

**ESTUDIO EVALUATIVO DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR  
LA CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY SEDE VIÑA DEL  
MAR DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS SUJETOS DE  
ATENCIÓN, FAMILIARES DIRECTOS Y EQUIPO DE  
PROFESIONALES, IDENTIFICANDO FACTORES INCIDENTES  
EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL.**

“INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE  
SOCIAL”.

**EQUIPO SEMINARISTA:**

Diego Ponce Fuentes

Catalina Tapia Romero

**PROFESOR GUIA:**

Dra. Elena Salum Alvarado

**INSTITUCION PATROCINANTE:**

Corporación Dr. Carlos Bresky

## INDICE

<b>MARCO INSTITUCIONAL</b>	
1. Antecedentes generales de la Institución	8
2. Caracterización general de la Institución	8-13
3. Descripción y Funcionamiento Organizacional	13-15
4. Valores de la Organización	15-16
5. Recursos de la Institución	16-18
6. Trabajo Social en la Corporación	19-20
7. Organigrama Directorio	21
<b>MARCO TEORICO</b>	
MAPA CONCEPTUAL MARCO TEORICO	23
<b><u>CAPITULO 1: REFERENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA</u></b>	
1. Historia de la Psiquiatría y concepción de la Enfermedad Mental	24-32
2. Psiquiatría Comunitaria	32-35
<b><u>CAPITULO 2: DERECHOS HUMANOS</u></b>	
1. Derechos humanos y Discapacidad	36-38
2. Enfoque de la discapacidad. La solución está en el Derecho	38-39
3. Igualdad y no discriminación	39-40
<b><u>CAPITULO 3: ESTADO DEL ARTE DE INCLUSION SOCIAL</u></b>	
1. Conceptos de Inclusión Social	41
2. Inclusión e Integración	42-43
3. Inclusión como superación de la integración social	43-48
<b><u>CAPITULO 4: ESTADO DEL ARTE DE EXCLUSIÓN SOCIAL</u></b>	
1. Definición de Exclusión Social	49-51
2. Exclusión Social Y Salud Mental Desde La Sociología	51-54
3. La exclusión como fenómeno social: Interpretación desde la Psicología Social	55-58

4. Exclusión hacia las personas con diagnóstico de salud mental	58-62
---	-------

#### **CAPITULO 5: POLÍTICA SOCIAL DE SALUD MENTAL EN CHILE**

1. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	64-67
2. Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría	67-72
3. Evaluación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	72-93

#### **DISEÑO METODOLOGICO**

1. Tipos de estudio	95
2. Antecedentes metodológicos	95-101
3. Pregunta de investigación	101
4. Objetivos de la investigación	102
5. Diseño muestral	103-106
6. Instrumentos de recolección de datos	106-108
7. Plan de análisis	108
8. Relación entre los objetivos de la investigación evaluativa y los instrumentos de recolección de información	109-110

<b>ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS</b>	<b>111-153</b>
---	----------------

<b>CONCLUSIONES FINALES</b>	<b>154-162</b>
-----------------------------	----------------

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>163-167</b>
---------------------	----------------

<b>ANEXOS</b>	<b>168-176</b>
---------------	----------------

## RESUMEN

Estudio Evaluativo de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar desde la perspectiva de sus sujetos de atención, familiares directos y equipo de profesionales, identificando factores incidentes en los procesos de inclusión social.

## AUTORES

Diego Ponce Fuentes.

Catalina Tapia Romero.

## PALABRAS CLAVES

Inclusión Social - Exclusión Social - Discriminación - Estigma - Estrategias de Intervención - Evaluación Iluminativa.

El presente Seminario de Título consiste en un estudio evaluativo de la atención brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar.

El estudio tiene como objetivo evaluar el resultado de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar desde la perspectiva de sus sujetos de atención, familiares directos y equipo de profesionales, identificando factores incidentes en los procesos de inclusión social, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

La metodología utilizada para el estudio es de una lógica cualitativa, de tipo descriptiva, basándose en el modelo de evaluación iluminativo, el cual permite recoger las interpretaciones de la realidad que hacen las personas que son partícipes de la Corporación Bresky.

Las estrategias de intervención utilizadas en la Corporación Bresky sede Viña del Mar están basadas en la valorización del pensamiento crítico en sus participantes, dichas estrategias se traducen en la aplicación de talleres, los cuales son valorados por la comunidad por su carácter alternativo de rehabilitación.

## **SUMMARY**

Evaluative study of the service provided by Dr. Carlos Bresky Corporation, with base in Viña del Mar, from the perspective of the subjects of their attention, their direct relatives and the staff of professionals; identifying the incidental factors that influence the process of social inclusion.

## **AUTHORS**

Diego Ponce Fuentes.

Catalina Tapia Romero.

## **KEY WORDS**

Social inclusion - Social exclusion - Discrimination - Stigma - Strategies of intervention - Illuminative evaluation.

The present Thesis Project consists of an evaluative study of the service provided by Dr. Carlos Bresky Corporation, with base in Viña del Mar.

The main objective of the present study is to evaluate the result of the service provided by Dr. Carlos Bresky Corporation, with base in Viña del Mar, from the perspective of the subjects of their attention, their direct relatives and the staff of professionals; identifying the incidental factors that influence the process of social inclusion. The study was carried out from April 2011 to September 2012.

The methodology considered for this study is the one of a qualitative logic, descriptive type, based in the model of illuminative evaluation which allows us to capture the interpretations of reality made by the people who belong to Bresky Corporation.

The strategies of intervention used by Bresky Corporation, Viña del Mar, are based in the valorization of critic knowledge of its own participants. Those strategies are nothing but the implementation of different activities which are considered of an immense value by the community because of its alternative rehabilitative character.

## **PRESENTACION**

Desde el año 2010 que la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar se encuentra en funcionamiento, por lo cual, no existe ningún tipo de sistematización acerca de las intervenciones y resultados obtenidos con los sujetos de atención. Por lo tanto, este estudio evaluativo es una primera aproximación sistemática relacionada con las estrategias de intervención realizadas en la Institución.

Este Seminario de Título es relevante para la Corporación y para los evaluadores, puesto que éste es el primer estudio evaluativo que hace partícipe a los sujetos de atención, familiares y/o cuidadores directos de los usuarios, como también involucra a los profesionales encargados de implementar las estrategias de intervención a los sujetos de atención. Por tal razón, los resultados obtenidos de esta evaluación, serán relevantes para exponer tanto las ventajas como las desventajas del proceso de intervención realizado por dicha Institución, esto es fundamental para visualizar si estas estrategias aportan a la inclusión social de los sujetos de atención.

La inclusión social, es uno de los objetivos a largo plazo que expone el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría editado por el Ministerio de Salud en el año 2000, pero este término, principalmente, se encuentra ligado a personas con discapacidad física, por lo tanto no hay estudios, objetivos ni políticas de Estado, que estén en estricta relación con la inclusión social desde el ámbito de personas con diagnósticos psiquiátricos severos. Por esta razón, es relevante e innovador relacionar la inclusión social a los sujetos de atención que asisten a la Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky, puesto que no hay registros teóricos que relacionen ambos temas, debido que la mayoría de la literatura, recoge el tema de la exclusión social.

Profundizar temáticas relacionadas con personas con trastornos psiquiátricos severos, abordando e introduciéndose en las perspectivas de los familiares y de los profesionales, es un área que motiva al Equipo Seminarista, y es un tema innovador que tiene como objetivo realizar un aporte metodológico para la disciplina de Trabajo Social en el área de Salud Mental.

## MARCO INSTITUCIONAL



## 1. ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

<b>Nombre</b>	<b>Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky</b>
<b>Tipo de Atención</b>	Rehabilitación psiquiátrica integral e integración psicosocial.
<b>Tipo de Institución</b>	Personalidad jurídica N° 1572 del año 1979
<b>RUT</b>	70.876.600-3
<b>Direcciones</b>	Sede Valparaíso: Blas Cuevas # 998, Interior Parque el Litre. Sede Viña del Mar: Traslaviña # 415. Sede Peñablanca: Sargento Aldea 660, Interior Hospital Peñablanca.
<b>Teléfonos</b>	Sede Valparaíso: 032 2 2120379 Sede Viña del Mar: 032 2668176 Sede Peñablanca: 032 2 532832
<b>Horario de Atención</b>	9:00- 17:00 hrs
<b>Cobertura</b>	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota – Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio – Usuarios/as particulares.

## 2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

### 2.1 Doctor Carlos Bresky:

El Doctor Carlos Bresky, quien inspiró la creación de la Corporación, nace en Santiago, Chile, el 27 de julio de 1914.

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

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

Se puede entender que este hombre haya sido quien inspira el nacimiento de la Corporación, al conocer que su gran preocupación era el estigma que tenían los enfermos mentales y por esto trabajó hasta sus últimos días en la integración de ellos a la sociedad (Behar, 2006), labor que continúa hasta el día de hoy la Corporación Dr. Carlos Bresky, inspirada por su espíritu que valora inmensamente la vida, sin condicionantes desde muy joven la familia lo escuchó decir que no era tan importante ser inteligente, que lo importante era saber vivir (Behar, 2006).

## **2.2 Corporación Dr. Carlos Bresky:**

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

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

Existen tres centros Diurnos de Salud Mental, uno en Valparaíso, otro en Peñablanca y el tercero en la ciudad de Viña del Mar. Esta modalidad se contrapone al modelo de atención cerrada en salud mental, siendo definido *“como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con Red social de apoyo y como post alta para acortar el tiempo de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, y por el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía”* (MINSAL, 2000, pág. 112)

En los Centros Diurnos pertenecientes a la Corporación Bresky se realizan talleres de expresión artística, cultural, comunicativa y comunitarias, con la finalidad de aportar a la rehabilitación e integración psicosocial de

los/as participantes; existiendo diversos tipos de actividades como teatro, música, literatura, actualidad, sexualidad, entre otros.

Existen dos horarios para los talleres, en los tres centros diurnos, contribuyendo dos grupos según jornada. En el primer grupo -que asiste desde las 9:00 AM hasta las 13:00 PM- participan personas que en su mayoría tienen diagnóstico de esquizofrenia y/o patologías similares. En la tarde se realizan talleres planificados entre las 15:00 PM y 17:00 PM, caracterizándose sus asistentes con las mismas patologías anteriores. Se considera relevante afirmar que los/as beneficiarios/as de estos talleres no son exclusivamente personas con problemas de salud mental, sino que la oferta está abierta a la comunidad en general, que este interesada en asistir.

### **2.3 Actores/actrices de la Corporación Dr. Carlos Bresky:**

La Corporación Dr. Carlos Bresky está compuesta no sólo por el equipo Directivo y técnico, sino también, ex participantes, actuales asistentes a talleres y sus familiares, voluntarios/as, estudiantes en prácticas y seminaristas, es por ello, que no resulta fácil aventurarse a declarar la cobertura de ésta, por temor a limitar el espectro comprendido en la realidad. Finalmente, dando énfasis en el carácter participativo de la Corporación, institución donde se integran a familiares, profesionales y amigos/as como parte esencial de la organización, se debe recalcar que resulta difícil cifrar con exactitud la cantidad de personas involucradas en la experiencia Bresky. Por otra parte, las personas que participan de la Corporación se caracterizan por ser hombres y mujeres mayores de 18 años, con un rango etario entre los 18 y 60 años, que presenten preferentemente un diagnóstico psiquiátrico severo: subtipos de esquizofrenia, trastornos bipolares y trastornos afectivos. Deben además cumplir ciertos requisitos básicos, como encontrarse en tratamiento psiquiátrico activo, con cuadro psiquiátrico compensado y tener el deseo de participar libre y voluntariamente en los programas y talleres.

Debido a la existencia de tres sedes en comunas que cubren distancias relativamente considerables, lo cual implica no sólo cobertura territorial, sino cultural, en cuanto cambian los estilos de vida considerando que Peñablanca es pensada como una comuna residencial y de ámbito más bien rural, a diferencia de Valparaíso y Viña del Mar, y considerando las otras

instancias, además, de los talleres que en estos se realizan, es que se puede concluir que el radio de acción de la Corporación Bresky, son las comunas del Gran Valparaíso.

#### **2.4 Historia de la Corporación:**

A fines de los 1970, algunos médicos y enfermeras, pacientes y familiares, todos visionarios, en conjunto con la dirección del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso se tomaron la sala de espera del hospital, con el fin de realizar actividades para luchar contra el sedentarismo y mejorar las condiciones de salud de las personas.

A poco andar de la creación de la Corporación Bresky, ésta se instala en una casa en el centro de la ciudad, donde se realizaron los primeros talleres: madera, costura, pintura y música.

Las primeras acciones del grupo consolidado fue ocuparse *“de las secuelas psíquicas de numerosas víctimas anónimas de represión militar y policial y creó instancias integradoras de pacientes y familiares para educar y revertir mediante la actividad física, recreativa y de expresión artístico/comunicativa, los efectos de las pruebas clínicas del entonces novedoso medicamento “Modicate”, administrado principalmente a jóvenes esquizofrénicos”* (Instituto de Asuntos Públicos y Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, 2003, pág. 87)

En el año 1979 se trazaron las primeras líneas de acción con el objeto de fomentar la participación de los jóvenes en diferentes actividades que fueron organizadas en torno a la idea de un Club. Nace entonces el "Club Modicate" haciendo referencia al fármaco inyectable más usado en ese momento. Con el apoyo de la dirección del Hospital del Salvador, sin mayores recursos pero con el entusiasmo de familiares y equipo profesional se implementaron actividades deportivas, artísticas (teatro y música) y se realizaron reuniones de psico-educación con los familiares. Durante este mismo año, debido al creciente entusiasmo de jóvenes y aumento de participantes en las actividades programadas, se inician las gestiones para la obtención de la Personalidad Jurídica, la cual es publicada en el Diario Oficial el 20 de Marzo del año 1979, de este modo se oficializa la primera directiva,

en la cual participan la Sra. Eliana Cabanilla como presidenta, el Sr. Belisario Gallardo, que actuó de tesorero, y el equipo técnico formado por los profesionales del Hospital del Salvador.

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

En el año 1985, acaece un fenómeno de la naturaleza que golpea la ciudad de Valparaíso; el terremoto de aquel año no permite que se continúe utilizando las dependencias de la calle Simón Bolívar, por lo cual se ven obligados/as a retornar al interior del Hospital del Salvador, con la consiguiente disminución de las actividades realizadas, e incluso se termina de impartir el taller de carpintería, pero este no detuvo el crecimiento de la Corporación y sus participantes, quienes participaron en congresos sobre rehabilitación psiquiátrica en la ciudades de Viña del Mar, Santiago y Putaendo; se presentan en las primeras olimpiadas para discapacitados y se continúa realizando diversas actividades con todas las personas involucradas en la Corporación.

En 1990, se propone al Ministerio de Salud, el programa del primer Centro Diurno de Salud Mental desde la sociedad civil.

En 1996, a petición del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota (SSVMQ), se diseña e implementa el Centro Diurno de Salud Mental de Peñablanca, en Villa Alemana, dada la gran cantidad de personas con potencial de rehabilitación en la zona interior del Gran Valparaíso.

A comienzos del año 2002 se creó “FusionArte”, Centro de Formación Laboral (FA), espacio de capacitación y elaboración de productos en Cerámica, Vitrofundición, Orfebrería y Papel Reciclado.

En 2003, se aborda el desafío de generar redes, las cuales sean destinadas al desarrollo de programas de salud participativa, y punto de encuentro de distintas agrupaciones. En el año 2004, se genera el primer Hogar Protegido de Bresky, antesala para el actual sistema de Servicios Residenciales Comunitarios, red de residencias de diversa complejidad para personas con distintos desafíos de vivienda alternativa.

En 2005, comienza la implementación del Programa Terapéutico psicológico Integrado (IPT), del Prof. Dr. Hans Dieter Brenner y su equipo en Berna, Suiza. Durante los años 2005 y 2006, la Corporación Bresky participa en la elaboración de la Norma Técnica N°90 de rehabilitación psicosocial.

A partir de Julio del año 2011, Bresky amplía su cobertura, inaugurando su tercera sede, en la ciudad de Viña del Mar, la que viene a cubrir las necesidades de los/as usuarias/os del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Particularmente las/os pacientes psiquiátricas/os del Hospital Gustavo Fricke.

### **3. DESCRIPCIÓN Y FUNCIONAMIENTO ORGANIZACIONAL**

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

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

### **3.1 Misión:**

En términos organizacionales la misión de la Corporación Bresky es: Favorecer relaciones terapéuticas, tendientes a la toma de conciencia de los cuidados en salud, que requieren las personas en rehabilitación, mejorando la adherencia al tratamiento y elaborando conjuntamente, planes de estilo de vida saludables.

### **3.2 Objetivos de la Corporación:**

- Ofrecer un espacio de acompañamiento especializado y un conjunto de actividades a personas definidas como discapacitadas mentales por causa psiquiátricas y a sus familiares directos.
- Favorecer una mejoría en la calidad de vida de los participantes y disminuir desventajas sociales, causadas por las enfermedades psiquiátricas, los efectos colaterales de los medicamentos y la estigmatización.
- Diseñar e implementar estrategias educativas, de sensibilización y promoción de una salud mental positiva con y hacia la comunidad, fomentando la participación social de las y los actores involucrados.

Lo anterior provoca las siguientes consecuencias:

- Articulación de nuevas políticas en salud mental: implican la creación de una red de servicios comunitarios que den cobertura a las distintas necesidades de la persona con diagnóstico psiquiátrico severo, siendo un/a ciudadano/a con plenos Derechos . Exige la planificación, organización y coordinación de diversos servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social
- Énfasis en la rehabilitación presente en la desinstitucionalización y reforma psiquiátrica: hay un cambio en la concepción de la persona con diagnóstico psiquiátrico severo. Se pasa de considerarlo un “paciente” con una limitada capacidad para manejar su entorno, a una perspectiva de “usuario” que puede ejercer sus Derechos en un plano de igualdad, un ciudadano.

En términos generales, la rehabilitación en la Corporación Bresky posee dos grandes objetivos:

1. A nivel de sujeto:

Funcionalmente se pretende mejorar habilidades que la persona posee, evitar el deterioro de capacidades, potenciar y enseñar habilidades nuevas.

2. A nivel de contexto

Los objetivos se centran en desarrollar recursos y apoyos que se mantengan en el tiempo, pese a los cambios sociales, y que además permitan la inserción a largo plazo del sujeto en su comunidad.

Lo anterior debe ser logrado a través de estrategias que pretendan:

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

#### **4. VALORES DE LA ORGANIZACIÓN:**

La rehabilitación psicosocial que se propone se basa en un ideal de interdependencia, con la convicción que la mayoría de las personas cuentan con los recursos suficientes para funcionar por sí mismas, si se les permite intentarlo.

Esta acción se funda en el supuesto que la personalidad tiene una fuerte tendencia a adaptarse si se le da la oportunidad para ello. Se busca alcanzar una meta mínima concreta, eficaz contra la desmoralización generalmente observada en personas con diagnósticos crónicos.

