasiado madura, la otra vez dijo que "los seres humanos no importa que fallezcamos porque hay mucha gente en la tierra" o sea, cosas así... o me dice "mamá ¿por qué nosotros tenemos que vivir con más gente que no es como en las otras casas donde yo voy, no hay tanta gente enferma" y cosas así... que a veces me cuesta explicarle pob</i></p> <p><i>O sea de que fuera más pareja la cosa, o sea yo no sé cómo van los otros hogares, yo hablo por mí, pero encuentro que a uno se le tiene que valorizar su trabajo... uno cumple con el compromiso de estar siempre con los chiquillos: pascua, año nuevo, fiestas, en la noche también. ¿Usted cree que una persona va a trabajar día y noche por ese dinero?!</i></p>
	<p>Si pudiera hacer una propuesta a la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital, ¿En qué sentido sería?</p>	<p>Administradora 1</p>	<p>Y en términos de la subvención que reciben por parte del servicio (SSVSA)...</p> <p><i>Ehh, dejaríamos si nos pudieran pagar el valor real que paga el servicio, o sea, sería... obviamente podríamos invertir mucho más acá. Si no me equivoco son \$6.000.-</i></p> <p><i>Y en cuanto al funcionamiento creo que es bueno, o sea con las capacidades de los chiquillos y con lo difíciles que son yo creo que es bueno, además andan contentos, no tengo fugas, están compensados, no tengo quejas de la familia, ni del hospital, asisten a todos los controles... de los mismos vecinos además quejas grandes no tengo, o sea las que hay se solucionan de inmediato..</i></p> <p><i>No tengo idea que decir, no sé cuál podría ser, eso es lo que pasa, tendrían que decirme los chiquillos o alguien que me conociera...</i></p> <p><i>Ehhh, yo creo que vivir aquí en el hogar me dificulta más, más por vivir con mi hija, porque yo no es como cuando era más chiquitita y estaba más apegada a mí, no, ahora, por acá por allá, interactúa con ellos y hay situaciones difíciles que tengo que manejar yo y ella al medio, entonces eso me dificulta harto, harto... la relación también con mi esposo... el vivir acá... mi hija (5) estaba en un jardín de media jornada y tuve que ponerla en uno de jornada completa, porque no era bueno que estuviera acá.</i></p> <p>Y ella, ¿ha presentado alguna conducta extraña en este tiempo?</p> <p><i>Ella para su edad es como demasiado madura, la otra vez dijo que "los seres humanos no importa que fallezcamos porque hay mucha gente en la tierra" o sea, cosas así... o me dice "mamá ¿por qué nosotros tenemos que vivir con más gente que no es como en las otras casas donde yo voy, no hay tanta gente enferma" y cosas así... que a veces me cuesta explicarle pob</i></p> <p><i>O sea de que fuera más pareja la cosa, o sea yo no sé cómo van los otros hogares, yo hablo por mí, pero encuentro que a uno se le tiene que valorizar su trabajo... uno cumple con el compromiso de estar siempre con los chiquillos: pascua, año nuevo, fiestas, en la noche también. ¿Usted cree que una persona va a trabajar día y noche por ese dinero?!</i></p>	

<p><i>Aparte yo sé que mi trabajo está bien, porque si estuviera mal los chiquillos pasarían descompensados...el A se descompensó 1 vez y lleva 5 años, hoy otros que nunca se han descompensados...eso significa que mi trabajo está bien: no falta nunca a ningún control, no falta nunca a ninguna reunión, todo lo que me han dicho que haga, lo hago, mi casa tiene todos los documentos al día, yo cumplo con todo...yo sé si este trabajo fuera un hogar particular, yo ganaría mucho más por el mismo trabajo y no tendría la necesidad de estar 24 horas trabajando...</i></p>			
<p><i>Yo nunca me desconecto, uno no sabe si va a seguir en esto, pero si el hospital es así con uno, uno siente que su trabajo no le importa a nadie, porque ningún familiar dice "estar aquí le ha hecho bien"...porque no viene nadie a verte!, nadie lo valoriza, entiéndete? Nadie!...solamente cuando hoy un "condorcero" pero mientras eso no pase uno dice "lo estoy haciendo bien" pero uno!..nadie...entonces pasa un año y otro año y seguimos dando vueltas en lo mismo...nadie nos dice está bien, está mal...</i></p>	<p>Administradora 2</p>		