Se acepta explícitamente la cosmovisión de las personas participantes, sus valores y costumbres. Los terapeutas se comunican desde el propio lenguaje del otro y desde su perspectiva.

Dichas estrategias permiten desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión, socializar el conocimiento individual, enriqueciendo éste y potenciando el conocimiento colectivo.

Es inherente a la organización el protagonismo de las personas en rehabilitación y sus familiares participantes. En este sentido, el equipo opera como un facilitador de contextos de cambio en rehabilitación psicosocial.

## **5. RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN**

### **5.1 Recursos Humanos**

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

El área técnica cuenta con 13 profesionales, entre los que se cuentan las encargadas de los respectivos centros diurnos, el subdirector administrativo, una psicóloga y dos psiquiatras consultores, un enfermero, encargados de talleres artísticos, director de finanzas y secretaria

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

### **5.2 Recursos Financieros:**

El origen de los recursos económicos de la Corporación, provienen de diversas fuentes de financiamiento:

1. La principal es el apoyo estatal, el cual se ve reflejado a través de dos líneas de acción: la primera de ésta es la de los convenios, siendo los primordiales con el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y Viña del Mar-Quillota, y también con el Hospital Naval y el Hospital del Salvador, y la Caja de Previsión de la Defensa Nacional

(CAPREDENA); quienes derivan a las personas hasta la Corporación y brindan otros beneficios a éstas.

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

2. El auspicio de empresas privadas, quienes realizan distintos tipos de donaciones, ya sea en dinero, especies, bienes de capital, bienes raíces, entre otros. Algunas de estas entidades son:
  - Grupo OHL, grupo de construcción, concesiones, medioambiente, desarrollo e industrial, quienes aportan con donaciones en dinero a la Corporación.
  - Larraín Vial, empresa de servicios financieros.
  - El Mercurio de Valparaíso, que contribuye como medio de comunicación de la Corporación y su trabajo.
  - VTR, empresa de telefonía, Internet y televisión, que auspicia con Internet gratuito.
  - Natura, dedicada al rubro cosmetológico, que contribuye mediante la compra de productos de papel reciclado a la sede de Valparaíso.
  - Microsoft, del área computacional, que donó software para el uso de los computadores de la Corporación.
  - Nestlé, empresa alimenticia.
  - Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, quien aporta a través del préstamo del Teatro Municipal de dicha ciudad para la realización de eventos a favor de la Corporación.
  - Corporación Cultural de Viña del Mar.
  
3. Otra fuente de financiamiento la constituyen los socios colaboradores, que en la actualidad son un promedio de treinta activos, quienes depositan un aporte mínimo mensual de mil pesos a favor de la Corporación.

4. Finalmente, una fuente importante de recursos son los generados a través de la autogestión, ya sea a través de la Empresa Social, o de actividades culturales (conciertos, muestras de cine y teatro) y sociales realizadas para dicho propósito.

### **5.3 Recursos Materiales**

La Corporación Bresky sede Viña del Mar funciona en la actualidad en un establecimiento cedido en comodato.

Posee infraestructura básica para la ejecución de los distintos talleres: sala multiuso, oficina administrativa, baños, cocina, sala de computación, patio central.

La oficina de Dirección cuenta con un computador con conexión a internet, dos líneas telefónicas y equipos de oficina, como estante y biblioteca.

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

Además para la realización de talleres se cuenta con dos equipos de música, un video grabador, una cámara fotográfica digital, y un número considerable de libros y material utilizados para la ejecución de dichos talleres.

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

## 6. TRABAJO SOCIAL EN LA CORPORACIÓN:

### Antecedentes de Trabajo Social en la Institución

Al interior de la Corporación Dr. Carlos Bresky, Trabajo Social posee un enfoque distinto de acción, el que se caracteriza por potenciar al máximo las habilidades del profesional, desarrollando capacidades que superan las establecidas en otras instituciones.

Aquellas destrezas corresponden al uso de la empatía, contención, consejería, entre otras, las cuales son ejecutadas en un diario vivir junto al equipo multidisciplinario con el cual se trabaja.

Los inicios de la Corporación estuvieron marcados firmemente por la participación activa de Trabajadores Sociales, ya que fueron, entre otros, Rosa Navarro y Nelly Günther las encargadas de que finalmente en el año 1991, se lograra obtener un recinto en comodato de parte del Servicio de Salud. En el transcurso del desarrollo de la Corporación, fue la misma Trabajadora Social Nelly Günther quién se desempeñó como Directora del centro por largos años.

Ante los objetivos de la Corporación, siempre ha sido necesario contar con los servicios de Trabajadores Sociales, ya que son profesionales que encajan directamente con la misión de la Institución.

Actualmente, el Trabajo Social colabora activamente en el equipo, ya que posee conocimientos múltiples, y se encuentra capacitado para ejercer labores de gestión para el funcionamiento del centro, y también a nivel individual con los participantes del proceso.

### **Objetivos**

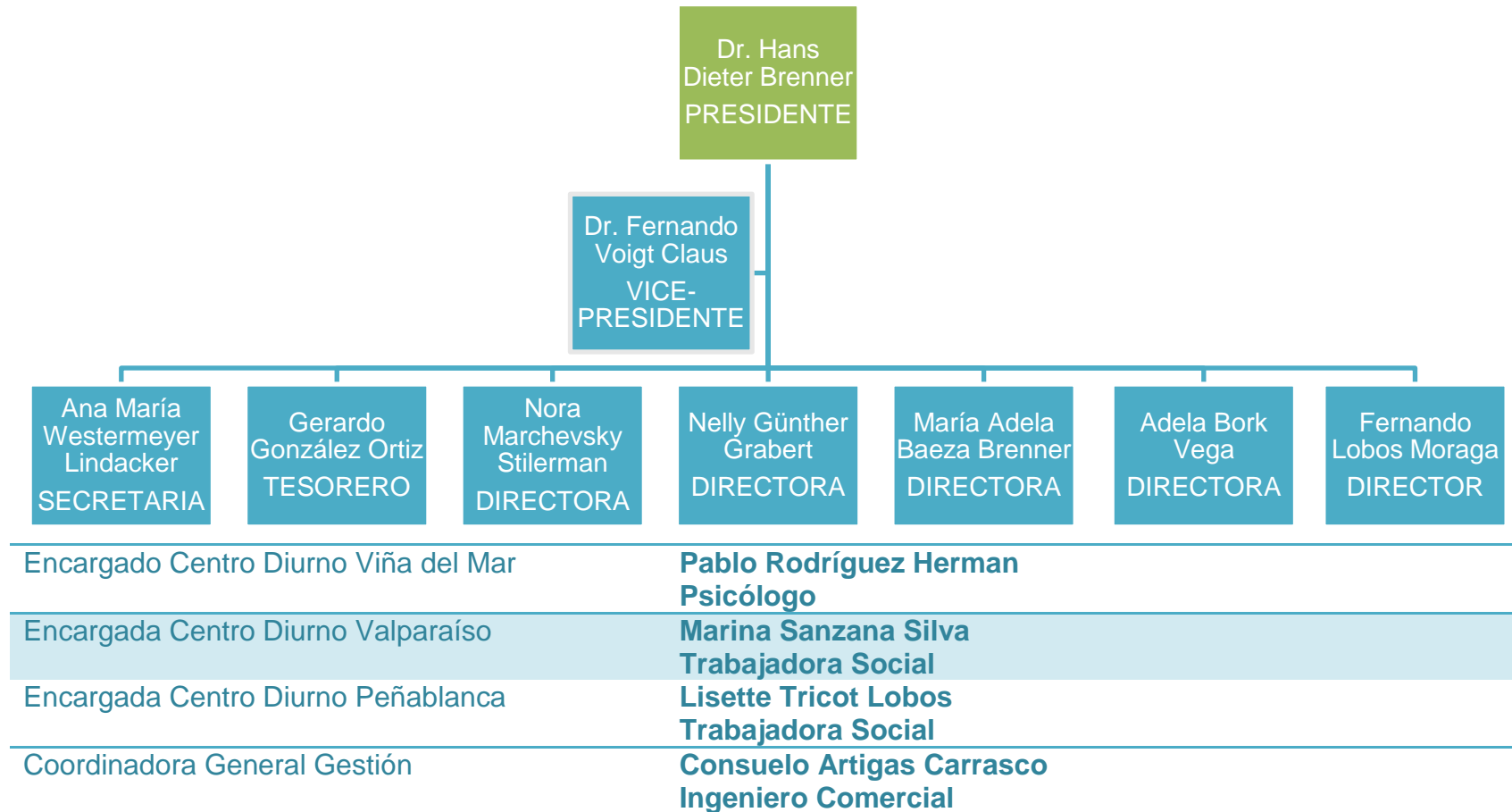
En la Corporación Bresky, el objetivo principal de los Trabajadores Sociales, y que es transversal a todas las actividades desarrolladas, es el de *Mejorar la calidad de vida de los participantes y sus familiares, potenciando las habilidades de éstos mismos.*

## **Funciones**

Los/as Trabajadores/as Sociales cumplen funciones de:

1. Organización y supervisión de talleres del centro diurno.
2. Encargados de la realización de entrevistas de ingreso, evaluación situación socioeconómica, contexto familiar y comunitario.
3. Evaluación de los participantes beneficiarios de la Corporación, función compartida con los demás integrantes del directorio técnico.
4. Diseño de proyectos y estrategias destinadas a conseguir financiamiento para la implementación de nuevos talleres y actividades.
5. En las reuniones psico educativas, el rol de trabajar en dupla con psicólogo/a de la Institución. Durante el desarrollo de la reunión, ambos profesionales se potencian en la labor de acoger y contener emocionalmente padres, madres y familiares; también orientan desde su experticia profesional en diferentes aspectos y temáticas abordadas
6. Coordinación de redes. Internas: Talleres Centro Diurno, Equipo Valparaíso, Equipo Viña del mar, Equipo Peñablanca, Estudiantes en prácticas y Seminaristas, Contacto con familiares. Externas: Vinculación con diferentes instituciones, Postulación a Proyectos, Coordinación con diferentes instituciones, Eventos, Presentaciones y reuniones, voluntarios/as, socios/as.
7. Acompañamiento terapéutico, tanto a las personas en rehabilitación, como a sus familiares mediante la realización de entrevistas y contacto telefónico.

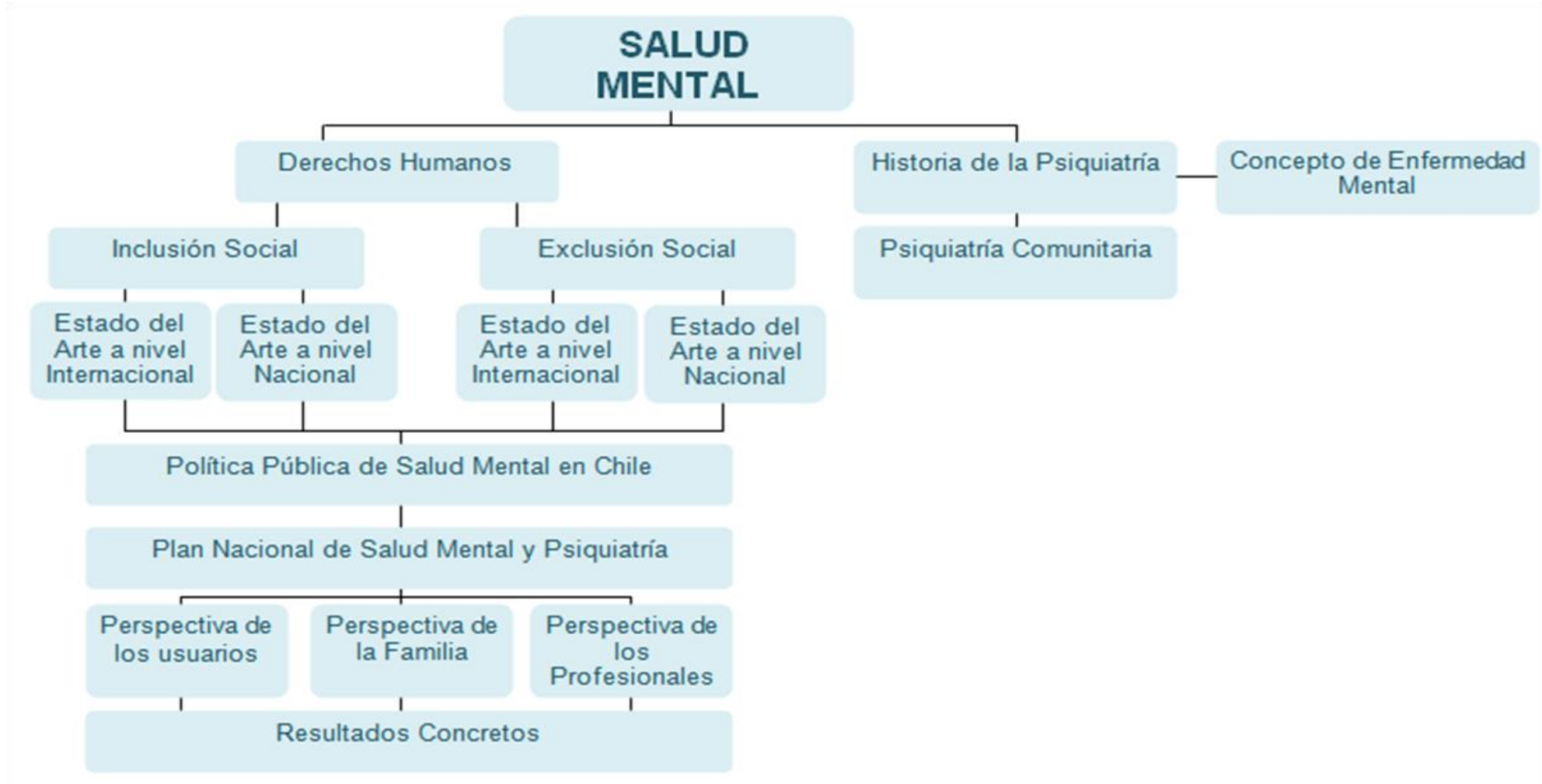
## 7. ORGANIGRAMA DIRECTORIO



## MARCO TEORICO



**MAPA CONCEPTUAL MARCO TEORICO**



## **CAPITULO 1: REFERENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

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

### **1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA Y CONCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

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

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

#### **1.1 Desarrollo Global de la Psiquiatría**

- **Prehistoria y Antigüedad**

Durante la prehistoria, los seres humanos centraron su atención en las causas y tratamiento de la enfermedad mental, atribuyendo su origen a fenómenos sobrenaturales que se apoderaban de la persona, teniendo como estrategia de “sanación” la trepanación craneana, mecanismo que tuvo su

auge durante el período neolítico, y consistía en la perforación y extracción de un fragmento de hueso craneal con la finalidad de “liberar” a los espíritus malévolos causantes de trastornos mentales.

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

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

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

Otro gran autor clásico griego es Platón, quien en su documento “Fedro”, relata la historia de Sócrates y un joven aprendiz, al cual a través de un lenguaje filosófico y poético le comenta sobre la “locura”, afirmando que existen dos tipos de “delirio”, el primero lo define como enfermedad del alma, y el segundo como una inspiración divina, que sobrepasa los límites de la naturaleza humana, y afirmando que estos se clasifican según los dioses que le inspiran, atribuyendo la inspiración profética a Apolo, la de los iniciados a Baco, la de los poetas a las Musas, y en fin, la de los amantes a Afrodita, y a Eros; y hemos dicho, que el delirio de amor es el más divino de todos. (Platón, 1957).

Por otra parte, en la cultura romana destacan autores como Asclepiades, quien realiza aportes conceptuales, diferenciando alucinaciones, ilusiones y delirios; y clasificando a las enfermedades mentales en agudas y crónicas; otros aportes son la inserción de condiciones

ambientales como factores condicionantes de la salud mental, y la promoción del trato humano a personas con problemáticas de esta índole, como la oposición al encierro carcelario de pacientes.

Galeno, otro autor romano, da cuenta de la ya mencionada dicotomía en la tradición psiquiátrica sobre la base física o no de los trastornos mentales, identificando dos grandes causas para ellos: orgánicas y mentales. Las primeras, como su nombre lo indican, relacionadas directamente con aspectos físicos como lesiones encefalocraneanas, alcohol, cambios menstruales (Florenzano, 1999). Referidas a “temores”, problemas amorosos o económicos. (Florenzano, 1999).

Continuando la cronología se presentan los avances médicos en el mundo de medio oriente, como el tratamiento de pacientes en Alejandría mediante técnicas alternativas y/o psicosociales como fiestas, paseos, hidroterapia, conciertos, entre otros; y el hito de la creación del primer hospital psiquiátrico en Bagdad, el año 792. (Florenzano, 1999)

- **Edad Media**

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

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

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

- **Renacimiento**

En este período el español Juan Luis Vives tiene el afán de abogar por las personas que tienen problemas de salud mental, advirtiendo que, si bien son enfermos, y no poseídos como se creía anteriormente, deben tratarse de forma digna y humana, afirmando que los remedios adecuados, el trato benigno y afable, la placidez y el sosiego, fácilmente vuelven al juicio y la salud mental. (Maidagán Ugarte, 1966).

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

Finalmente dentro de esta misma línea de re concepción de la enfermedad mental se encuentra el holandés Johannes Weyer, considerando primer psiquiatra y el padre de la psiquiatría moderna; centró su atención en el trato de los profesionales médicos con los/as pacientes, promoviendo una relación terapéutica, en que exista un conocimiento del paciente por parte del médico. Su método suscita un cambio en la perspectiva que a su vez impulsa la creación de hospitales especializados, creándose un hospital en París en 1641, otro en Viena en año 1741 y uno en Williamsburg en 1773 (Florenzano, 1999).

- **Siglo IX y XX**

En los años posteriores a la Revolución Francesa surge un personaje de gran relevancia en la historia de la psiquiatría: Phillipe Pinel, quien no sólo impulsó una nueva forma de trato hacia los pacientes psiquiátricos liberándolos –literalmente- de sus cadenas y transformando así las

instituciones psiquiátricas en lugares en que se debía respeto por la dignidad de la persona, sino también promovió mediante estas acciones la creación de hospitales psiquiátricos que siguieran este modelo y el avance de la psiquiatría como disciplina, al aumentar la cantidad de psicopatólogos que contribuyen a ampliar el lenguaje científico en cuanto a signos y síntomas de las enfermedades mentales.

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

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

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

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

- **Psiquiatría hoy**

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

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

## **1.2 Psiquiatría en América Latina**

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

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

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

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

Se accede a información médica de Estados Unidos, Francia y países europeos, particularmente a partir del siglo XIX, en el que se estudiaron y enseñaron las teorías de los franceses Cabanis, Pinel y Esquirol. Resultado de este impulso académico es la primera tesis sobre psiquiatría en Latinoamérica, “Disertación sobre la manía aguda” de Diego Alcorta, publicado en el año 1827 en Buenos Aires, Argentina.