<p><i>En organizar más talleres...que ellos tuvieran más talleres...laborales, a ver cómo se llama...como la Corporación Bresky, como la Casa Club, algo más cerca donde ellos pudieran asistir, entonces a lo mejor a nosotros mismos que ya los conocemos, que estamos con ellos, nos dieran más recursos para hacer más actividades con ellos, nosotros lo haríamos, como resultó el taller de baile...bien pob, venían dos veces por semana a practicar, de 6 a 9 y se aprendía!, hicimos "La pérgola de las flores", hasta actuaron, entonces eso...pero si no hay recursos...</i></p>			
<p><i>¿Y esos recursos debieran provenir exclusivamente del hospital? Es que eso ya lo hicimos...lo financiamos todas las cuidadoras.</i></p>			
<p><i>Yo me acuerdo J cuando llegó no tenía hábitos...vivía en su casa sin una...sin hábitos: no se lavaba los dientes, no se bañaba, tenía sus niñas largas y sucias...el niño con su hermana y una señora conocida me contó que ellos buscaban en el aseó cosas para comer y ahí ellos dieron aviso para que fueran a ver eso, porque la niña era enferma y él también...</i></p>	<p>Administradora 1</p>	<p>Si hubiera que reconocer algún mérito en términos de la recuperación –o avances- de un paciente asociado al ingreso al Hogar ¿Qué me comentaría?</p>	
<p><i>Después estuvieron un tiempo en el hospital en evaluación y después lo trajeron para acá y fue muy difícil para mí llegar a cómo está ahora, porque cuando llegó le pasé un pijama y se lo puso encima de su ropa y cuando llegué al día siguiente estaba rojo como manzana porque estaba acalorado y si me lo puse...pero J "hoy que sacarse la otra ropa y después ponerse pijama"</i></p>			

<p>Después le compré pasta de dientes... "es que yo nunca me he lavado los dientes", pero ahora vas a tener que empezar... me costó barto... la ducha igual, a veces media hora el agua corriendo ¿] te estás bañando? Si... y después salta con el pelo seco!</p>			
<p>Y ahora hay que recordarle que se corte las uñas, que haga su cama, pero yo no es como antes... entonces en lo de presentación personal me tengo que poner más firme, porque de otra manera no funcionaría, pero él sabe que como a Casa Club, cooperan ello con el aseo de los chiquillos, de que vayan cuando tienen que ir y que cumplan con ciertas normas, entonces ya tenemos el apoyo de ellos, entonces no estamos solas, pero cuando muchos de ellos llegaron aquí todavía no se fundaba la Casa Club estaban aquí conmigo, no iban a rehabilitación a ninguna parte, entonces para mí era difícil.</p>			
<p>A ver...sí. En el caso de la G, nunca aguantó más de un mes en un hogar y acá ya va a cumplir un año y con un excelente comportamiento, en los otros hogares quebraba vidrios y hacía cosas graves, era casi inmanejable.</p>	<p>Administradora 2</p>		
<p>J, también...ella no respetaba los horarios, tenía muy mal comportamiento en los otros hogares y acá se adaptó bien con los chiquillos, con el hogar...En realidad son bien difíciles los pacientes que tengo yo, son casi todos los que no han aceptado en los otros hogares...sí.</p>			
<p>No...igual, porque nadie me obligó a dedicarme a esto, lo que sí hay que tener paciencia, mucha paciencia.</p>	<p>Administradora 1</p>		
<p>Ehhh, a ver... sí después de trabajar 7 años con ellos tuviere que elegir entre mi familia, tener una familia normal, una casa normal o haber trabajado con los chiquillos todos estos años con mi familia dentro del hogar, o sea sin duda yo hubiera preferido tener mi familia afuera, porque o sea nosotros no hemos disfrutado como una familia normal... nosotros estamos los 365 días del año pendientes de ellos; las navidades no son normales, todas las fiestas no son normales para mi hijo, ni conmigo ni con mi esposo, o sea muchas veces tiene que salir él, tengo que quedarme yo o salgo yo y se queda él...Entonces hemos sufrido muchos cambios y tiene que ver con el trabajo, con lo estresante que es trabajar con ellos...por ejemplo acá no podemos darnos becos, porque ellos están todos observándonos.</p>	<p>Administradora 2</p>	<p>Tras años en este trabajo ¿Cómo se siente con lo que hace...ha significado para usted algún cambio personal?</p>	