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

- Esfuerzos de gobiernos por fundar instituciones psiquiátricas.
- Número creciente de publicaciones del área.
- Enseñanza universitaria de psicopatología.
- Promulgación de códigos y leyes de protección al paciente. (Vidal & Alarcón, 1986)

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

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

En cuanto a servicios de Salud Mental externos a Hospitales psiquiátricos, se crea el primer consultorio externo bajo el alero del Hospital de Santa Ana en Lima, Perú, el año 1915, y el primer servicio de Psiquiatría en un Hospital General en la misma ciudad el año 1941; posteriormente, en Caracas, Venezuela, en el centro de Salud Mental del Este, en 1963.

Esta perspectiva comunitaria va tomando con el tiempo importancia debido a la superación del interés de la psiquiatría por la enfermedad mental meramente como un asunto orgánico, agregando de esta forma al análisis

factores como el medio ambiente, las redes sociales, lo cual permite a su vez la inserción de diferentes profesionales, y la comunidad misma en el abordaje de los diagnósticos psiquiátricos.

### 1.2.1 Psiquiatría en Chile

El primer hospital psiquiátrico creado en Chile es la “Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles”, en el barrio Yungay, de la ciudad de Santiago, en el año 1852.

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

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

Durante su larga carrera funcionaría participó de diversas iniciativas tendientes a perfeccionar el trabajo técnico de la institución, como la creación de los laboratorios clínicos, anatomo-patológico y dental; la diferenciación, desde 1920, de tres secciones interiores dentro del establecimiento, a saber, el Hospital Psiquiátrico (para pacientes agudos, voluntarios o de observación), el manicomio (para pacientes agudos, voluntarios o de observación), de temperancia, legalizado en 1925; el desarrollo de diversos talleres de laborterapia (carpintería, lavandería, panadería, etc.) el ingreso de las asistentes sociales, la fundación de la escuela de enfermeros y enfermeras alienistas en 1925, con el apoyo de los Drs. Pedro Piña y Carlos Hurel. (Vidal & Alarcón, 1986)

Este hospital recibe en 1983 el nombre de Instituto D. José Horwitz Barak, como homenaje al médico chileno que dirigió dicho hospital psiquiátrico en el año 1978, falleciendo pocos meses después y dejando como legado la preocupación por las ocupaciones y talleres dentro del hospital (lo que él

llamó laborterapia), realizó investigaciones epidemiológicas en Salud Mental y se preocupó principalmente del alcoholismo como problema de salud mental.

## **2. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

La psiquiatría comunitaria es una de las metodologías utilizadas en los tiempos actuales en el campo de la Salud Mental, y para abordar sus características es necesario primero hacer mención de la psiquiatría social y diferenciarlas.

### **2.1 Psiquiatría Social**

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

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

Se acuñó así, el año 1956, el término “Psiquiatría Social” por Thomas Rennie, que da cuenta de una disciplina que intenta investigar y relacionar los fenómenos sociales con las problemáticas de Salud Mental.

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

El objetivo de la psiquiatría comunitaria, en contraposición a la de investigación y docencia de la psiquiatría social, es ofrecer más y mejor calidad de atención al enfermo mental y en sus esfuerzos participan miembros de la comunidad. (Desviat, 2007)

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

En el ámbito en que mayor se diferencian ambas sub disciplinas de la psiquiatría es en cuanto a las personas participantes: la psiquiatría social tiene como actores principales a los científicos, quienes según sus intereses buscarán alguna forma de financiamiento a través de instituciones u organismos; en cambio la psiquiatría comunitaria coloca a la comunidad, como su nombre lo indica, en primer lugar de relevancia, ya que es ella quien debe plantear sus necesidades, y al mismo tiempo ser un ente activo en la resolución de éstas, participando también científicos sociales, trabajadores/as de la salud, líderes comunitarios, organizaciones de base e instituciones públicas y/o privadas.

## **2.2 Psiquiatría Comunitaria**

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

El cambio de paradigma se expresa en poderosas razones técnicas, la ineficacia, el fracaso como instrumento del hospital psiquiátrico, del manicomio, y una razón ética, la necesaria restitución de la dignidad y sus Derechos como personas a los pacientes mentales (Desviat, 2007).

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

### **A. La participación de la comunidad**

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

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

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

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

### **B. La continuidad del tratamiento**

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

### C. La prevención

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

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

Estos tres principios involucran tres grandes desplazamientos, haciendo relación entre modelo “médico” y modelo comunitario: “1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a los centros comunitarios; 3) Del psiquiatra al equipo” (Desviat, 2007, pág. 89).

Para finalizar, es importante destacar que, debido al escaso desarrollo en nuestro continente en referencia a la psiquiatría, la psiquiatría comunitaria ha tomado fuerza en los últimos años, debido al cambio de paradigma en salud mental, experimentando como mayor limitación, la dificultad para motivar a la comunidad respecto a este tema, como afirma Desviat “el problema está en que con frecuencia hay “ausencia de la comunidad” en las prácticas que se consideran comunitarias”. (Desviat, 2007, pág. 91)

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

## **CAPITULO 2: DERECHOS HUMANOS**

### **1. DERECHOS HUMANOS Y DISCAPACIDAD**

En la actualidad es común abordar la cuestión de la discapacidad desde la teoría de los Derechos Humanos, es importante, por un lado, ya que siempre ha sido así, y por otro, porque existen diferentes teorías de los Derechos, distintas formas de entenderlos y, por lo tanto, diferentes formas de proyectarlos sobre la cuestión de la discapacidad. Es preciso señalar, los rasgos del enfoque de Derechos que se consideran adecuados para abordar los Derechos de las personas con discapacidad, los cuales se presentan como referente a la hora de tratar la problemática.

La discapacidad es uno de los temas que poseen una fuerte carga emotiva. Sin lugar a dudas, la justificación de una serie de acciones destinadas a paliar o suprimir las dificultades con las que se encuentra un colectivo como el de las personas con discapacidad en el ámbito social, se presenta como algo evidente. A pesar de tratarse de un colectivo difícil de identificar, formando por sujetos que pertenecen a él en virtud de rasgos diferentes y, además de un colectivo falto, en ocasiones, de identidad y definido heterónomamente.

Es un colectivo falto de identidad ya que, a diferencia de otros, no existe siempre un sentimiento de pertenencia. “Y ello es debido, seguramente, a que se trata de un colectivo heterónimo, esto es, desde afuera. Esta heteronomía implica tanto una ausencia de identidad como el manejo de una serie de estereotipos que condicionan la visión de la persona con discapacidad y que dificultan ese sentimiento de pertenencia”. (De Asís Roig, 2007, pág. 18)

La atención al sujeto discapacitado ha pasado por varios momentos en la historia, siguiendo, en lo básico, es frecuente hablar de dos grandes modelos, el de la prescindencia y el médico. Ambos manejaban una visión negativa de la discapacidad. El primero, en términos generales, se caracterizaba por la consideración de la discapacidad como una situación

producto de un castigo divino o natural y por la defensa de la necesidad de acabar con la propia vida de las personas discapacitadas o, en el mejor de los casos, por la defensa de la necesidad de marginarlas. El segundo, a diferencia del anterior, entendía la discapacidad como una anomalía que no tenía su origen en un castigo sino en una imperfección física o psíquica natural o provocada, que situaba a algunos sujetos por debajo de unos niveles que se consideraban como normales. Ahora bien, las consecuencias de este modelo se traducían de nuevo, en la marginación de este colectivo, aunque en ocasiones también en la defensa de una serie de medidas dirigidas específicamente a paliar los problemas en los que se encontraban las personas con discapacidad.

Se trata de dos modelos que aun hoy están presentes, al menos en la percepción social de la discapacidad e incluso en sus enfoques teóricos y académicos. Y ello a pesar de que ya en el modelo médico se comienza a abordar la cuestión de la discapacidad desde los Derechos Humanos. Sin embargo, en la actualidad se ha comenzado a hablar del modelo social, desde el que la discapacidad deja de ser entendida como una anomalía del sujeto y comienza a ser contemplada más bien como una anomalía de la sociedad. Y ello se hace, de nuevo, de la mano de los Derechos Humanos.

En la actualidad, es difícil encontrarnos con planteamientos que nieguen la necesidad del establecimiento de medidas dirigidas a disminuir las dificultades con las que se encuentran las personas con discapacidad en lo referente al disfrute de los Derechos. Sin embargo, cuando se pasa a analizar su alcance y su proyección en otras situaciones y personas, o, incluso, cuando se trata de justificarlas de una manera concluyente, o cuando se ponen al descubierto los presupuestos en los que estas medidas se basan, la cuestión adquiere una mayor complejidad. En este sentido, más allá de esa primera impresión, que vendría a decir algo así como que todos somos conscientes y partidarios de elaborar políticas no discriminatorias en materia de discapacidad, es importante abordar la cuestión de la discapacidad de una manera integral en el ámbito de un discurso racional que utilice un concepto de Derechos Humanos también integral.

Se presenta de esta manera cómo los Derechos Humanos están presentes en la historia, para tratar la cuestión de la discapacidad. No obstante, esta presencia ha sido en ocasiones poco inmediata. Hay una cierta distancia o si se quiere una escasa comunicación entre la teoría de los Derechos y la normativa sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Por un lado, la teoría de los Derechos, sobre todo la que habla sobre conceptos, fundamentos, historia, no ha tratado ni suficientemente ni seriamente la cuestión de la discapacidad, y por otro, la regulación jurídica de dicha cuestión, incluso también el tratamiento social, se ha elaborado a espaldas de la teoría consistente de los Derechos. En este sentido, es necesario acercar ambos ámbitos, comunicar, como en otras tantas cuestiones, la teoría con la práctica, ciertamente este problema necesita soluciones prácticas, seguramente de expertos de las ciencias sociales, no obstante, también es cierto que esas soluciones prácticas deben estar apoyadas en razones y dentro de un marco coherente desde el punto de vista teórico. (De Asís Roig, 2007)

## **2. ENFOQUE DE LA DISCAPACIDAD. LA SOLUCIÓN ESTÁ EN EL DERECHO**

No cabe duda que el Derecho constituye una de las principales herramientas de organización y dirección de la vida social, vivimos en un ámbito del derecho. En este contexto se afirma la necesidad de llevar a cabo una serie de medidas al hilo de dos grandes proyecciones relacionadas al principio de no discriminación e igualdad jurídica, la diferenciación negativa y la diferenciación positiva.

La igualdad como diferenciación negativa supone un trato igual de circunstancias o situaciones diferentes que, sin embargo, se estima deben considerarse irrelevantes para el disfrute o ejercicio de determinados Derechos o para la aplicación de normas. Es lo que podríamos denominar trato de igualdad de situaciones no idénticas o también igualdad como no discriminación. En relación con los Derechos, implica la no diferenciación de lo referido a su titularidad, ejercicio y garantías. En todo caso, esta proyección no se entiende sin la siguiente. La igualdad como diferenciación

positiva supone un trato diferente de circunstancias y situaciones que se consideran relevantes.

Un aspecto problemático de la igualdad como diferenciación negativa es el de la llamada discriminación indirecta, que se produce cuando tratos neutrales inciden negativamente sobre un grupo o una clase de sujetos. Por su parte, lo problemático de la igualdad como diferenciación positiva radica en que se presenta como discriminación directa.

Aunque normalmente se tiende a justificar sólo la diferencia y no el trato uniforme, seguramente por la presencia de la idea de igualdad formal en el propio concepto de derecho, tanto la diferenciación negativa como la diferenciación positiva presuponen un juicio de relevancia y racionalidad, y esto es precisamente lo esencial en su justificación. En efecto, el juicio de relevancia y racionalidad no es otra cosa que el intento de presentar razones que permitan apoyar una u otra medida. (De Asís Roig, 2007)

La incursión de la discapacidad en el contexto de las políticas jurídicas igualitarias ha provocado la aparición de normas que recogen una serie de principios apoyados y justificados en la idea de razonabilidad. Un buen ejemplo es la ley de integración social de personas con discapacidad N° 19.284 de Chile, la que dentro de sus líneas generales, promueve la autonomía personal de las personas con discapacidad e igualdad de oportunidades para el mejoramiento de la calidad de vida. Se trata de principios coherentes con el discurso del Derecho.

### **3. IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN**

Dentro de este marco es más fácil hacer referencia a la temática de la igualdad, teniendo en cuenta que la naturaleza ha hecho absolutamente desiguales en talentos, en géneros, en condiciones físicas, en salud, en riqueza, entre otros.

De allí que la única posibilidad teórica, desde el punto de vista del derecho o de la ética, se refiere a la igualdad, sea la normativa que prescribe acerca de la manera en que debemos ser tratados y no la descriptiva, que

sólo informa de nuestras diferencias. Esta concepción pragmática de la igualdad implica además la necesidad de concebirla en relación con la justicia, es por ello que se puede hablar de igualdad de todos y todas ante la ley.

La igualdad puede ser tomada además de dos maneras distintas: A) como equiparación, con las dificultades de las posibilidades de comparar a la gente en lo que hace a los bienes, recursos y satisfacciones. Un buen punto de partida es *El contrato social* de Rousseau, donde se dice que ningún ciudadano sea tan rico como para poder comprar a otro ni ninguno tan pobre como para verse obligado a venderse (Rousseau, 2008); B) como no dominación, lo que implica asegurar la vigencia del principio kantiano que impide que nadie sea tratado como un medio para conseguir fines ajenos.

## **CAPITULO 3: ESTADO DEL ARTE DE INCLUSION SOCIAL**

### **1. CONCEPTOS DE INCLUSIÓN SOCIAL**

A pesar de que el término se usa profusamente a escala internacional, no existe un consenso real sobre lo que significa la inclusión social, ni sobre la forma que debería tener una sociedad, o un país caracterizados por la inclusión social. Quizá el motivo de esta falta de consenso se deba a que el concepto en cuestión se basa en una percepción subjetiva de lo que debería ser justo o adecuado. Esa percepción subjetiva es distinta en cada país, y varía en función de las diferentes situaciones económicas y culturas. Se trata, por tanto, de un término relativo (Britton L, 2002).

La inclusión social es un concepto muy resbaladizo cuando se utiliza internacionalmente y sólo puede comprenderse en el contexto de sistemas culturales y nacionales concretos. Existe una amplia gama de discursos de inclusión que interactúan de forma compleja, por lo que parece más sensato hablar de inclusiones que de un concepto singular y monolítico de inclusión (Dyson, 2001).

Además, el concepto de inclusión se define a menudo en relación a otros conceptos, fundamentalmente, el de inserción o integración, que están también insuficientemente delimitados, lo que incrementa la indefinición y generalidad del término. Si bien ello puede considerarse en cierto sentido como una ventaja, en la medida en que permite un uso generalizado del término y su adaptación a muy numerosas realidades, cabe pensar que los inconvenientes son mayores que las ventajas y que un concepto como éste, nuclear en la definición de las políticas sociales, requiere una delimitación más clara de su significado y de sus implicaciones.

## 2. INCLUSIÓN E INTEGRACIÓN

En nuestro entorno, sin duda, el término de *inclusión* se ha venido utilizando fundamentalmente como sinónimo o equivalente de *integración* y son pocas, aunque existen, las conceptualizaciones en las que se ha establecido una diferenciación clara y argumentada entre uno y otro. Alberto Galerón de Miguel, director en su día del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), lo expresa con claridad: “(...) Hay que comprender el verdadero significado de la palabra Inclusión, que traduciría, sin más, por la palabra Integración. Hoy nos hemos dado ese vocablo de inclusión porque es una traducción. Pero en este país se ha hablado siempre de Integración” (Galeron de Miguel, 2002, págs. 194 - 200).

En el mismo sentido, el *Nouveau Dictionnaire Critique D'action Sociale* (Bouquet B, 2006, pág. 43) señala que “tal y como han puesto de manifiesto numerosos contemporáneos, tanto en Francia como en otros países, el término de integración se utiliza de forma ambigua”. Para estos autores, el uso excesivamente genérico de este concepto tiende a amalgamar ámbitos muy diversos (políticos, económicos, culturales, simbólicos, etc.), “lo que convierte la integración en una especie de cajón de sastre, un concepto globalizante sin gran valor analítico”.

De acuerdo con el Diccionario Enciclopédico de Sociología, la integración es la denominación con que se conocen en sociología los procesos de incorporación y asimilación, en la conciencia y en la práctica, de las estructuras de valor y las pautas de conducta llevadas a cabo: a) por las personas individuales en relación con determinados grupos u organizaciones, o sectores de la sociedad relevantes para ellos; b) entre distintos grupos, clases o etnias de una sociedad; c) entre distintas sociedades, en beneficio de la constitución de estructuras y órdenes sociales culturales comunes, nuevos. Por su parte, el *Nouveau Dictionnaire Critique D'action Sociale* (Bouquet B, 2006) relaciona el concepto con los postulados de Emile Durkheim, que concibe la integración como una propiedad de la sociedad, tanto más integrada cuanto mayor sea el grado de interdependencia entre sus miembros y de asunción común de objetivos y valores.

Debe recordarse, por otra parte, que el término de integración ha ido siempre de la mano con el de inserción, sin que tampoco en este caso sea posible encontrar diferencias sustanciales entre un concepto y otro. De acuerdo al *Dictionnaire du Handicap* (Zribi & Fontaine, 2000, pág. 56) “concepto clave de toda política social (salud mental, marginalidad, envejecimiento...), la integración de las personas con discapacidad constituye el eje central del discurso político, de los textos legales y de los informes oficiales (tanto en Francia como en el conjunto de la UE). El término de inserción es en ocasiones preferido al de integración, ya que el primero parece, para algunos, respetar en mayor medida las características personales y prevenir los excesos normativos, mientras que para otros, el segundo resulta más afirmativo en relación al derecho de las personas con discapacidad a vivir como cualquier otra persona”. Para estos mismos autores, la inserción social puede definirse en oposición a la marginación o la segregación social. En la medida en que los vínculos de pertenencia a una comunidad adoptan formas diversas y diversos grados de implicación, la integración social no implica que exista una sola forma de adaptación, uniforme y estática.

### **3. INCLUSIÓN COMO SUPERACIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL.**

A partir de ese cuestionamiento, es posible encontrar algunas conceptualizaciones de la inclusión social no como sinónimo, sino como superación del concepto de integración. En ese sentido Atkinson y Marlier señalan, por ejemplo, que inclusión social no equivale a integración social, si esta última se equipara a la cohesión social. A su juicio, las sociedades feudales podían posiblemente vivir en una situación de equilibrio, pero en ningún caso cabe pensar que se tratara de sociedades inclusivas.

En el mismo sentido, Renzaglia señala que la integración, definida como insertar a alguien en un sistema unificado, difiere de la inclusión en la medida en que este último concepto exige valorar positivamente la diferencia y responder a las necesidades de todas las personas. Desde ese punto de vista, y de forma un tanto simplista, frente a la idea de integración, el concepto de inclusión podría vincularse en cierta forma al modelo social de la

discapacidad, en la medida en que el énfasis pasa a ponerse en el carácter más o menos excluyente de los entornos sociales.

El concepto de inclusión puede por tanto entenderse como un avance frente a otros conceptos, como el de normalización, que pueden ser en sí mismos considerados como generadores de exclusión. En efecto, la exclusión que padecen las personas con discapacidad puede deberse, para algunos autores, al establecimiento de una norma en la que estas personas no se reconocen: así, las personas con discapacidad se verían imposibilitadas de participar en una gran cantidad de actividades que sustentan una vida en sociedad, y que las eliminan de la corriente habitual de la vida cotidiana. Ello se debe a que todos los puntos de acceso a las estructuras de la vida diaria, educación, trabajo, familia, interacción social, etc. En gran medida en relación con la norma dominante, en este caso el de las personas sin discapacidad. De este modo, como normalmente no se prevén adaptaciones para las desviaciones o las diferencias respecto de la norma elegida, la diferencia sirve como base para una sutil (y a veces no tan sutil) discriminación (Palacios & Barriffi, 2007, pág. 99).

En ese sentido, y citando a Mike Oliver, (uno de los padres del modelo social de la discapacidad) éste autor plantea el concepto de inclusión como un avance o una superación de un modelo de integración que consideran periclitado: la vieja visión de integración entiende que aquellas personas que son diferentes tienen que ser aceptadas y toleradas por todos los demás. Sin embargo, la nueva visión de integración, o a juicio del Equipo Seminarista, inclusión, está sostenida por una filosofía enteramente diferente, que puede ser denominada la política de la identidad personal. Desde esta visión se entiende que la diferencia no tiene que ser meramente tolerada y aceptada, sino que tiene que ser valorada positivamente.

Cabe por tanto pensar que mientras la integración podría equipararse, metafóricamente, a encajar una pieza en un molde predeterminado y predefinido, la inclusión habría de equipararse con la creación de moldes lo suficientemente flexibles como para poder adaptarse a las características de piezas muy diversas. Simplificando, quizás en exceso, la idea, podría decirse que si en el primer caso es fundamentalmente la persona diferente la que se adapta al conjunto, en el segundo caso es el conjunto el que ha de adaptarse

a las características de la persona diferente, habida cuenta además de que todas las personas son, por definición, diferentes.

En cualquier caso, si bien es cierto que a menudo el concepto de integración ha sido cuestionado por su rigidez y por su presunta cercanía al modelo rehabilitador de la discapacidad, el propio concepto de inclusión, entendido como un avance en relación al concepto antiguo de integración, ha sido también objeto de críticas. Para Spandler, por ejemplo, se ha producido en los últimos años un cambio en las políticas sociales, que habrían dejado de centrarse en *reducir o evitar la exclusión* para pasar a centrarse en *promover la inclusión*. Pese a que apenas ha sido objeto de definiciones serias, mantiene la autora, el concepto de inclusión se plantea como evidentemente deseable e incuestionable, en la medida en que se considera como un derecho humano y un imperativo moral. Para esta autora, sin embargo, la inclusión puede convertirse en la última forma en la que la sociedad regula a las personas con problemas de salud mental. En efecto, para Spandler, si bien no cabe duda de que la exclusión social tiene un impacto negativo en la salud mental y el bienestar social, es lícito cuestionarse respecto a las bondades de la inclusión: Las personas con problemas de salud mental deberían desear implicarse y participar, en la medida en que se considera que ello constituye un bien incuestionable.

Sin embargo, esa idea de inclusión implica en la práctica que la calidad de la sociedad convencional no sólo es deseable, sino además legítima y exenta de problemas.

### **A. Inclusión Social como antónimo de Exclusión Social**

El *Nouveau Dictionnaire Critique D'action Sociale* (Bouquet B, 2006, pág. 58), señala que “comúnmente, el término de integración remite a su opuesto, la exclusión, que expulsa a las personas al margen de una sociedad y de sus valores”.

Desde ese punto de vista, la delimitación conceptual del concepto es sencilla: la inclusión se da cuando no existe exclusión. Así por ejemplo, en un reciente documento elaborado para Naciones Unidas, Atkinson y Marlier, definen la inclusión social como el proceso por el cual las sociedades

combaten la pobreza y la exclusión. A su vez, estos autores definen la exclusión social como la exclusión involuntaria de individuos y grupos de los procesos políticos, económicos y sociales, que impiden su participación plena en la sociedad en la que viven. En el mismo sentido, el *Nouveau Dictionnaire Critique D'action Sociale* define la exclusión como el producto de un defecto en los mecanismos de integración o inserción, un conjunto de mecanismos de ruptura tanto desde el punto de vista simbólico (estigmas o atributos negativos), como desde el plano de las relaciones sociales, ruptura los lazos que vinculan a las personas entre sí.

El reto más importante en lo que se refiere a la delimitación conceptual de la inclusión (o la integración) en las sociedades contemporáneas se refiere a las fórmulas de inclusión que han de arbitrarse en un contexto de creciente individualización y de erosión de las formas tradicionales de integración. En efecto, la premisa de la inclusión social implica la existencia de una ideal de vida en común al que toda persona debería aspirar. Estar incluido implica participar de ese ideal, que se considera saludable y deseable. Pese a esta creencia compartida y aparentemente razonable, el vínculo entre inclusión en los entornos normalizados y salud mental no ha sido, sin embargo, establecido con claridad.

Sin compartir necesariamente este cuestionamiento, sí parece en cualquier caso necesario abogar por una concepción de la inclusión que tenga en cuenta los cambios que se han producido en las formas de socialización e inclusión del conjunto de la sociedad. Cabe pensar en ese sentido que la norma socialmente valorada, utilizando la terminología de Wolfensberger, es hoy más tenue y más difusa que en 1972 y que, aunque pueda sociológicamente identificarse a un colectivo más o menos amplio que viva en una situación de plena integración, como contrapunto a quienes viven en situaciones de exclusión o integración precaria, son posibles ahora formas más diversas, individualizadas y plurales de integración. Sin duda, la mayor diversidad, aceptación y tolerancia en cuanto a valores morales y religiosos, posicionamientos ideológicos, hábitos de consumo, relaciones familiares u orientaciones sexuales, estilos de vida, en definitiva, se traduce en un debilitamiento definido como ideal de vida en común y necesariamente ha de afectar a la forma en la que entendemos la inclusión.

## **B. La dinámica del empleo y la institucionalidad laboral como clave de la igualdad de oportunidades y la inclusión laboral.**

Para propósitos de este Seminario de Título, se quiere rescatar la temática de empleo y su variable de inclusión social, puesto que la dinámica del mercado de trabajo es la manifestación más evidente de la calidad del proceso de desarrollo económico y social. Su capacidad para absorber la población económicamente activa en condiciones adecuadas de movilidad social, remuneración, jornada laboral, permanencia en el empleo, Derechos del trabajo, contratación y organización sindical, y para establecer condiciones de protección para los desempleados y jubilados son piezas fundamentales de la cohesión social. Estas capacidades también son esenciales para promover un patrón de crecimiento económico con un efecto más positivo sobre la distribución del ingreso y el empleo.

- **Los vectores de la igualdad y la desigualdad en el empleo**

Una parte significativa de la desigualdad de la región se debe a los resultados del mercado de trabajo, determinados en gran parte por el modelo económico elegido por cada país y la dinámica de la productividad y los salarios que caracterizan a la región, en el marco de estructuras productivas sumamente heterogéneas, como son las de América Latina y el Caribe. En las páginas siguientes se retoma el análisis, pero a partir de la dinámica propia de los mercados de trabajo.

La cantidad y calidad del empleo, específicamente los ingresos laborales, determinan en gran medida el bienestar material de la mayoría de los hogares de la región (Medina & Galván, 2008). La desigualdad con respecto a los activos de que dispone la población en edad de trabajar y las oportunidades desiguales de inserción laboral productiva proporcionadas por estos activos influyen marcadamente en el bienestar, así como en la cohesión social, en este sentido, también son decisivas las brechas de los ingresos laborales y del acceso a la protección social entre los diferentes grupos de la fuerza de trabajo, diferenciados según sus características en términos de educación, experiencia, sexo, zona de residencia y otros factores.

- **Inclusión laboral de grupos específicos**

Algunos colectivos requieren de medidas especiales para fomentar su inserción en el empleo productivo. Los programas que fomentan la inserción laboral de grupo con problemas especiales de acceso al mercado de trabajo y a puestos productivos no solamente mejoran los ingresos y las perspectivas laborales de los beneficiarios directos, sino que también contribuyen a una mayor producción, de manera que, además de instrumentos de desarrollo social, constituyen mecanismos que favorecen el desarrollo productivo. (Cepal, 2010)

## **CAPITULO 4: ESTADO DEL ARTE DE EXCLUSIÓN SOCIAL.**

### **1. DEFINICIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

La exclusión social es un proceso complejo y multidimensional. Implica la carencia o negación de recursos, Derechos, bienes y servicios, y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades ordinarias, accesibles para la mayor parte de la sociedad, en el ámbito social, cultural, económico o político. Afecta tanto a la calidad de vida de las personas como a la equidad y la cohesión de la sociedad en su conjunto (Levitas, 2007). Según Sarasa y Sales, la mayor parte de las explicaciones sobre la existencia de la exclusión social giran en torno a tres tipos de enfoque:

- En el primero, los excluidos son personas que no quieren seguir las normas y estilos mayoritarios y a quienes es preciso incentivar y disciplinar. El problema de la exclusión es, por tanto, un problema de falta de incentivos y de motivación por parte de las personas excluidas. El origen de esta autoexclusión no tendría apenas relación con la pobreza económica, sino que estaría vinculada con el debilitamiento de la familia resultante de los movimientos contraculturales de los años sesenta y setenta y una excesiva protección ejercida por el Estado de Bienestar, que mediante subsidios a hogares monoparentales y otros, estaría incentivando las conductas y estilos de vida marginales. Las propuestas de actuación pública derivadas de esta concepción de exclusión estarían dirigidas a un rearme moral frente a las ideologías que han debilitado a la familia y a la sustitución de los subsidios públicos por programas que obliguen a sus perceptores a aceptar cualquier oferta laboral que se les proponga.
- La visión anterior que enfatiza la voluntariedad de la exclusión y los incentivos negativos de la protección social está en las antípodas de las teorías que, aceptando la existencia de un núcleo duro de la pobreza con determinadas conductas marginales, busca la explicación en los cambios socioeconómicos producidos con el advenimiento de la sociedad postindustrial.

- Por último, la exclusión también es analizada como el resultado de una discriminación activa basada en los intereses estamentales y en los prejuicios en contra de los grupos sociales específicos a causa de su etnia, circunstancias personales o estilos de vida. Sin negar la importancia que tienen las motivaciones y las capacidades de las personas, desde esta perspectiva el énfasis se pone en la negación de oportunidades que padecen grupos sociales estigmatizados. Sin embargo, cuando la exclusión es concebida como la pertenencia a un grupo específico, con lógicas, valores y conductas claramente diferenciados de los de la sociedad mayoritaria, es muy fácil que acabe reforzando esta estigmatización que en nada ayuda a vencer la exclusión. (Sarasa & Sales, 2009)

En el entorno europeo, se ha ido definiendo un concepto de exclusión social que, fundamentalmente, se caracteriza por subrayar el carácter involuntario y forzoso de la exclusión, que vendría motivada por las dificultades que una parte de la ciudadanía tiene para acceder a una serie de bienes y Derechos básicos.

Laparra y Pérez Eransus señalan en ese sentido que la extensión del término exclusión en Europa responde, precisamente, a la existencia de un elevado nivel de consenso teórico sobre la necesidad de utilizar una concepción que incluya la naturaleza dinámica, multidimensional y heterogénea del fenómeno. A pesar de la complejidad y el carácter dinámico de este fenómeno, parece existir cierto consenso en que incluye dificultades o barreras en al menos el eje económico (empleo, ingresos, privación), el eje político de la ciudadanía (los Derechos políticos, pero también la educación, la salud o la vivienda) y el eje de las relaciones sociales (aislamiento, anomia) (Laparra, 2009). Por otro lado, añaden estos mismos autores, de una concepción estática, que entendía la pobreza como situación de bajos ingresos un momento determinado del tiempo, se pasa a una concepción que entiende la exclusión como un proceso. De la concepción dual, que entendía la pobreza como una situación que afecta a un colectivo diferenciado de la sociedad mayoritaria, se pasa a la diferenciación de una heterogeneidad de espacios situados en el continuo entre integración y exclusión.

A partir de esos planteamientos, Laparra y Pérez Eransus (2009) definen la exclusión social como un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad más leve hasta las situaciones de exclusión más graves. A su juicio, el concepto de exclusión que se extiende en Europa permite incluir tres aspectos clave de esta concepción de las situaciones de dificultad: origen estructural, su carácter multidimensional y su naturaleza procesual. (Laparra, 2009)

## **2. EXCLUSIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL DESDE LA SOCIOLOGÍA**

### **2.1 Antecedentes desde la Sociología**

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

Weber, ante dicha situación de difícil resolución, plantea una metodología de conocimiento de la conducta de las personas, denominándola “Verstehen”, la cual se traduce como “Entendimiento”.

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

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

### **2.1.1 Interacción Simbólica**

Esta teoría, es vista desde una perspectiva de la sociología moderna, denominada microsociología. Se concentra en la búsqueda de los significados subjetivos de los actos humanos, pero enfocada desde otra arista, ya que plantea que la interacción social se desarrolla gracias al consenso en relación a los significados de ciertos símbolos comunes. Estos símbolos se definen como figuras que sirven para representar un concepto, por la asociación que la comprensión percibe entre éstos. Los adherentes a esta teoría de la interacción simbólica sostienen que el mayor símbolo concebido por el ser humano es el lenguaje, cuyo significado, mediante palabras, es compartido por las personas, haciéndolas características y diferenciándolas de las demás especies.

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

A su vez, este aprendizaje se realiza en primer lugar, según los grupos de pertenencia de la persona, particularmente y en primer lugar los grupos primarios, y en segundo lugar, condicionado por los roles que dentro de estos grupos de pertenencia se desempeñen.

Por otra parte, desde esta teoría se analizan fenómenos como las “conductas desviadas”, actos que se consideran “incorrectos” y la conformidad de las personas en la sociedad, para las cuales se adscriben dos teorías, la de etiquetamiento y la de desviaciones primarias y secundarias.

### **2.1.2 Teoría del Etiquetamiento**

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

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

### **2.1.3 Teoría de las desviaciones Primarias y Secundarias.**

Este modelo, desarrollado por Edwin Lemert, hace distinción entre la desviación primaria, es decir, aquellos quebramientos de las normas sociales cometidas por primera vez por los individuos sin que consideren que han hecho algo incorrecto o delictual (Universidad Central, Hogar de Cristo, MINSAL, 2005).

En esta teoría también, siguiendo la línea de la interacción simbólica, predomina el significado que a estas acciones sea asignado por otros, lo cual puede desembocar en que, a pesar de que la persona que haya perpetrado el hecho no haya tenido la intencionalidad de quebrantar normas, puede que de todas formas se vea etiquetado debido a que las personas a su alrededor asignen otra interpretación al acto, por lo cual como en el caso anterior, se presentan las acciones de retractarse de lo realizado, o bien asumir dicho etiquetamiento y rol que con este va acompañado, lo cual conduciría ahora, en su consecución consciente de acciones desviadas, a una desviación secundaria, o sea una violencia repetida y continua del sistema normativo, en donde el individuo que comete la acción delictual está consciente de su conducta desviada (Universidad Central, Hogar de Cristo, MINSAL, 2005).

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

de los seres humanos, y por otra parte, la comunicación social y otros conceptos que serán desarrollados en el siguiente apartado.

Como equipo seminarista, se exponen estas teorías porque aspiran a comprender y explicar elementos tan subjetivos como los pensamientos.

Ambas teorías expuestas, entregan un rol fundamental a la sociedad, puesto que es ella, quien define los significados de las conductas realizadas por los integrantes de dicha sociedad.

La teoría de interacción simbólica declara que la sociedad genera el sentido de pertenencia en los individuos, por lo tanto, es ella quien predetermina el rol de los grupos en la sociedad, ejemplo de esto, es que define el rol de las personas con diagnósticos psiquiátricos severo, y generalmente este rol es de connotación negativa, desarrollando estereotipos con respecto a este grupo en específico. Esto sucede, porque una de las características principales de esta teoría, es la comunicación que se da entre personas a través de un lenguaje en común, generando la llamada interacción social, ésta es uno de los motivos que concibe que el grupo de personas con trastorno psiquiátrico sean clasificados como negativos para la sociedad. En esta comunicación no desarrollan una interacción social puesto que no se tienen un lenguaje en común y se ocasiona un problema grave de comunicación.

De la teoría del etiquetamiento, se destaca la definición de conductas desviadas, donde su característica principal es que son definidas y clasificados por la sociedad, por lo cual, es la sociedad quien entrega una etiqueta negativa, se quiso realzar esta teoría puesto que es común que a personas con diagnóstico psiquiátrico severo, se le atribuyan etiquetas de connotación negativa, lo que lleva como consecuencias sentimientos, actitudes negativas, rechazo y aislamiento por parte de la sociedad a aquellos grupos nombrados anteriormente.

### 3. LA EXCLUSIÓN COMO FENÓMENO SOCIAL: INTERPRETACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

#### 3.1 Percepción de personas y estereotipo

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

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

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

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

Sin embargo difieren en algunos aspectos, como son:

- A. Las personas se perciben como agentes causales, ya que piensan, tienen voluntad, por tanto todas las acciones tienen una intencionalidad, pueden influir en el proceso de la percepción.
- B. Tanto el objeto como el sujeto de percepción es persona, por tanto, el proceso es dialéctico, A es estímulo para B y viceversa, como la interacción es dinámica, la puede manejar la impresión que desea que la persona perceptora tenga.
- C. La percepción de personas es claramente más compleja que la de cosas, debido a la gran cantidad de variables de comportamiento involucradas, sumando a esto que estas variables están en constante cambio.

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

- A. Explicación de la causalidad social, generalmente de los sucesos a gran escala, cuyas características principales son la complejidad y su impronta negativa.
- B. Justificación de las acciones hacia otros grupos.
- C. Proporcionar una identidad social positiva, mediante el restablecimiento de la diferenciación positiva en momentos en que las diferencias entre grupos parecieran haberse disminuido. (Tajfel, 1984)

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

## 3.2 Minorías y prejuicios

### 3.2.1 Minorías: Definición y características

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

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

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

La interacción social, que se ha abordado anteriormente mediante el abordaje de la teoría de la interacción simbólica, es un punto clave para este grupo, pues la relación que mantenga con su entorno u otros grupos (de cooperación, conflicto, complementariedad, coalición, etc.) será condicionante de la representación de dichos grupos tengan de éste, el grupo

independiente; aunque también este puede, tal como se afirmó en la percepción social, guiar esta representación.

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

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

### 3.2.2 Grupos minoritarios y Exclusión

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

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

Por otro lado, se debe considerar la *discriminación* que se presenta cuando la minoría mantiene su identidad cultural y mantiene una relación de conflicto con la mayoría, y la *anomía o marginación* cuando la minoría ni mantiene su identidad cultural ni se integra a las normas del grupo dominante o mayoritario.

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

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

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

#### **4. EXCLUSIÓN HACIA LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL**

Ya en el desarrollo de este capítulo, se ha abarcado el fenómeno de la exclusión social, con la salvedad de especificar y abarcar sólo aquellos conceptos, teorías, entre otros, que puedan ser asociados con la temática del presente seminario, haciendo referencia a las personas con diagnóstico de Salud Mental como una minoría receptora de los procesos con antelación definidos.