	<p>¿Cuál es su expectativa de cara al futuro en torno a su Hogar y sus habitantes?</p>	<p>Administradora 1</p>	<p><i>A mí me gustaría que los chiquillos algún día sus familias los llenaran aunque fuera una semana, porque si ellos cometieron algún error fue estando enfermos, por ejemplo G que la hermana dice que por nada lo tendría con ella...ella le dijo al Sr. Lazo "si me lo mandan para acá yo prefiero que se muera", entonces, yo le dije a ella "usted tendría que mirar con él para saber cómo es" él lleva 8 años conmigo y nunca me ha faltado el respeto, ni a mí ni a sus compañeros, o sea es un poco acelerado, pero es por la enfermedad, pero nunca ha hecho cosas que no correspondan.</i></p> <p><i>Y así...la mayoría de ellos la familia no los quiere entonces si ellos probaran aunque sea una semana y de ahí irlos acostumbrando, porque ya pasó lo malo de ellos, del momento que están afuera, están compensados, ya pueden salir a la calle, hacer sus cosas, andar en micro, entonces...</i></p> <p><i>Y en relación a los bogares a mí me gustaría que se fundara algo así como Casa Club pero pa deficientes mentales, porque no hay nada para deficientes mentales acá, entonces ellos no tienen qué hacer por lo menos un rato de esparcimiento, donde uno los pueda ir a dejar y que quede por aquí cerca...que no haya que tomar micro, porque usted sabe si hubiera que gastar plata ¿de dónde saldría?</i></p> <p><i>Yo estaría dispuesta a llevarlos y traerlos porque ahí tendrían en qué entretenerse porque el A, aparte de deficiente es epiléptico entonces él me riega las plantitas, limpia la mesa, limpia su velador, me coopera trayendo cosas...pero es lo mínimo...pero si hubiera algún centro a lo mejor habría más cosas, él se sentiría como más importante.</i></p> <p><i>Ehhh, bueno...yo mi idea es cuando termine de estudiar (Técnico en Enfermería) em...hacer como un centro de rehabilitación y no trabajar con ellos como administradora, o sea a lo mejor trabajar con ellos y hacer un centro de rehabilitación donde ellos puedan hacer cosas para personas como las que tengo yo...con más daño neurológica. O sea no como en los otros centros...cosas más fáciles, yo sé que a ellos les va a gustar y...incentivarlos a que tengan algo como laboral para que ellos tengan ingresos para comprar sus cosas, aunque no sea mucho, pero que ellos se sientan que están haciendo algo.</i></p>
		<p>Administradora 2</p>	

<p>¿Cómo se siente al formar parte de la Comisión de Hogares Protegidos del Hospital del Salvador?</p>	<p>Profesional 1</p>	<p><i>Como una gran responsabilidad...saber que en el fondo, junto a otros miembros del equipo estamos a cargo de 72 personas aproximadamente dentro de los hogares protegidos y con muy poquitas horas para atender todas las necesidades que surgen en la convivencia diaria de las cuidadoras con los pacientes.</i></p> <p><i>A mí me parece bien a pesar de que no tengo asignada una cantidad de horas...lo mío es así como poquitito...los miércoles 3 o 4 horas participo de la comisión, pero la verdad es que se hace poco porque el trabajo que se requiere es muy grande, o sea de muchas horas para desarrollar un trabajo que necesita de mucho más tiempo del que se le da...Pero me parece bien, porque en el fondo yo estoy en corta estadía y ahí tenemos un nexo, o sea generalmente estamos derivando pacientes a los hogares protegidos.</i></p>
<p>Francamente, ¿Cuál es su opinión respecto de la existencia y el funcionamiento actual de los mismos?</p>	<p>Profesional 2</p>	<p><i>Respecto de la existencia...opino que bien pob, opino que son súper necesarios que existan estas alternativas residenciales para los pacientes que no tienen familia y que no tienen un nivel económico que les permita vivir solos, de manera independiente o que tampoco cuentan con las habilidades necesarias para vivir solos, así que respecto a la existencia...bien ah, ahora no es el ideal de hogar protegido el que existe hoy día, pero prefiero que existan a que no existan.</i></p>
	<p>Profesional 1</p>	<p><i>Y respecto al funcionamiento de estos mismos en...creo que nos falta mucho, mucho, mucho para lograr tener un funcionamiento que beneficie a los usuarios...todavía nos falta mucho camino por recorrer...eh...yo creo que la parte económica es importantísima; el no contar con el dinero suficiente para poder costear lo que significa mantener un hogar protegido funcionando como debe y al mismo tiempo, el no contar con un equipo que pueda supervisar de manera más constante y más cercana su funcionamiento.</i></p> <p>Usted dice eso en relación a que "podría ser mejor" considerando la Norma Técnica o a la experiencia de otras regiones, por ejemplo el caso de Santiago...¿Cuál es su referente para emitir dicho juicio?</p> <p><i>Yo creo que un referente, eh...como personal, o sea, como una idea en base a la normativa técnica existente en cuanto a cuál sería mi ideal de hogar protegido ah...y el ideal, quizás no sólo mío, sino que el ideal de la comisión...que lo hemos hablado y que la verdad está bien lejos del que tenemos en este momento, porque de partida lo que tenemos acá es más bien una colocación familiar y que eso puede tener muchos beneficios, pero también muchas cosas en contra y a nosotros nos gustaría tener, funcionar con hogares protegidos eh...entonces partiendo en el fondo, claro...como colocaciones, no son el ideal de nosotros.</i></p>

		<p>Profesional 2</p>	<p>Bueno los hogares protegidos yo creo que son una excelente alternativa para pacientes que necesitan un lugar donde poder vivir por una parte...ehhh...y que carecen de una red de apoyo y donde además puedan desarrollar habilidades para la vida independiente, así que en ese sentido son una muy buena alternativa pero que...yo creo hay que estar permanentemente evaluando, porque de repente se empiezan a producir algunas situaciones que...que van generando conflictos a los pacientes, entonces tengo la sensación de que, lo que se necesita es tener una estrategia de mediano, largo plazo que logre que los pacientes, en general...avanzar hacia una reintegración a la comunidad...Ehhh...trabajar con la red familiar aunque esta sea precaria, trabajar quizás las potencialidades para la vida independiente, hacer un trabajo completo a nivel comunitario.</p>
<p>Desde el punto de vista terapéutico, ¿Cuál es su percepción de la moción que suponen los Hogares Protegidos?</p>	<p>Profesional 1</p>	<p>A ver...en base a los ideales de los hogares protegidos, su carácter transitorio me complica un poco en algunos casos en particular ah, porque hay algunos chiquillos donde no hay otro apoyo comunitario que les pueda otorgar lo que les otorga el hogar y por lo tanto yo creo que hay personas que necesitan un acompañamiento por siempre, ah...y formar parte de este hogar por siempre...</p> <p>Como uno busca formar parte de una familia por siempre, yo creo que ellos también y es una necesidad que tienen y qué rico que la podamos satisfacer de esta manera ah...y que te lo quiten, yo creo que es súper complicado pa los pacientes "egresar" o...no se habla de egreso... "salir" de este hogar ah...ahora si él se integró a la familia sería el ideal...pero no siempre es así...