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

#### 4.1 Referentes teóricos desde el filósofo Michel Foucault

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

Foucault afirma que la forma de la Salud Mental como la entendemos es una concepción, una *creación social*, afirmando que la locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan (Foucault, 1960).

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

Por otra parte, Foucault brinda importancia al elemento destacado mediante las teorías de Interacción Simbólica y la Psicología Social: el lenguaje. Para el autor, la exclusión comienza desde el discurso, el trato que se les brinda desde el lenguaje a las personas con diagnóstico de salud mental, aspecto ambivalente como fue señalado con anterioridad, pues desde el discurso de muchos/as la discriminación hacia la salud mental no es una realidad tangente, y debiera ser eliminado de la sociedad, pero comienza desde la denominación hacia estas personas, en palabras de Foucault: Conceptos adjetivos para referirse a los locos: insensatos, hombres dementes, gente de espíritu alienado, personas que se han vuelto totalmente locas, pero la palabra que con más frecuencia se utilizaba en los libros de los internados para señalar y simbolizar a la locura es la de furiosos (Foucault, M, 2007).

Consigna además las múltiples dificultades que debe sortear la persona por cargar con el prejuicio de la Salud Mental, afirmando que éste no sólo afecta a nivel de sociedad a grandes rasgos, sino también dentro del orden establecido, y al interior del ámbito familiar, constituyéndose estos también en espacios discriminatorios las grandes estructuras de la sociedad

burguesa y de sus valores: relaciones familia- hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad paternal; relaciones locura- desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral (Foucault, M, 2007).

#### **4.2 Referentes teóricos desde el sociólogo chileno Jorge Chuaqui**

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

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

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

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

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

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

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

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

Chuaqui entiende por adaptación social el proceso según el cual se lleva al sujeto a actuar según normas y valores sociales (Chuaqui, 2002), aclarando que estas no son siempre y en todas las circunstancias seguidas por las personas “normales”, quienes a pesar de esto, de su incumplimiento de roles e infringir normas, no son excluidos por ello, tomando para ejemplificar el caso de la esquizofrenia, los esquizofrénicos no serían ni superiores ni inferiores a otros en cuanto a sus valores, salvo el hecho que por su autenticidad lo mostrarían más abiertamente (Chuaqui, 2002).

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

Aparte de la anhedonia social, la falta de relaciones cercanas puede agudizarse por el temor o descalificación hacia el enfermo que provoca la percepción de la crisis o el estigma (imágenes negativas y rechazo) de la enfermedad de los demás (Chuaqui, 2002).

Para concluir esta presentación teórica, se puede dar cuenta la relación que tienen teorías de diversas disciplinas y su aplicación al ámbito de la salud mental para entender, sin embargo no justificar, el fenómeno de la exclusión social; lo cual, a su vez facilitaría su abordaje desde las

personas que la experimentan dicho fenómeno cotidianamente, en diversos ámbitos de su vida.

El tema de exclusión social es relevante de tratar, puesto que la sociedad de hoy en día, tiene una imagen negativa asociada a personas con trastornos mentales, por lo tanto hay una formación de estereotipos.

Al visualizar un porcentaje de personas que padecen trastornos psiquiátricos menor en relación a personas que no poseen estas enfermedades, se logra clasificar a este grupo de personas con patrones de conductas distintos en un grupo minoritario, lo cual provoca que se les atribuya un carácter negativo, de inferioridad ante el resto.

Desde las definiciones que se encuentran sobre minorías, las personas con diagnóstico psiquiátricos se pueden categorizar dentro de los grupos anómicos, ya que tienen una desviación a la norma; sólo con el hecho de nombrar enfermedades como esquizofrenia, bipolaridad, entre otras, la sociedad se genera prejuicios y estereotipos que generaliza a este grupo de personas, lo que trae como consecuencia la condición de exclusión y discriminación desde la sociedad.

En conclusión y complementando las teorías de Foucault, las personas con enfermedades psiquiátricas son parte de una minoría a la cual se le atribuyen conceptos como personas “locas” o “dementes”, entre otras, este lenguaje no es apto ni oportuno, y no contribuyen a la inclusión social, sino al contrario, hace que la exclusión y la discriminación a este grupo minoritario sea mayor. De esta forma se debería seguir el modelo expuesto por Chuaqui, quien declara la necesidad desde la sociedad de comprender la adaptación social de las personas con enfermedades psiquiátricas. Aparece acá una tarea pendiente, la sociedad debe aceptar y no fundarse de prejuicios y mucho menos discriminar y excluir de la participación ciudadana, a este grupo minoritario.

## **CAPITULO 5: POLÍTICA SOCIAL DE SALUD MENTAL EN CHILE**

### **- Antecedentes estadísticos de la Política de Salud Mental**

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

Entre los factores, la modernización y sus respectivas consecuencias en los estilos de vida de la población en general, producen un aumento en la prevalencia de este tipo de patologías, lo cual produce que en la actualidad, entre un 13% y un 23% de los/as adultos/as sufran algún tipo de trastorno mental (World Health Organization, 2005).

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

### **- Antecedentes Institucionales de Salud Mental en Chile**

Existen en Chile, como se presentará durante el desarrollo de este capítulo, diferentes instancias gubernamentales e institucionales en el ámbito de la Salud Mental, comenzando por la existencia de una política de salud mental, que se concreta oficialmente mediante el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría; consta además de Programas Nacionales de Salud Mental (y programas específicos como el Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derechos - PRAIS); y con Legislación respecto al tema, como son las normas técnicas y las diversas leyes relacionada con los Derechos Humanos, Discapacidad o que hacen referencia a temas específicos como la Violencia Intrafamiliar, y el Abuso de Alcohol y Drogas.

Pero lo demás, el programa de garantías explícitas en salud (GES) del Ministerio de Salud, incorpora dentro de sus 69 enfermedades con garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, tres patologías del área de Salud Mental: Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años, Esquizofrenia y Depresión en personas mayores de 15 años.

## 1. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

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

Es así como en 1999 se realizó un trabajo en el cual participaron equipos de salud, usuarios/as y familiares, para el año 2000 dar inicio a lo que sería el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, con una proyección de 10 años.

La principal característica de este Plan es que plantea un cambio al establecer el *Modelo Comunitario*, el cual se identifica como propulsor del mejoramiento de la calidad de vida y atención a las personas con diagnóstico de Salud Mental, en contraposición con el modelo asilar implantado hasta el momento.

Las principales razones que dan pie para la realización de dicho cambio son la suficiente información epistemológica reunida acerca de la prevalencia de las enfermedades mentales, mediante estudios prolongados en el tiempo y de calidad metodológica; la prevalencia de profesionales que no sólo reúnen los requisitos técnicos de preparación, formación y experiencia, sino también están motivados y comprometidos con el tema; se cuenta además con información respecto a tratamientos clínicos e intervenciones de salud pública efectivos, con lo cual se ahorra en tiempo y recursos al planificar e implementar, y por otra parte se cuenta con un respaldo a la hora de necesitar apoyo de las autoridades; la progresiva

organización de los/as usuarios/as y familiares, quienes comienzan lentamente a sumergirse en el tema, tomando incluso roles como administradores de hogares protegidos, por ejemplo; y finalmente, existen un grado de información, sensibilidad y consenso político de parte de todos los sectores sociales, cuestión que será luego puesta en tela de juicio.

El *propósito* definido para el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común (MINSAL, 2000), propósito que plantea explícitamente el concepto comunitario como parte constitutiva, y a la vez la finalidad de este Plan.

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

Define también *seis ámbitos prioritarios por acciones intersectoriales*, siendo éstos: educación pre-escolar y escolar; trabajo; salud mental en barrios, poblaciones y comunas; de personas en conflicto con la justicia; de pueblos indígenas; y finalmente, se considera el más relevante, es la desestigmatización de las personas con diagnóstico psiquiátrico en la sociedad en general, la comunicación social.

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

### **1.1 Análisis del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**

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

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

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

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

relacionando esto con el apoyo en cuanto financiamiento destinado a este tipo de organizaciones.

Ambos tipos de organizaciones (profesionales por una parte, usuarios/as por otra) coinciden en cierto puntos, primera y no explícitamente, en cuanto a falencias en la llamada “intersectorialidad”, expresada directamente por parte de los profesionales e indirectamente en los usuarios/as y familiares, estos últimos expresando los desafíos que enfrentan en los distintos ámbitos que encierran este concepto (entiéndase como salud, trabajo, educación, entre otros), con lo cual se forma la conclusión general de la necesidad de mayor coordinación entre sectores y más compromiso político, particularmente expresados mediante la legislación, que promuevan el carácter integral de este Plan, con la finalidad de respetar los Derechos de las personas con diagnóstico de salud mental en cada uno de los requerimientos de la vida diaria que cualquier persona no afectada por éste tiene.

## **2. RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

Según cifras de la OMS, al año 2006 se distribuía el presupuesto de Salud Mental en un 36% en hospitales psiquiátricos, 33% para servicios ambulatorios, 19% en servicios comunitarios y un 12% para hospitales generales (OMS, 2012).

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

Esta construcción de trabajo en conjunto a través de la red (vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que atendiendo cada una de sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes tiene características tales como la definición territorial, particularmente potenciando la cercanía, lo local en la atención; la articulación y coordinación entre las partes; la importancia de la participación de la población usuaria en

general, aspecto en el que cabe resaltar el nuevo rol de las agrupaciones de usuarios/as y familiares, quienes actúan ahora como proveedores de servicios, particularmente en cuanto a administración de hogares protegidos.

### **2.1 Soportes organizacionales de la red de Salud Mental**

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

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

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

### **2.2 Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**

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

Es implementado en gran parte en la Atención Primaria de Salud, donde aproximadamente un 35% de la población recibe tratamiento (World Health Organization, 2005)

### **2.3 Hospitales Psiquiátricos: desinstitucionalización en el área de salud mental**

A través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se declara la negativa a la creación de nuevos hospitales psiquiátricos, quedando establecidos de esta manera cuatro hospitales psiquiátricos en todo Chile: Hospital del Salvador, en Playa Ancha, Valparaíso; Hospital psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, de Putaendo; Hospital Sanatorio El Peral en Puente Alto, Santiago; y el Instituto Psiquiátrico José Horwitz en Santiago.

En este aspecto cabe destacar que la proporción del presupuesto total en salud mental asignado a hospitales psiquiátricos fue reducido entre los años 1999 y 2004 desde un 57% a un 33% (World Health Organization, 2005), medida que apunta a la desinstitucionalización a favor de prácticas ambulatorias y comunitarias, lo cual arrastra consigo la necesidad de funcionamiento cabal del Plan Nacional y toda la red de salud mental, para dar cabida a la población que “será devuelta” a su familia, a su comunidad, con todo los significados que a esto se le puede asociar.

### **2.4 Equipo de Salud Mental y psiquiatría Comunitaria**

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

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

En esta instancia, las principales dificultades expresadas por los mismos equipos, dicen relación con las contradicciones respecto a modelos médico vs biopsicosocial, la falta de formación en trabajo comunitario y

conflictos políticos que, a pesar de todo, no obstruyen la consideración del enorme significado que refiere el abordar medidas preventivas, promocionales y de rehabilitación dentro de la misma comunidad, tanto con familias como con organizaciones de base y crecimiento de nueva forma de salud mental, que ahora no sólo depende de la apreciación y pericia del/la psiquiatra.

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

### **2.5 Centro de Salud Mental Familiar**

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

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

### **2.6 Hospitales de día**

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

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

## **2.7 Agrupaciones de usuarios y familiares**

Finalmente, se hará referencia a las Agrupaciones de Usuarios/as y Familiares, han tomado un rol activo a través de la administración de hogares protegidos, definidos éstos como componentes flexibles y diversificados según las necesidades de las personas con enfermedad mental, tanto para corta estadía (crisis, transición post internación, entre otras) como para larga estadía (MINSAL, 2000), y su participación en Clubes de Integración Social, Centros de Rehabilitación y grupos de Autoayuda.

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

- Rol protagónico en la sensibilización de la comunidad, las autoridades, los medios de comunicación, entre otros, respecto a las enfermedades mentales, su impacto en las familias, la importancia, para la sociedad en su conjunto, de aceptar la diversidad.
- Definir y dar a conocer sus necesidades y expectativas con respecto al tratamiento médico y psicosocial de sus familias como también a su desarrollo como organizaciones de autoayuda.
- Defender los Derechos de los pacientes, desde aquellos que dicen relación con su dignidad y su derecho a ser tratados con respeto y sin discriminación alguna, hasta el acceder a servicios médicos de calidad, con información y consentimiento de su tratamiento.
- Ejercer presión social para generar más y mejores servicios de salud mental y psiquiatría y para generar respuestas intersectoriales que puedan asumir de manera integral una mejoría en la calidad de vida de las personas enfermas y sus familias.

- Ser una instancia de autoayuda formal e informal que facilite apoyo emocional entre sus participantes, la educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, como también la resolución conjunta y solidaria de aquellos problemas que les son comunes.
- Ser agentes de cambio cultural en la comunidad, promoviendo activamente la reinserción social y laboral de los discapacitados psíquicos, encarando la estigmatización de manera audaz y propositiva.
- Proveer servicios de rehabilitación y reinserción social y laboral para sus familiares con discapacidad psíquica.
- Como se puede verificar a través del planteamiento de estos roles, la Política Social de Salud Mental en Chile le asigna a estas organizaciones la no fácil tarea de lucha por los Derechos y la no discriminación a las personas con diagnóstico de salud mental, basándose en su experiencia de vida. (MINSAL, 2000)

### **3. EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL**

#### **A. Perspectiva del Plan Nacional De Psiquiatría de las Organizaciones de Familiares**

La única evaluación de resultados disponible acerca del plan nacional de salud mental y psiquiatría de Chile, enfocado al ámbito de las organizaciones familiares, es la elaborada por la CORFAUSAM, en el año 2005.

La CORFAUSAM: Coordinadora Nacional de Agrupaciones de familiares y usuarios de personas con Afección de Salud Mental, fue invitada por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, a participar en un seminario nacional en donde se discutiría y planificaría junto a destacados profesionales del área lo que sería el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Posteriormente durante el mismo año, diversas organizaciones, son nuevamente invitadas, a participar en un Encuentro Internacional, en esta oportunidad fue la Conferencia Mundial de Salud Mental. Las organizaciones

chilenas participantes, junto con enriquecerse de las experiencias de los países hermanos, llegan a establecer la bases para crear un movimiento que coordinara el accionar de esta organización.

En Santiago de Chile en el año 2000 se conforma la CORFAUSAM, aquí participan organizaciones de familiares y usuarios que tienen rango comunal, regional y nacional. Todas estas agrupadas en torno a diversas patologías de salud mental: Esquizofrenia, Autismo, Epilepsia, Debilidad mental, Alzheimer, Síndrome de Prader Willi, Adicciones, Rehabilitados Alcohólicos, Estrés Post Traumático, y recientemente Bipolares. El accionar de dicha organización se inicia al calor del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Los objetivos centrales de la CORFAUSAM son los siguientes:

- Promover una mayor información y toma de conciencia en el país acerca del ámbito de la salud mental, señalando muy claramente las condiciones negativas para el bienestar psicosocial derivados del actual modelo de desarrollo del país. Más allá de las buenas intenciones y declaraciones, el país en su conjunto, sus instituciones, deben impulsar los debidos resguardos considerando hacia este sector de nuestra sociedad; la rehabilitación, la reinserción social y laboral, enmarcado en el concepto de tolerancia y no-discriminación.
- Promovemos una mayor información y toma de conciencia acerca de los Derechos y deberes de las personas y/o familiares que sufren alguna afección de enfermedad mental (Reglamento de Internación).
- Representamos ante el Estado de Chile, el sector privado y la sociedad en su conjunto los intereses y Derechos de quienes presentan una condición diferente en salud mental.
- Impulsamos la capacitación de las organizaciones miembros en temas de salud, gestión, liderazgo, de administración, educación de aspectos psicosociales y jurídicos.
- Está presente en nuestros objetivos, generar iniciativas y propuestas que permitan un aumento sustancial de los recursos en el sector salud, tarea imprescindible para seguir avanzando en función de las necesidades más urgentes del país en lo relativo a la salud mental. (Miguel Rojas Varela, 2005)

Se postula todas las iniciativas que abarcan temas de salud, previsión, educación, vivienda y otros puedan estar enmarcados en una ley de salud mental.

La CORFAUSAM, realiza una crítica al Plan Nacional, desde la perspectiva de los conceptos de salud que entregue la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y las recoge dicho plan. Estas se refieren a la Salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Otra manera de definir la salud es “como el conjunto de capacidades psicosociales de un individuo o de un colectivo” La O.M.S. agrega: La Salud mental y la salud física son inseparables. Lo que ocurra con una va a tener su necesario e inevitable relación con la otra”.

Parte de la crítica que realiza CORFAUSAM, se dirige al rol que se les da a los individuos que no se adecuan a los estándares de producción de esta sociedad, pues las personas con discapacidad o deficiencias de cualquier tipo, van quedando fuera del mercado o se van retirando como “productos no aptos o no rentables.” Por lo tanto, se considera que las enfermedades mentales en cualquiera de sus formas, las cuales crean algún tipo de discapacidad, deben ser entendidas y tratadas como una realidad social, por su impacto cuantitativo y cualitativo en la familia, la comunidad y el estado, convirtiéndose en un tema de interés nacional que reclama responsabilidad social y políticas de Estado para atenderla y resolverla con eficacia. (Universidad Central, Hogar de Cristo, Minsal, 2005)

A pesar de los avances, también se manifiestan algunas contradicciones, de acuerdo a las políticas que hoy a nivel país y en especial a nivel del gobierno se impulsan, no se entienden las razones que se consideraron para facilitar la interdicción en las personas discapacitadas mentales, a través de la modificación a la ley 18.600 aprobada por el gobierno e impulsada por hoy Ministerio de Desarrollo Social (Ex MIDEPLAN).

La CORFAUSAM declara que se está totalmente de acuerdo que formular un plan nacional de salud mental es un paso importante, pero también es cierto que implementarlo, llevarlo a la práctica en forma integral es aun más importante. Junto a esto se debe reconocer que a diario, se tiene

que luchar porque se entienda la necesidad de impulsar en la sociedad un cambio cultural y de aceptación de las nuevas normativas. El discurso debe estar íntimamente relacionado con la acción, con la práctica.

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

Hoy día según últimas informaciones se está financiando solo al 2%. Por lo tanto, existe una brecha que debe ser considerada como necesaria a cubrir para hacer efectivo más allá de las voluntades técnicas este plan.

Algunas consideraciones desde el punto de vista de las organizaciones, se impulsa que:

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

- En relación a las necesidades de vivienda, materia que ha sido planteada en muchas oportunidades a diversos niveles, tenemos entendido que la Unidad de Salud Mental del MINSAL ha estado trabajando el tema. Nos referiremos a la responsabilidad que tiene el país, sus instancias pertinentes de asegurar a las personas discapacitadas con necesidades especiales de disponer de un lugar digno para vivir. Esta situación se hace crítica y dramática para las personas con discapacidad intelectual y que en muchas oportunidades carecen de apoyo social, sufriendo el total abandono.
- En lo concerniente a los avances logrados en la participación de los Familiares en los procesos de rehabilitación, reinserción, en el impulso paulatino de la psiquiatría comunitaria, se debe invertir más a lo largo del país en la instalación de hogares protegidos, brindando oportunidad a las organizaciones de familiares del manejo de su administración. Para tal efecto debe ser considerada una adecuada capacitación como también evaluaciones periódicas.
- De las instalaciones de Hospitales de Día, Centros Diurnos se debe ir a la generación de talleres de trabajo protegido como un proceso terapéutico y de recuperación digna para los usuarios. Esto facilitaría la reinserción laboral y social.
- En el tratamiento de la enfermedad mental, está la necesidad que tiene el país de contar con los profesionales necesarios. Vemos la carencia de horas profesionales o la ausencia de ellas en: Psiquiatría, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos etc. Muchas veces esto se traduce en soluciones de parche o en largas listas de espera. El Ministerio debe elaborar políticas que incentiven a que la Salud Pública sea un espacio atractivo y conveniente para la contratación de profesionales. Como un dato a considerar; según informaciones extraoficiales, en Chile se titula y especializa un Psiquiatra infanto-juvenil al año. (Miguel Rojas Varela, 2005)

La propuesta que realiza la CORFAUSAM es la siguiente:

- En todo plan que se formule deben ser consideradas las organizaciones de familiares y Usuarios, más allá de la participación en seminarios o encuentros.

- Sin lugar a dudas que en todo proceso uno de los aspectos importantes son la planificación y los recursos. En nuestro país para implementar lo planificado y hacer realidad en forma plena el Plan Nacional de Salud Mental y otros frentes que es necesario atender, corresponderá por una parte, mejorar la inversión en salud.
- En el aspecto de las organizaciones de familiares y usuarios, deberemos caminar hacia un futuro, en que el Estado con sus estructuras, fomenta y financie el desarrollo de las organizaciones sociales.
- Se requiere una plataforma muchísimo más estable y firme que la que hoy tenemos: “Reconocemos el valor del Plan Nacional que nos realza y motiva, reconocemos hacia nuestras organizaciones apoyos permanentes de tipo afectivo, técnico y en ocasiones financiero de entidades estatales. Para el desarrollo de una política social proveniente de la civilidad organizada y que pretende colaborar en la reinserción psicosocial más plenas de las personas con una condición distinta, no puede sustentarse en estas iniciativas aisladas, a veces desarticuladas y movidas desde la disposición de las personas particulares o instancias específicas. Esta situación se ha dado en donde se ha implementado con éxito el proceso de reforma psiquiátrica. Por nombrar algunos, tenemos el caso de Italia y España que nos han dado a conocer, y que son tomados como ejemplo. Allí la participación de la familia con sus organizaciones ha sido un factor fundamental. Los gobiernos, la sociedad en su conjunto, valorando el quehacer y la participación real de las organizaciones sociales en los planes de mejoramiento, financian sus actividades a través de diversos Ministerios, es así que desde: Educación, Salud, Cultura, Vivienda y otros apoyan el desarrollo de estas”. (Miguel Rojas Varela, 2005, pág. 141).

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

Pese a los avances en la última década, el equipo seminarista observa que como en La ley de Discapacidad y en el Reglamento de Internación Psiquiátrica, entre otras, en la sociedad chilena persiste un alto grado de

paternalismo social y asistencialismo, que contribuyen a mantener una errada visión ciudadana respecto de las personas con discapacidad y del universo social que éstas representan, reforzando una cultura que por acción u omisión niega al legítimo otro, su derecho a ser diferente y por ende, sus oportunidades.

Actualmente ésta organización está activa, sin embargo, no ha formalizado ningún tipo de sistematización sobre las temáticas y avances que tratan, esto genera que el estado no considere entidades como ésta para la participación en la elaboración de políticas públicas que estén estrictamente relacionadas con los temas que tratan; el hecho de considerar estas enfermedades como una realidad social, el derecho a la no discriminación y tolerancia y el derecho a ser diferente.

## **B) Perspectiva del Plan Nacional De Psiquiatría de los Usuarios**

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

Se desarrolló con el apoyo de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Al comienzo, en algunos casos, asistían a las reuniones tutores de los usuarios pero, ante actitudes paternalistas y autosuficientes de dichos tutores, reafirman la idea de ser una organización de los propios usuarios, distinta de las organizaciones de familiares y amigos de personas con trastornos psiquiátricos. Con el tiempo realizaron una Asamblea General que convocó a 120 personas de los distintos dispositivos de salud mental de Santiago y algunos de la región de Valparaíso.

Los objetivos de ANUSSAM son los siguientes:

- A. Representar los intereses en cuanto a salud, trabajo, educación, vivienda y familia de personas con afecciones psiquiátricas.
- B. Defender los Derechos Humanos y Sociales, de personas con afecciones psiquiátricas, ante los organismos de salud y la sociedad.
- C. Propender, a través de acciones y difusión comunicacional, a mitigar los prejuicios y la discriminación social existente contra personas con afecciones psiquiátricas.
- D. Lograr beneficios y regalías para este sector tan postergado de la sociedad.
- E. Apoyar, patrocinar y administrar soluciones para una completa reintegración social y laboral de las personas con afecciones psiquiátricas diversas, a través de la constitución, administración o apoyo a empresas sociales, así como de centros que refuercen sus capacidades y los orienten hacia la plena reintegración en la sociedad, estableciendo, para estos objetivos, relaciones duraderas con empresarios y familias. (Moya, 2005)

Respecto del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría formulado por el Ministerio de Salud, la ANUSSAM como usuarios de Servicios de Salud Mental, realizan una crítica, pero a la vez entregan propuestas de mejoramientos a dichos aspectos:

- En lo referente a la atención psiquiátrica por parte del médico tratante de cada paciente, cada consulta debiera durar el tiempo necesario y suficiente para que el paciente exponga sus síntomas, avances, retrocesos así como sus dudas respecto de su estado y tratamiento; también el médico explicarle claramente lo que el paciente necesite saber. Actualmente, debido a la escasez de profesionales, hemos tenido conocimiento que, en algunas oportunidades, en un control trimestral del paciente el médico le dedica escasos minutos llegando al extremo de hacerle llegar con la secretaria una nueva receta sin siquiera haberlo visto.
- En cuanto a la obtención de medicamentos por parte de los pacientes que no sólo la Clozapina y la Risperidona deben ser otorgados sino también otros medicamentos como la Olanzapina y la Zypasidona y

cualquier otro medicamento de última generación, por muy alto que sea su costo.

- Para impartir rehabilitación psicosocial a todos los pacientes psiquiátricos que la necesitan debiera aumentarse considerablemente el número de profesionales en terapia ocupacional y grupal sin detrimento alguno de su buena calidad académica, debiendo ocurrir lo mismo con el número de profesionales en asistencia social y en monitoria psicológica y de profesiones, artes, oficios, deportes y labores generales.
- Con el fin de entregar una buena asistencia económica a los discapacitados psíquicos el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría debiera promover que se modifique la ley de pensiones estableciéndose que la pensión de invalidez, asistencial y de orfandad, el pensionado respectivo la conserve aunque sea contratado por escrito en una colocación laboral. Ello porque el pensionado por invalidez y orfandad, por causas psíquicas, aunque entre a trabajar en una colocación laboral, sigue teniendo una gran propensión a experimentar recaídas y, consecuentemente quedar cesante a causa de ellas y, después de perder el trabajo, si la pensión le ha sido congelada, siempre van a pasar muchos meses antes de que le sea descongelada y se le vuelva a empezar a pagar, produciéndosele al afectado un grave problema económico con los consecuentes sentimientos de frustración y fracaso que reanudan su discapacidad pudiéndola inclusive hacer más profunda y permanente. Además, un trabajador que ha sido discapacitado psíquico, para mantener su nuevo estado de capacidad laboral, debe tomar, de por vida, medicamentos que de una u otra forma le significan un desembolso económico oneroso en relación a las limosnas denigrantes que constituyen los "sueldos" que pagan los empleadores y, por lo tanto, el sueldo le rinde mucho menos que al trabajador que no necesita consumir normalmente medicamentos tan caros.
- El área de la vivienda da la impresión que en el Plan de Salud Mental y Psiquiatría está bien enfocada al menos si se siguen correctamente las recomendaciones del doctor de Canadá don Donald Wassilenki, adaptándolas debidamente a la realidad nacional y a las circunstancias que se puedan prever para una razonable cantidad de años futuros.

- En lo educacional, debiera dárseles a los usuarios en buen estado de compensación de su salud mental, que tienen habilidades o aptitudes para el liderazgo o la dirigencia social, y que se manifiesten debidamente interesados en constituirse en líderes o en dirigentes de sus pares, una buena formación, con carácter académico y de nivel profesional con oportunidades de prácticas paralelas.
- En el aspecto laboral creemos que debiera exigirse por ley a los empleadores que incluyan en su planta un porcentaje de trabajadores que habiendo sido discapacitados estén en condiciones de desempeñar un puesto laboral. (Moya, 2005)

Para regular todos los aspectos se estima que debiera crearse un cuerpo legal de salud mental. Decir e intentar hacer todo lo anterior carece completamente de sentido si no se procede a dotar al Plan del debido presupuesto. Para conseguir este objetivo es insuficiente la medida de aumentarlo del 1,5% al 5% del presupuesto total de salud y será insuficiente cualquier otro porcentaje superior si no aumenta el erario nacional.

Se debiera constituir una instancia de inicio de una movilización social que tenga como una de sus partes la acción de exigir a los empresarios que empiecen a pagar todos los impuestos que siempre debieron haber pagado, dejando de evitarlos y evadirlos y que empiecen, también, a pagar los sueldos correctos que debieran pagarles a los trabajadores. Con esto se lograría copulativamente un aumento del erario nacional y un monto mayor del fondo que se constituye con el aporte del 7% para salud que efectúan los trabajadores.

### **C) Perspectiva del Plan Nacional De Psiquiatría desde la Perspectiva de los/as Profesionales**

No cabe duda que en el último decenio se ha producido en Chile un paulatino y creciente desarrollo de una nueva concepción de la psiquiatría y la salud mental en el ámbito de la salud pública.

Este cambio constituye, por una parte, una respuesta a la crisis que estas disciplinas viven desde hace algunas décadas, por otra, al proceso de transformaciones políticas, sociales y culturales que vive la sociedad chilena desde el término de la dictadura militar en el mes de marzo del año 1990.

Esta nueva concepción de la psiquiatría y la salud mental se apoya en un viraje epistemológico que desde una percepción biopsicosocial del psiquismo sano y enfermo cuestiona en lo sustancial el modelo biomédico y la ideología médica, visiones dominantes durante toda la segunda mitad del siglo XX. Se entiende, entonces, este movimiento transformativo como un proceso contra hegemónico que tiende a democratizar y modificar sustancialmente las prácticas en salud mental. De allí que la puesta en marcha de un plan de carácter nacional desde un dispositivo del Estado, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, recogiendo los esfuerzos iniciados por diversos equipos psiquiátricos a lo largo del país y acogiendo el sentimiento mayoritario de quienes han estado laborando en el campo de la salud pública durante la transición a la democracia, alcanza la más alta importancia como colaboración desde el ámbito de la salud mental a la construcción de un nuevo sujeto histórico.

El cambio modélico propone la incorporación de una perspectiva social y comunitaria en la manera de entender los problemas del psiquismo individual y colectivo y nuevas formas de intervención individual, familiar, grupal y social en todos los niveles del quehacer, desde los más directamente ligados a la clínica y el tratamiento individual hasta aquellos otros dirigidos a grandes grupos humanos con fines de prevención y promoción de la salud mental. Se trata de un proceso complejo y lleno de contradicciones en el que hasta hoy lo determinante ha sido una voluntad por iniciar los cambios con apoyo en políticas de carácter central y el despliegue de una heterogénea enriquecedora variedad de experiencias locales que intentan plasmar en sus prácticas una metodología basada en la psiquiatría, la psicología y la salud mental social y comunitaria.

En estos pocos años se advierten dos necesidades fundamentales: la primera de ellas, la más urgente, es generar condiciones y capacidades en los equipos de la red pública de salud mental para orientar su praxis cotidiana según esta perspectiva comunitaria; la segunda es estimular y

apoyar el desarrollo de una elaboración teórica propia, que sea capaz de producir momentos de síntesis a partir de dichas praxis con el fin de favorecer la co-construcción de un modelo de salud mental comunitaria de alcance nacional y con un sólido asiento en la realidad socio-histórica.

### **Los cambios estratégicos:**

En este corto período histórico se han producido significativos avances en el proceso transformativo en el nivel de la red pública de salud mental, cuyo accionar está normado desde políticas de gobierno.

Se destacan tres hechos que parecen sustantivos en cuanto a su sentido transformador, ya que involucran un cambio profundo respecto de la psiquiatría clásica, es decir, del modelo médico en psiquiatría; el primero, tienen el valor histórico de ser eventos dinamizadores de esta nueva fase de la salud mental chilena; segundo, operan como pilares en los que se está sustentando la posibilidad de una transformación estructural del modelo; y tercero, alrededor de ellos se ha ido sumando una interesante variedad de experiencias y ha ido formándose una nueva generación de trabajadores de salud mental, quienes en estos nuevos escenarios aprenden a observar las problemáticas del psiquismo humano desde miradas más integrales.

Un ejemplo significativo de la nueva generación de trabajadores en el área de salud mental, son los profesionales insertos en la Corporación Doctor Carlos Bresky, quien asumen esta mirada integradora rescatando una forma alternativa de rehabilitación. A su vez, se fortalece la red institucional de salud mental con esta nueva generación de trabajadores donde aplican estos nuevos conocimientos.

### **1. Los hospitales de día**

Este viejo dispositivo, creado en la medianía del siglo pasado, surge en Chile hace menos de una década; ocho años atrás existían solo dos en todo el país, hoy han tenido un crecimiento exponencial y han llegado a constituir una pieza clave para el desarrollo de un modelo comunitario en todas las regiones. Por una parte, han creado ofertas más diversificadas para la atención de problemáticas específicas como trastornos psiquiátricos

severos en situación de crisis, trastornos adictivos, trastornos conductuales y mentales infanto adolescentes, etc. para los cuales el sistema público sólo ofrecía propuestas de intervención clásicas, preferentemente internaciones hospitalarias y consulta psiquiátrica. Por otra parte, el hospital de día, visto desde la perspectiva del modelo comunitario, constituye un dispositivo en red que estimula la participación permanente de muchos actores sociales acompañando los procesos terapéuticos y de rehabilitación de los usuarios, especialmente el grupo familiar y agentes comunitarios; al mismo tiempo, la propia concepción del equipo de salud se modifica en favor de la horizontalización del trabajo y la incorporación de expertos no profesionales como los monitores y los técnicos en rehabilitación. Las realidades contextuales se visualizan más nítidamente lo que abre nuevos desafíos al equipo para la comprensión de la multiaxialidad de fenómenos que operan sobre un determinado problema psiquiátrico y los desafía a intervenir sobre algunos de estos ejes considerados “no clínicos” (y, por tanto, con el peligro de ser estimados como ajenos a la preocupación inmediata del equipo).

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

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

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

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

que tiene la sociedad para sostener con dignidad y solidez el desafío de integración social de la persona involucrada en primera instancia en estos procesos: el sujeto enfermo.

Los hogares protegidos, otra vieja fórmula de la psiquiatría comunitaria, también han tenido un desarrollo apenas inicial en Chile. Al igual que en el caso del hospital de día, por una decisión central se ha puesto recursos financieros para dar marcha a este dispositivo lo que ha significado que en pocos años ya existen en todo el país. Después de un crecimiento intenso en los últimos cuatro años se ha llegado a una fase de estancamiento sin haber logrado alcanzar una satisfacción plena de las necesidades que la comunidad tiene de este recurso en ninguna parte del país. Sin embargo, es lo nuevo, es un fenómeno que nace para enriquecer la concepción de red de salud mental y dar una opción más humana para algunas personas afectadas por enfermedades psiquiátricas. Su oferta incentiva el fin de la manicomialización. En el caso de Iquique, ha sido la posibilidad de contar con hogares lo que permitió hace tres años proceder al cierre del histórico departamento de “crónicos”, dar de alta a 25 personas internadas *a divinis* e insertarlas en cuatro hogares en un sector residencial de la ciudad. Dando cuenta de una realidad estructural del sector salud, estos hogares funcionan en condiciones económicas precarias, con recursos humanos reducidos y con una satisfacción básica de las necesidades vitales de sus moradores. En lo presupuestario operan en casi todo el país mediante la externalización de ciertos ítems financieros (DFL 36) y su adjudicación para la administración a organizaciones sociales y agrupaciones de familiares, cuestión que precariza la responsabilidad del Estado en el soporte integral de los hogares y proyecta sobre ellos el fantasma de su privatización. Los esfuerzos realizados por los equipos de salud, los familiares y los propios usuarios son los que permiten sostener la existencia de este dispositivo en condiciones dignas. Un reciente estudio de calidad de vida realizado en Iquique en los cuatro hogares protegidos al cabo de sus tres primeros años de vida, utilizando el cuestionario Camberwell (CAN - r), mostró que los usuarios manifiestan una satisfacción adecuada pero no óptima respecto de las necesidades en lo concerniente a calidad de vida objetiva. Esto se relaciona con la capacidad real del dispositivo para generar condiciones intersubjetivas para integrar a las personas al mundo social al que ahora pertenecen, crear vínculos identitarios con el vecindario, abrirse paso al disfrute y la recreación junto a

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

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

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

El año 2003 se realizó el primer encuentro nacional de estos equipos, en una fase muy inicial de implementación; se trataba de una entusiasta promoción de jóvenes profesionales, muchos de los cuales comprendían claramente el significado de estos cambios y se mostraban comprometidos con el desafío de instalar la atención ambulatoria en el territorio; se insiste en la trascendencia de este fenómeno de incorporación de una nueva generación de trabajadores de la salud mental al proceso de cambios, dado que el futuro del mismo depende en parte no despreciable de cambios más

internos, aquellos referidos a la capacidad de construir nuevas subjetividades, nuevos colectivos humanos, que sean capaces de vigorizar la reforma psiquiátrica.