</p> <p>Y respecto a que esté orientado a una integración más comunitaria, o sea, totalmente de acuerdo. Yo creo que es mucho mejor que como parte de la rehabilitación esté esto, porque aquí en el hospital no se cuenta con todas las alternativas eh...para trabajar lo comunitario y trabajar muchas habilidades de los chiquillos que tienen para el funcionamiento más comunitario, en un ambiente más real...igual es súper ficticio...o sea trabajar...no sé por independencia en las habilidades para la vida diaria más instrumental, por ejemplo lavado de ropa y acá en el hospital, la única posibilidad que tenemos es lavar con lavadora y no necesariamente es la realidad que ellos van a tener afuera...a lo mejor van a tener que lavar la ropa a mano y colgarla, entonces acá no tenemos dónde colgar, entonces la secamos en secadora...entonces es irreal lo que estamos trabajando, cachai? Lo mismo pasa con la cocina, acá de repente trabajamos con otras herramientas que quizás no son la realidad de ellos...</p>	

		<p>Si tuviéramos que hablar de resultados de estos años de Hogares Protegidos en Valparaíso ¿Las cuentas serían positivas, regulares o negativas?</p>	<p>Profesional 2</p>	<p>También insistimos con el tema de la ducha todos los días, del uso de útiles de aseo y todo eso y tal vez afuera no está la posibilidad de bañarse todos los días... entonces yo sé que se hace en el hospital es ficticio: lo ideal sería trabajar en el ambiente natural de las personas ahí... y si el ambiente real/ residencial de las personas va a ser un hogar protegido... yo creo que muchas de esas habilidades van a perfeccionarse en el hogar, así que en ese sentido totalmente de acuerdo.</p> <p>O sea yo creo que en términos teóricos, seguramente sí... cuando uno lee la Norma Técnica tbb... lo que se plantea ahí justamente es que los hogares protegidos sean un puente entre la vida institucionalizada... asílar a la vida independiente... ahora en esto... en ese sentido, claro hay deficiencias, porque uno se da cuenta de que en algunos hogares donde los pacientes no están desarrollando habilidades, todo su potencial... que hay personas ahí, que tienen una vida muy pasiva... ehh... uno nota unas relaciones muy dependientes entre el paciente y la cuidadora y con eso obviamente no logra el objetivo que se busca... por eso yo creo que hay que trabajar más fuertemente ese tema.</p> <p>Yo pienso que, mira... a pesar de todos los reparos que tengo en torno a los hogares protegidos y al funcionamiento de éstos, yo creo que los resultados van más por el lado positivo, o sea, dentro de las 72 hay más personas que si no existiera esta posibilidad, te aseguro que estarían: o en un hospital o en la calle... entonces en ese sentido es positivo que existan porque se ha logrado tener a 72 personas insertas afuera y teniendo la posibilidad de vivir y participar de una vida en comunidad...</p> <p>Evidentemente hay unos que las aprovechan mucho más que otros; hay algunos de ellos que trabajan y hay otros que no salen nunca de la casa, ¿me entiendes? Entonces, eso depende de la experiencia personal de cada uno y del modo cómo cada uno aprovecha esta oportunidad. Pero yo creo que el hecho de que 72 personas tengan esta posibilidad es de todas maneras positivo.</p> <p>Mira yo creo que en general es positivo, porque al final... si uno analiza... no tengo una estadística, ni una evaluación así como científica... uno observa una serie de pacientes que vivían en muy malas condiciones que, después de haber ingresado a un hogar protegido, en general... todos han mejorado, o sea, siempre pudiese ser mejor... se podría trabajar de manera que ellos fueran mucho más independientes, desarrollarían más potencialidades...</p> <p>Pero en general, todos los pacientes que yo conozco han mejorado su calidad de vida... están... digamos, desarrollando también algunas habilidades personales y de una u otra manera, vinculándose a la comunidad...</p>
			<p>Profesional 1</p>	
			<p>Profesional 2</p>	