Las experiencias han sido muy variadas y heterogéneas; las formas cómo los equipos han ido resolviendo los problemas de implementación han respondido a las condiciones y posibilidades locales, a las eternas limitaciones materiales, al grado de comprensión de la salud y también a las insuficiencias de desarrollo del propio modelo comunitario. Los equipos resultantes y sus experiencias de trabajo tienen, por tanto, este sello de lo diverso e incluso de lo errático, lo que nos parece válido y comprensible pues es fiel reflejo de las búsquedas iniciales, la apertura del camino. Sobre todo porque esta perspectiva de equipos comunitarios de psiquiatría coexiste en muchos territorios con otras formas de trabajo ambulatorio en salud mental o de la institucionalidad psiquiátrica que responden al modelo antiguo, con las que se establecen relaciones a veces francamente problemáticas. El carácter transicional del movimiento en curso va a expresarse necesariamente en la existencia de contradicciones, vacíos teóricos y metodológicos, conflictos políticos y otras expresiones cuyas tensiones serán las que harán avanzar el proceso. (Madariaga, 2005)

A favor del Doctor Madariaga, el equipo seminarista destaca la necesidad imperante de sistematizar la experiencia de la aplicación de este nuevo modelo comunitario de salud mental, como de los nuevos profesionales. Por la eterna falta de financiamiento al área de salud mental, se dificulta la praxis y de esta forma atacar las contradicciones que aún existen en la intervención.

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

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

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

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

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

Finalmente, se percibe una situación de resistencia abierta al cambio, hecho que reproduce en Chile lo que pasó en Europa y en los países latinoamericanos que han puesto en marcha procesos regionales de reforma psiquiátrica (como Río Negro, Argentina y Campinas, Brasil). La oposición tiene en este grupo un sentido más profundo, se trata de una postura activa, fundada en argumentos político-ideológicos y científicos que tienden a mezclarse con reacciones de corte corporativo o reivindicaciones gremiales.

Se promueve el debate público y la disputa de centros de poder, se producen movilizaciones y hechos políticos que trascienden a la comunidad, se tiende a la polarización y a situaciones cismáticas al interior de los equipos. Este fenómeno no sólo se ha producido en relación con algunos hospitales psiquiátricos. La crisis, el debate, la confrontación de ideas nos parecen saludables y necesarios, obedecen al ejercicio básico de una sociedad democrática; vehiculizan la participación de los actores en el proceso. Si bien es cierto es comprensible este desarrollo disarmónico, pues obedece a un conjunto de factores históricos y a condiciones locales, resulta necesario avanzar hacia la superación de estas brechas con el fin de evitar que el proceso produzca inequidades regionales y, lo que es más importante, de optimizar el impacto global de los nuevos programas de acción en el campo de la salud mental como estrategia país. (Madariaga, 2005)

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

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

- A. El proceso de cambios cursa en base a dos mecanismos: la redistribución de los recursos y la inyección de recursos nuevos. Lo que se reordena internamente casi siempre es algo ya previamente deficitario; por lo tanto, se redistribuye nuestra propia pobreza (tanto de recursos humanos como materiales y operacionales). Los recursos nuevos son mínimos y, por lo general, dan una respuesta en los límites de las necesidades, generando nuevos focos de pobreza.

- B. La precariedad financiera se expresa en unas relaciones contractuales insatisfactorias para el trabajador, tanto en términos de las modalidades de contrato (a honorarios, con fondos externalizados, etc., lo cual implica pérdida de Derechos como vacaciones, estímulos, imposiciones, estabilidad laboral, etc.) Respecto de las posibilidades de desarrollo profesional.
- C. Buscando racionalizar al máximo los recursos humanos, las autoridades locales (y a veces los propios equipos) terminan por fragmentar la jornada laboral de un trabajador integrándolo simultáneamente a dos e incluso más equipos de trabajo, lo que es causa de burnout y de dificultades para su incorporación plena a cada uno de sus colectivos.
- D. Los insuficientes recursos con que cuentan los equipos impiden muy frecuentemente que cubran la totalidad de las acciones que les competen según el plan nacional. Se produce aquí una causalidad de tipo estructural en la base de regresiones a estilos asistencialistas de algunos equipos que se ven obligados a priorizar aquellas acciones más directamente relacionadas con las metas de rendimiento asignadas. Las acciones terapéuticas individuales adquieren prioridad, lo que invita a reposicionar el modelo médico.
- E. Los dispositivos puestos en marcha en los marcos del Plan Nacional no logran responder a los propios indicadores de calidad elaborados por el MINSAL. A modo de ejemplo, son escasos los territorios en los cuales se ha logrado instalar COSAM cada 50.000 habitantes, en la región metropolitana la situación es crítica; lo mismo sucede con el número de cupos en los hospitales de día, con las camas de agudos en hospitales generales, con los hogares protegidos.
- F. Resulta fácil entender lo complejo –y en ocasiones decepcionante– que está siendo el proceso de acreditaciones implementado por la Unidad de Salud Mental (aspecto de la más alta relevancia para el fortalecimiento de la calidad asistencial de la red), la aplicación de sistemas evaluativos, estándares, buenas prácticas, etc. en los dispositivos de base y en sus equipos. La calidad de los servicios

dentro de la red va a reflejar siempre tanto las características de los equipos y de su realidad inmediata como las condiciones estructurales en las que se desenvuelven.

- G. En cada encuentro de red se expresan diversos síntomas de desgaste de los equipos: enfermedades recurrentes, ausentismo, renunciaciones, bajo rendimiento, conflictos interpersonales. Estimamos que el Burnout ocurre como expresión esencialmente de problemáticas sistémicas como las señaladas anteriormente, lo que nos alerta a evitar la excesiva medicalización de este fenómeno y a atender directamente estas causas estructurales. (Madariaga, 2005)

En el área de Salud Mental, desde el año 2000 se viene implementando el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que desarrolla un modelo de atención comunitario. El cual propone un sistema de gestión con diferencias sustantivas en relación al enfoque tradicional y a la forma de llevar a cabo y conducir los procesos de atención, basado en la satisfacción del usuarios, tanto externos como internos, con énfasis en los procesos y resultados, con acciones factibles de corregir frente a eventuales errores y con una actitud pro activa de los equipos de salud mental. Propone el rol fundamental de los familiares y de los profesionales y el actuar de éstos en los procesos de rehabilitación.

A partir de dichas experiencias, la de familiares, red de profesionales y usuarios atendidos del área de salud mental, una condición necesaria de rescatar de este nuevo modelo de atención es la potencialización y facilitación de las relaciones y de los vínculos entre los componentes de la red de atención en salud mental y psiquiatría existentes. Los cuales deben incluir a dichos actores para la formulación de nuevas formas de intervención.

Además, como equipo seminarista debemos plantear la necesidad de asumir que el sector salud enfrenta un déficit estructural histórico, se observa la necesidad de impedir el recorte de presupuestos orientados a Políticas Públicas, en especial a lo referido al área Salud Mental. El Plan Nacional debe pasar de ser un instrumento normativo, a otro que tenga un cuerpo

legal que haga exigible la satisfacción plena de todas las necesidades que se desprenden de dicho plan. Así será posible, que junto con la necesaria voluntad política de los gobiernos de turno, se aumenten sustancialmente los recursos económicos, que hoy en día nos colocan como uno de los países con más bajo porcentaje dedicado a la Salud Mental en América Latina.

El Plan hoy día requiere importantes profundizaciones y nuevas miradas. Diversas organizaciones de familiares y usuarios han puesto esta materia en el centro del debate. La respuesta integral a los problemas de Salud Mental será materia de una discusión entre los sectores claves del Estado de Chile: Educación, Justicia, Trabajo, Vivienda, Salud, Cultura, entre otros. Aquí en ésta discusión transversal, en que no deben estar ausentes los usuarios y familiares, se requerirá de compromisos concretos materializados en leyes de la República. Esta debe ser la respuesta de la sociedad, a la plena satisfacción de los Derechos Humanos de las personas afectadas en su Salud Mental.

## DISEÑO METODOLOGICO



## 1. TIPOS DE ESTUDIO

Según la tipología definida por Guillermo Briones, esta investigación es una evaluación *Descriptiva*. Ya que describe diferentes situaciones del programa, ya sea los factores que intervienen y las relaciones entre estos. Se apoya en técnicas de análisis de información descriptiva, en este caso cualitativas.

## 2. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

### 2.1 Tipología de evaluación:

Tipología de Evaluación	Tipología a Utilizar	Descripción
Según el Momento	Evaluación Durante	Se considera realizar la <i>Evaluación Durante</i> , para detectar posibles problemas de funcionamiento y proponer alternativas de soluciones.
Según la Función	Formativa	Cumple una función <i>Formativa</i> , ya que se utiliza para proporcionar una retroalimentación que permita mejorar el funcionamiento del programa.
Según la procedencia de los Evaluadores	Externa	Para este tipo de estudio, se utilizará una <i>Evaluación Externa</i> , porque el equipo seminarista no pertenece a la institución propiamente tal, lo que entrega cierta objetividad al proceso.
Escala del Proyecto	Pequeño	Es <i>Pequeño</i> , por el número de personas con la cual se trabajará, lo que entrega un nivel de acceso e intimidad al proceso.
A quien está dirigido	Equipo de profesionales de la institución	Los resultados de la investigación evaluativa, principalmente están dirigidos al equipo de profesionales de la institución, quienes podrán

		retroalimentar su ejercicio profesional, mejorando de esta forma, su intervención hacia los sujetos de atención.
<b>Aspectos del programa a Evaluar</b>	La investigación evaluativa abarcará los siguientes componentes:	<p>Se propone una “negociación” entre quienes solicitan la evaluación y quienes participan en el proyecto, donde se identifican las líneas temáticas de la evaluación y las estrategias iniciales a seguir; es flexible porque se adecua a la significación que los participantes atribuyen a las áreas en discusión o a ciertos fenómenos que se presentan y también por la expansión de la base de conocimiento. El orden se va estableciendo en la medida que hay una mayor familiarización con los temas y el carácter de la investigación.</p> <p>Los problemas identificados durante la etapa de Negociación, pueden corresponder a aquellos finalmente elegidos, significativos para los participantes mismos, significativos para explicar cierto fenómeno o significativo para el estudio de decisiones de carácter directivo y/o político.</p>

## **2.2 Modelo de evaluación**

### **2.2.1 Elementos del Modelo Iluminativo:**

Según Guillermo Briones, en obra Evaluación de Programas Sociales, se apoya preferentemente en un paradigma subjetivista, que privilegia el uso de información cualitativa y que busca, finalmente, no la explicación de los procesos en términos de relaciones teóricas, más generales o de factores “causales”, sino, su interpretación mediante los significados que tales procesos (conductas personales, interacciones, etc.) tienen para los autores que participan en un programa. En este último sentido, la evaluación iluminativa representa un enfoque cultural, etnográfico, de naturaleza holística en el cual, consecuentemente, no hay preocupación por el análisis de componentes, de variables, controles de tipo experimental, etc. (Briones, 2002)

La evaluación iluminativa es una estrategia de investigación general. Pretende ser adaptable para descubrir las dimensiones, metas y técnicas de evaluación, y ecléctica para proporcionar al evaluador una serie de tácticas investigativas.

Las decisiones acerca de la estrategia que debe ser utilizada en cada caso concreto surgen del programa que debe investigarse. No intenta manipular, controlar o eliminar variables situacionales, sino abarcar toda la complejidad de la escena: su tarea principal es desmarañarla, aislar sus características más significativas, esbozar los ciclos causa- efecto y comprender las relaciones entre las creencias y prácticas y entre los modelos de organización y los modelos de los individuos (Hamilton, 2002).

El modelo tiene como propósito descubrir y documentar, puesto que se quiere participar en el programa en cualquier rol, discernir y discutir los rasgos más importantes del programa, sus concomitantes recurrentes y sus procesos críticos: cómo opera, cómo es influenciado por situaciones externas e internas, sus ventajas e inconvenientes.

### **Características del modelo**

Las principales características de la evaluación iluminativa pueden resumirse en los siguientes conceptos:

- Es una evaluación holística en cuanto se interesa por el programa a evaluar en forma global. Se busca describir el conjunto de contextos en donde se opera, buscando siempre las relaciones entre estos contextos de manera de comprender el proceso total. De allí que este enfoque se ha empleado comúnmente en la evaluación de experiencias micros, en donde es más posible plantearse la comprensión de la globalidad.

Su carácter holístico le llevará a ocuparse por lo que el programa es, de acuerdo a las formas que le dan vida en la realidad, y por tanto no sólo de acuerdo a lo que sus objetivos dicen en el papel, ni solo de acuerdo a la descripción que hacen de él los profesionales responsables de su marcha.

- Es hermenéutica en cuanto tiene gran interés por el lenguaje como la expresión de los significados que tiene los programas para los involucrados y los procesos que allí se desencadenan.
- Es una evaluación interpretativa porque se apoya predominantemente en metodologías y técnicas que privilegian lo cualitativo y lo etnográfico para describir los significados (lenguaje y hechos observados) que tiene la experiencia evaluada para los que en ella están involucrados. Se pide que los sujetos involucrados interpreten los beneficios que entregan el programa y a la vez el evaluador hace una interpretación acerca de estos beneficios.

La interpretación en este modelo toma preferentemente la forma de una descripción del programa evaluado. En esta descripción abundan las citas textuales de los entrevistados, los ejemplos, la narración de hechos, de situaciones típicas, la presentación de personajes claves, las cifras relevantes.

La información que compone esta descripción se obtiene del uso de múltiples técnicas de recolección de datos, incluyendo las de carácter cuantitativo como la utilización de procedimientos estadísticos, y el empleo de test, cuando la situación así lo aconseje.

- La evaluación es iluminativa en cuanto busca “iluminar” las zonas oscuras de un programa para comprenderlo mejor. Iluminar esa oscuridad entrega una cantidad importante de información sobre los contextos ocultos y/o invisibles que tiene una gran influencia en los procesos que podemos más fácilmente observar.
- Es una evaluación sensible, en el sentido de tener especial preocupación de responder a las interrogantes que tiene tanto los clientes como los participantes o alumnos frente al programa que se evalúa. Se hace un esfuerzo por investigar estas preguntas para entregar una información útil, que agregue elementos a la comprensión de lo evaluado. En este sentido, el informe de evaluación puede tomar diversas formas, pueden revelar distintas técnicas y métodos de recolección de información. La evaluación se diseña para captar el interés de quien podrá hacer uso de sus resultados.

Parlett y Hamilton afirman que existen tres etapas características de una evaluación iluminativa.

1. La fase de observación, en la cual se investiga toda la amplia gama de variables que afectan el resultado del programa o la innovación.
2. La etapa de investigación, en la cual el interés se desplaza desde el reconocimiento (de la fase de observación) hacia la selección y planteamiento de cuestiones de una manera coherente y ecuánime, con el fin de realizar una lista sistemática y selectiva de los aspectos más importantes del programa en su contexto.
3. La etapa de la explicación, en la que los principios generales subyacentes a la organización del programa son expuestos a la luz del día y se delinear los modelos causa- efecto en sus operaciones.

### **La metodología del modelo se realiza en las siguientes etapas**

1. Identificación de interlocutores que puedan enseñar problemas y características importantes. Puesto que para ésta investigación, se debe reconocer a los actores principales, en este caso, serán determinantes el rol que juegan, los sujetos de atención que son atendidos en la Corporación Bresky, los familiares y/o cuidadores directos de estos, y el equipo de profesionales de la Corporación, puesto que se quiere reflejar la perspectiva de estos tres actores y relacionarlas con el nivel de impacto que brinda la Corporación Bresky.
2. Observación y entrevistas etnográficas. Ambos son herramientas fundamentales para esta investigación evaluativa, Puesto que para poder reconocer y dejar plasmado las perspectivas de estos actores, es necesario introducirse en sus realidades, sin tratar de intervenir y logrando la objetividad necesaria para poder retratar la realidad de estos actores.
3. Profundización de los aspectos encontrados en la primera etapa, mediante entrevistas en profundidad, historias de vida, etc. Para lograr los objetivos de esta investigación, es fundamental elaborar un análisis de los resultados encontrados, y que estos resultados, sean en estricta relación el diseño de investigación planteado. En esta etapa de esta investigación, se espera que la información recopilada sea analizada para comenzar a construir categorías de análisis, con el fin de estructurar y dar a conocer los resultados de la investigación evaluativa.
4. Validación de los resultados del programa mediante la triangulación metodológica. Para ésta investigación, se señala que la triangulación metodológica, se llevará a cabo con; los sujetos de atención, los familiares directos y/o cuidadores y por último con el equipo de profesionales que estén en estricta relación con la intervención, la justificación de esta decisión, es que estos tres actores, son relevantes para este estudio, puesto que son los puntos de referencia de ésta investigación.

5. Redacción del informe final en un lenguaje accesible a los usuarios del programa. Esta es la etapa final de esta investigación, puesto que, el análisis de los resultados se encuentra concluida, lo importante de exponer es que todos los actores deben entender los resultados, aunque este estudio va dirigido específicamente a los directivos, es decir, a los profesionales de la Corporación Bresky, puesto que hay un vacío, en evaluar las estrategias que ellos utilizan, por lo cual, esto es beneficioso con el fin de conseguir una evaluación de mejor calidad para los sujetos de atención asistentes a la Corporación Bresky sede Viña de Mar.

### 2.3 Tipología de estudios

Esta investigación evaluativa, se basará en un *modelo global: Evaluación Iluminativa*, el cual tiene como objetivo: la toma de decisiones y a la revisión de la política. Tales estudios incluyen a menudo revisiones de los méritos supuestos, problemas, ventajas y efectos laterales negativos de las políticas adoptadas para el programa, pero sólo como parte de un análisis organizacional más amplio. Esto con la finalidad de obtener una mayor variedad de las perspectivas del problema.

### 3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Las estrategias de intervención de la Corporación Dr. Carlos Bresky, son determinantes para la inclusión social de sus sujetos de atención?
- ¿Cuáles son los significados que le atribuyen los sujetos de atención a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky?
- ¿El rol familiar es relevante para el proceso de inclusión social de los sujetos de atención de la Corporación Dr. Carlos Bresky?
- ¿Existe alguna brecha respecto de los lineamientos de intervención y la gestión realizada por los/as profesionales de la Corporación Dr. Carlos Bresky?

#### **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Objetivo General:**

- Evaluar el resultado de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar desde la perspectiva de sus sujetos de atención, familiares directos y equipo de profesionales, identificando factores incidentes en los procesos de inclusión social, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

##### **Objetivos Específicos:**

- Indagar si las estrategias de intervención social que realiza la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, contribuyen a desarrollar la inclusión social de los sujetos de atención, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Evaluar la significación que atribuyen los sujetos de atención a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Evaluar el nivel de significación que atribuyen los familiares de usuarios a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Conocer los contextos de vida en que se desarrollan los sujetos de atención intervenidos por la Corporación Dr. Carlos Bresky, Sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales sobre la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

## **5. DISEÑO MUESTRAL**

### **5.1 Criterios de inclusión**

#### **5.1.1 Sujetos de Atención:**

- Los sujetos de atención deben ser adultos, entre 18 y 60 años.
- Deben expresar libre deseo y voluntad de participar en el estudio.
- Los sujetos de atención deben contar con un período mínimo de 6 meses proceso de rehabilitación en la Corporación.
- Los sujetos de atención que presenten diagnóstico psiquiátrico evidenciado en la Ficha Clínica.
- Personas que posean la capacidad de, en forma coherente y pertinente, expresar sus experiencias a través de un discurso.

#### **5.1.2 Familiares directos:**

- Familiares directos, Ascendientes/descendientes, cuidadores, mayores de 18 años.
- Familiares y/o cuidadores que residan dentro de los límites de la Región de Valparaíso.
- Familiares que declaren voluntariamente su deseo de participar en el proceso de evaluación.