		<p>Si usted dispusiera de una mayor cantidad de recursos para implementar un programa de estas características ¿Hacia dónde los orientaría?</p>	<p>Profesional 1</p>	<p>No sé, se me viene a la mente un paciente que yo conocí en Playa Ancha cuando me tocó hacer una visita domiciliaria porque tenía muchos conflictos en el sector donde vivía con los vecinos...él vivía en muy malas condiciones...permanentemente descompensado, obviamente no asistía a los controles, asustaba a la comunidad...ese paciente ingresó a un hogar protegido e incluso ahora está desarrollando un trabajo a nivel de microempresa, tiene una pareja...ab...se ha desarrollado mucho en todo este tiempo, entonces alguien que lo ve ahora, no se imaginaria la vida que él tenía hace un tiempo atrás...Así que, haciendo un análisis bien general, yo creo que la mayoría sí, ha mejorado su calidad de vida.</p> <p>(risas) Yo haría todo de nuevo! (risas), o sea...sí...yo armaría un equipo para implementar los hogares protegidos y cambiar el sistema actual y ahora orientarse bien por las normas técnicas, o sea ser realmente hogares protegidos y no colocaciones familiares como ahora, con una supervisión constante, con personal que está destinado para eso.</p> <p>Y ¿administrado por el hospital?</p> <p>Idealmente no...no sé si por el hospital...tal vez por un equipo dedicado a los hogares protegidos; no que sea una comisión de bienestar...de deportes, de entretenimiento...como comisiones de pura buena voluntad, cachai? O sea ya... "le corresponde a la terapia de la UME, al asistente de la UME participar de la comisión porque son los que más saben de los hogares protegidos, los que los conocen más" así de dónde cachai? Sí, están asignados, pero es una cosa de buena voluntad.</p> <p>Yo me orientaría a hacer todo de nuevo: hacer una nueva cosa y con nuevas personas; hacer capacitaciones, preparar a la gente...eh...evaluar a la gente, una cosa bien hecha. O sea, si nos dieran la posibilidad de no estar apurados con tiempo...porque claro, nos pueden dar todos los recursos, pero si nos dicen "ya, mañana!" o sea, no pob...necesitamos del recurso tiempo para poder armar este cuento, organizadamente; buscar un lugar donde poder hacer un trabajo con la comunidad pa que esta creación sea buena.</p> <p>Me gustaría hacer un trabajo mucho más focalizado en planes individuales...en hacer un trabajo que permita ehh...poner metas a largo plazo por paciente.</p>
			<p>Profesional 2</p>	

		<p>¿Cuál es su expectativa en relación, tanto a la Comisión de la que forma parte, como del Programa de Hogares Protegidos en Valparaíso y San Antonio?</p>	<p>Profesional 1</p>	<p>¿Un seguimiento de casos?</p> <p><i>Claro y que te permita decir "este paciente tienes tales características y tales potencialidades" que te permita poner una meta que le permita lograr reinsertarse a la comunidad...tal vez un paciente que pueda vivir con otros pacientes...de repente reincorporarse a su núcleo familiar...en general, mira...ir desarrollando un proceso de cambio, yo creo que por ahí.</i></p> <p><i>Que la comisión se formara como tal, que sea reconocida por el hospital como una comisión de hogares protegidos...eh...con los miembros que forman parte de ella, con horarios designados para ella y que nos pudiésemos organizar mejor y ver bien cuáles son las tareas y ponernos metas de corto, mediano y largo plazo...ehh...y en cuanto al programa, que ¡jalá tuviésemos la posibilidad de hacer las cosas bien.</i></p> <p><i>Esa es mi expectativa, (risas) poder partir de cero, cambiar lo que ya está y superar las falencias...es súper difícil, porque así la cosa no va por buen camino, yo creo que hay que empezar todo de nuevo.</i></p> <p><i>Bueno que logremos consolidar una comisión ehh...que tenga mucho más tiempo para trabajar...que disponga de muchas más horas para desarrollar un trabajo mucho más profundo...es verdad que con lo que se tiene hay que trabajar...con lo disponible hay que tratar de avanzar...de mejorar...pero yo creo que el trabajo es de tal envergadura que requiere más tiempo, esa es mi expectativa...que en el corto o mediano plazo logremos consolidar un equipo.</i></p>
			<p>Profesional 2</p>	