#### **5.1.3 Equipo de profesionales:**

- Equipo de Profesionales que estén en estricta relación con la intervención realizada en Sujetos de atención y familiares directos, entre el período de Abril del 2011 a Septiembre de 2012.
- Equipo de Profesionales que declaren voluntariamente su deseo de participar en el proceso de evaluación.

## 5.2 Universo o población

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, podemos decir que la población es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual estudia y da origen a los datos. (Sampieri, Fernández, & Batptista, 2000)

El *universo* de la presente investigación, la componen en este caso los sujetos de atención de la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, además, se trabajará con los familiares directos de estos sujetos y el equipo de profesionales a cargo de las intervenciones que se realizan en la sede Viña del Mar.

## 5.3 Muestra

El principal objetivo de una muestra, desde la perspectiva cualitativa, consiste en profundizar acerca de particularidades de la población, ya que la rigurosidad de este proceso pone en juego la calidad de la investigación.

En el paradigma cualitativo, el muestreo adopta más bien la forma de selección de casos o informantes, y donde el tamaño de las muestras es reducido, persiguiendo una representatividad estructural, en tanto persigue dejar representada las diferentes posiciones y/o puntos de vista del colectivo (Salinas, 2010). Como tal, implementa diseños de muestreos no probabilísticos. En relación al tipo de diseño muestral que se utilizará, se selecciono el diseño *no probabilístico*, en base a las características de la investigación evaluativa. Este tipo de diseño, tiene como propósito formarse una impresión gruesa acerca de la población. Es difícil determinar el error muestral, por lo tanto, sus probabilidades de generalización a la población (Black y Champion, 1976, citado en Salinas, 2010).

Es aceptable optar por un diseño *no probabilístico* cuando:

- Los límites del grupo no son naturales.
- La generalización no es un objetivo importante.
- Se pretende descubrir un fenómeno poco conocido. (Goetz y LeComte, 1988, citado en Salinas 2010)

En base a estas características, se considera importante considerar este diseño muestral, ya que no se considera como principal objetivo el generalizar los resultados del estudio, ya que estos serán el reflejo de la situación de la intervención.

#### 5.4 Representatividad de la muestra

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

#### 5.5 Criterios de Rigor

ASPECTO (VALOR)	CRITERIO DE RIGOR	PROCEDIMIENTO
		Triangulación de fuentes:
		1. Profesionales de la Corporación Bresky sede Viña del Mar.
<i>Verdad</i>	<i>Credibilidad</i>	2. Sujetos de Atención
		3. Familiares directo
		Observación Persistente
		Comprobación con los/as participantes
<i>Aplicabilidad</i>	<i>Transferibilidad</i>	Recogida de abundante información
<i>Consistencia</i>	<i>Dependencia</i>	Auditoría de dependencia (temática)
<i>Neutralidad</i>	<i>Confirmabilidad</i>	Ejercicio de Reflexión
		Auditoría de confirmabilidad (metodológica)

## 5.6 Triangulación de fuentes

- Profesionales que se desempeñen en la Corporación Dr. Carlos Bresky.
- Sujetos de Atención de la Corporación Dr. Carlos Bresky.
- Familiares directos.

## 5.7 Características Metodológicas principales

CARACTERÍSTICAS METODOLOGICAS	PARADIGMA CUALITATIVO
<b>Marco Teórico</b>	Definido y redefinido según los hallazgos de la investigación
<b>Universo</b>	Definido por perfiles desde criterios teóricos
<b>Muestra</b>	Representación Teórica Estructural Saturación Temática
<b>Tipos de Datos</b>	Cualitativos. Palabras
<b>Instrumentos</b>	Entrevistas Observación Participante Focus Group
<b>Plan de Análisis</b>	Categorial
<b>Rigor Metodológico</b>	Transferibilidad Confiabilidad Dependencia Credibilidad

## 6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizarán técnicas de conversación y narración; y observación y participación. (Valles Martínez, 2003)

- *Entrevista en profundidad:* es una técnica de recolección de datos en donde se obtienen los puntos de vista de los miembros de un grupo social o de los participantes de una cultura. La entrevista es uno de los medios para acceder a los conocimientos, las creencias, los rituales, la

vida de esa sociedad o cultura, obteniendo datos propios del lenguaje de los sujetos.

Por ende, es posible definir la entrevista en profundidad como: “Una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal”. (Spradley, 1979, citado en Rodríguez, Gil y García, 1999, p 169).

Gorden y Denzon establecen 3 variaciones de la entrevistas. En base al nivel de estructuración y estandarización, siendo la más estructurada, la *Entrevista estandarizada programada*, caracterizada por la exactitud en el orden y redacción de todas las preguntas para cada encuestado, lo que permite atribuir las variaciones entre los encuestados a diferencias reales de respuestas y no al instrumento.

Existe un segundo tipo de entrevista, es la *entrevista estandarizada no programada*, sustentada en la idea que la estandarización del significado de una pregunta requiere de una formulación familiar al entrevistado, lo cual, se realiza a través de un estudio de los entrevistados y una selección y preparación de los entrevistadores. A esta idea se suma la confección de una secuencia de preguntas satisfactorias para todos los entrevistados. Un tercer tipo corresponde a la *entrevista no estandarizada*, ausente de un listado prefijado de preguntas abiertas a utilizar con todos los entrevistados. (Guerrero, 2011)

Se considera oportuno realizar entrevistas en profundidad estandarizada no programada a los sujetos de intervención, familiares directos y equipo de profesionales, ya que este instrumento permitirá al equipo seminarista recoger los significados que los informantes le atribuyan al proceso de participación en la intervención utilizando sus propios términos y expresiones, lo cual permita tener una visión holística de la realidad.

- *Observación participante*: técnica asociada a la etnografía, que permite al investigador/a recabar datos desde una fuente primaria; por

otra parte, debe ser utilizada de forma rigurosa, mediante, el registro de actividades.

- *Focus Group o entrevistas grupales:* Una entrevista de grupo de discusión, es la realizada con un pequeño grupo de personas sobre un tema en específicos. Los grupos son normalmente de 6 a 8 personas que participan en la entrevista. (Flick, 2004).

Se utilizará una estrategia grupal, con el fin de generar una instancia de discusión entre los participantes de la intervención, logrando visualizar así todos los focos a evaluar, recogiendo de ésta forma todas las opiniones de éstas. Además, se opta por esta técnica de recolección de información en virtud del tamaño de la muestra, para si, lograr utilizar de una manera optima los recursos de tiempo y espacio disponibles dentro de la Corporación Dr. Carlos Bresky.

Es un tipo de entrevista de grupo compuesto por personas a las que atañe una política de desarrollo o una intervención. Su función es obtener información sobre sus opiniones, actitudes y experiencias o incluso explicitar sus expectativas con respecto a esta política o esta intervención. Se trata pues de un método de encuesta cualitativa rápida. El focus group resulta interesante para la evaluación de proyectos o de programas, sobre todo para los estudios de terreno entre beneficiarios y actores intermedios. Utilizándolo al término de un programa para evaluar su impacto, permite comprender, analizar y diseccionar el fundamento de las opiniones expresadas por los participantes. (Quesada & García, 2005)

## 7. PLAN DE ANÁLISIS

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

## 8. RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EVALUATIVA Y LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

METODO DE INTERVENCION	OBJETIVO	INSTRUMENTO	TEMATICA A ABORDAR	TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS
CUALITATIVO	Indagar si las estrategias de intervención social que realiza la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, contribuyen a desarrollar la inclusión social de los sujetos de atención, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.	Entrevista en profundidad Observación Participante	Inclusión social Estrategias Bresky	Cámara fotográfica Grabador de sonido
	Evaluar la significación que atribuyen los sujetos de atención a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.	Focus Group Entrevista en profundidad Observación Participante	Inclusión social Exclusión Social Estrategias Bresky	Cámara fotográfica Grabador de sonido

METODO DE INTERVENCION	OBJETIVO	INSTRUMENTO	TEMATICA A ABORDAR	TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS
CUALITATIVO	Evaluar el nivel de significación que atribuyen los familiares de usuarios a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.	Entrevista en profundidad. Observación Participante	Inclusión social Estrés familiar Rol de la familia Estrategias Bresky	Cámara fotográfica Grabador de sonido
	Conocer los contextos de vida en que se desarrollan los sujetos de atención intervenidos por la Corporación Dr. Carlos Bresky, Sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.	Entrevista en profundidad. Observación Participante	Inclusión social Estrategias Bresky	Cámara fotográfica Grabador de sonido
	Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales sobre la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.	Entrevista en profundidad. Observación Participante	Inclusión social Estrategias Bresky	Cámara fotográfica Grabador de sonido

## ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

---



## **PRESENTACION**

En el presente capítulo, se procederá al Análisis e Interpretación de la información recabada mediante la aplicación de las diferentes técnicas declaradas en el capítulo precedente. Se realizaron 20 entrevistas, de las cuales 10 corresponden a los Sujetos de Atención, 8 a familiares directos y 2 a profesionales de la Corporación Dr. Carlos Bresky, Sede Viña del Mar. Las entrevistas mencionadas se realizaron entre los meses de julio y el mes de septiembre del presente año.

Dicho análisis se realizará en concordancia con los objetivos y criterios planteados en el capítulo denominado Diseño de Investigación.

Con el fin de contextualizar el análisis, se procede a señalar los objetivos que guían el presente estudio evaluativo:

### **Objetivo General:**

- Evaluar el resultado de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar desde la perspectiva de sus sujetos de atención, familiares directos y equipo de profesionales, identificando factores incidentes en los procesos de inclusión social, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

### **Objetivos Específicos:**

- Indagar si las estrategias de intervención social que realiza la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, contribuyen a desarrollar la inclusión social de los sujetos de atención, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Evaluar la significación que atribuyen los sujetos de atención a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

- Evaluar el nivel de significación que atribuyen los familiares de usuarios a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Conocer los contextos de vida en que se desarrollan los sujetos de atención intervenidos por la Corporación Dr. Carlos Bresky, Sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales sobre la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

Los instrumentos de recolección que se utilizaron para el cumplimiento de los objetivos y de esta forma el levantamiento de la información fueron:

La observación participante, es realizada de manera constante a través de realización de las entrevistas programadas y de las diferentes instancias que comparten las personas participantes de la Corporación Bresky, sea el trabajo en los talleres o en los tiempos de descanso del Centro Diurno.

La utilización del Focus Group, se aplica con anterioridad en los Sujetos de Atención, con la finalidad de contextualizar los temas tratados en las entrevistas.

Finalmente, cabe aclarar que se intenciona el instrumento de Entrevistas en Profundidad, con el fin de dar cuenta de los discursos directos de las personas participantes de la Corporación, en orden de seguir una coherencia con los demás instrumentos aplicados y para cumplir así con la finalidad del presente estudio evaluativo.

## 1. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL REALIZADA POR LA CORPORACIÓN BRESKY Y SIGNIFICACIÓN ATRIBUIDA DESDE LOS SUJETOS DE ATENCIÓN

La información con respecto a las estrategias de intervención social realizada por la Corporación Bresky y la significación que los sujetos de atención atribuyen a ésta fue recogida mediante la aplicación de las Entrevistas en Profundidad a cada uno/a de los integrantes, por la Observación Participante y a través de un Focus Group, durante el período de julio del 2012 a agosto del 2012.

El análisis que se presentará a continuación proviene de las percepciones recogidas mediante la aplicación de dichos instrumentos de recolección de datos, el cual se enmarcará dentro de dos objetivos específicos:

- Indagar si las estrategias de intervención social que realiza la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, contribuyen a desarrollar la inclusión social de los sujetos de atención, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.
- Evaluar la significación que atribuyen los sujetos de atención a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

Para el estudio de dichos objetivos, el equipo seminarista delimitó los siguientes criterios, con el fin de analizar los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados:

- **Intervención Realizada en la Bresky:** este criterio apunta al trabajo realizado por profesionales y mayoritariamente estudiantes en prácticas y voluntarios, destinado los sujetos de atención.
- **Inclusión Social:** este criterio puede ser denominado como una política de identidad personal, donde la persona se adapta a un contexto y el contexto se adapta a la persona, teniendo en cuenta que todas las personas, por definición, son diferentes. Entendiéndose así como a la creación de moldes lo suficientemente flexibles para poder adaptarse a las características de personas muy diversas.

## ANÁLISIS DE LOS SUJETOS DE ATENCIÓN DE LA CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY SEDE VIÑA DEL MAR:

### 1.1 Descripción de los sujetos de atención

Fecha de entrevista	Duración de la entrevista	Participante	Sexo	Edad	Nivel Educativo	Contexto de la Entrevista
23/07/12	1 H. 15 Min.	Sujeto de atención 1 (SA1)	F	33	E. Media Completa	<p>Los participantes corresponden a un grupo de personas que se tratan hace más de un año en la Corporación Bresky con diagnóstico muy diversos, principalmente personas con esquizofrenia, bipolaridad y algunos casos de depresión. El promedio de edad es de 30 años, se destaca que la mayoría terminó la enseñanza media y que luego de este período comenzaron los primeros brotes de sus respectivos trastornos.</p> <p>Una característica transversal es el contacto permanente con algún familiar, principalmente la madre y/o hermanas/os.</p>
26/07/12	39 Min.	Sujeto de atención 2 (SA2)	M	22	E. Media Completa	
27/07/12	58 Min.	Sujeto de atención 3 (SA3)	M	29	E. Media Completa	
27/07/12	1 H. 07 Min.	Sujeto de atención 4 (SA4)	F	19	E. Media Completa	
02/08/12	45 Min.	Sujeto de atención 5 (SA5)	M	54	E. Superior Incompleta	
03/08/12	1 H. 20 Min.	Sujeto de atención 6 (SA6)	M	55	E. Media Completa	
06/08/12	35 Min.	Sujeto de atención 7 (SA7)	M	52	E. Media Incompleta	
06/08/12	1 H.	Sujeto de atención 8 (SA8)	F	45	E. Media Completa	
07/08/12	50 Min.	Sujeto de atención 9 (SA9)	F	51	E. Media Completa	
07/08/12	55 Min.	Sujeto de atención 10 (SA10)	M	60	E. Media Incompleta	

**Fuente:** Equipo Seminarista 2012

## **1.2 Análisis según Criterios:**

### **1.2.1 Criterio Intervención Realizada en la Bresky:**

Este criterio apunta al trabajo realizado por profesionales y mayoritariamente estudiantes en prácticas y voluntarios, destinados a los sujetos de atención.

Para el análisis de este criterio, se utilizará como eje temático los aportes entregados de la intervención.

#### **A. Eje Temático**

##### **A.1 Aportes entregados de la intervención:**

Los sujetos de atención que participan en la Corporación Bresky Sede Viña del Mar, llegan a ella mediante la derivación del servicio público de salud o a través de forma particular, éstos se encuentran diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico y se encuentran ya en la última etapa del proceso de rehabilitación, integración social; por política pública, es importante que las personas que se encuentran en esta etapa deban asistir a un centro diurno especializado al tratamiento en salud mental.

En el caso del Centro Diurno Corporación Bresky, la modalidad de trabajo que se utiliza está basada en la valorización del pensamiento crítico y la potencialización de las habilidades sociales de sus participantes, esta intervención se ejecuta a través de una gama de talleres mirados desde una visión alternativa de rehabilitación. Se realizan talleres con enfoque artístico, destacando el arte, el teatro y la literatura, por otro lado, existe un taller de inglés.

A pesar de la modalidad de trabajo que se utiliza, los participantes, en nuestro caso los Sujetos de Atención entrevistados, no logran visualizar las necesidades principales para su vida diaria de las cuales se debería derivar la intervención.

Otro punto relevante que emerge a través de las respuestas obtenidas, es que los sujetos de atención no logran empoderarse del objetivo principal de la Corporación, el cual se enfoca a *Ofrecer un espacio de acompañamiento especializado y un conjunto de actividades recreativas y rehabilitacionales a personas definidas como discapacitadas mentales por causa psíquica, y también a sus familiares y cuidadores*, sino que, entienden que los beneficios que entrega Bresky están orientados a la distracción y la construcción de una rutina diaria.

Lo anterior se logra visualizar a través de los siguientes fragmentos:

*“...Siento que no necesito muchas cosas, es más las temáticas que se abordan acá son para que uno se entretenga y piense en otras cosas y eso igual nos ayuda a nosotros porque no pensamos todo el rato en nuestras cosas, es más entretenido que ir al doctor y tener un tratamiento como más formal, siento que lo que hacen acá es en definitiva distracción para una... (SA8)”*

El fragmento anterior da cuenta de la mayoría de las respuestas recolectadas por el equipo seminarista, esto ocurre por la inexistencia de metodología en los talleres, por el alto grado de flexibilidad que entregan los monitores, la falta de recursos y la ausencia de motivación personal por parte de los sujetos de atención en la participación de los talleres.

Otro eje importante a destacar, es la percepción que entregan los entrevistados sobre las temáticas que faltan en la Corporación, se orientan principalmente al aprendizaje de un oficio, ya sea cocinería y manualidades, sin embargo, a pesar de esto, las inquietudes apuntan al tema relacionado con la sexualidad:

*“...No sé, si me gustaría tratar temas de sexualidad, en mi casa no me hablan mucho de eso, tengo dudas y no me gustaría saber por otras partes... (SA2)”*

*“...Me llamó la atención aprender sobre temas de sexualidad, porque en mi casa nunca hablo de estos temas con mi papá. Sería entretenido que de nuevo hicieran un taller relacionado a eso. Trabajar con mis compañeros,*

ver películas, mas conversación, diciendo las cosas como son y que sea serio para que mis compañeros no se rían... (SA1)”

Una de las causales de lo expuesto anteriormente, se relaciona con la ausencia de un taller formal donde se traten temáticas de sexualidad, los participantes destacaron la realización de un taller en años anteriores, el cual tuvo una positiva respuesta por parte de los asistentes, sin embargo, dicho taller no se continuó realizando, los asistentes quedaron con dudas y muchas inquietudes respecto al tema. Esto se puede fundamentar con la base de que no existe motivación de los profesionales en la realización de este taller, ni tampoco el tiempo ni la planificación necesaria para su realización.

Como Equipo Seminarista criticamos la oferta pública que se entrega en este país, puesto que no existe una política pública orientada a específicamente en la educación sexual destinada a personas con trastornos psiquiátricos severos, siendo tema central para los individuos afectados con éstas enfermedades. Al revisar la política dirigida a salud mental no existen orientaciones acerca de estos temas, sólo se centran en la sexualidad en personas que no sufren ningún tipo de alteraciones en su salud mental, a su vez las normas técnicas dirigidas a grupos minoritarios de pacientes con trastornos psiquiátricos (Norma Técnica N°90, Norma Técnica sobre Hogares Protegidos, Norma Técnica sobre Contención en Psiquiatría, entre otras) tampoco especifican el tratamiento de esta temática esencial para la rehabilitación de dichas personas. En estricto rigor, es necesario que el Estado se preocupe de las necesidades sexuales de personas con trastornos psiquiátricos.

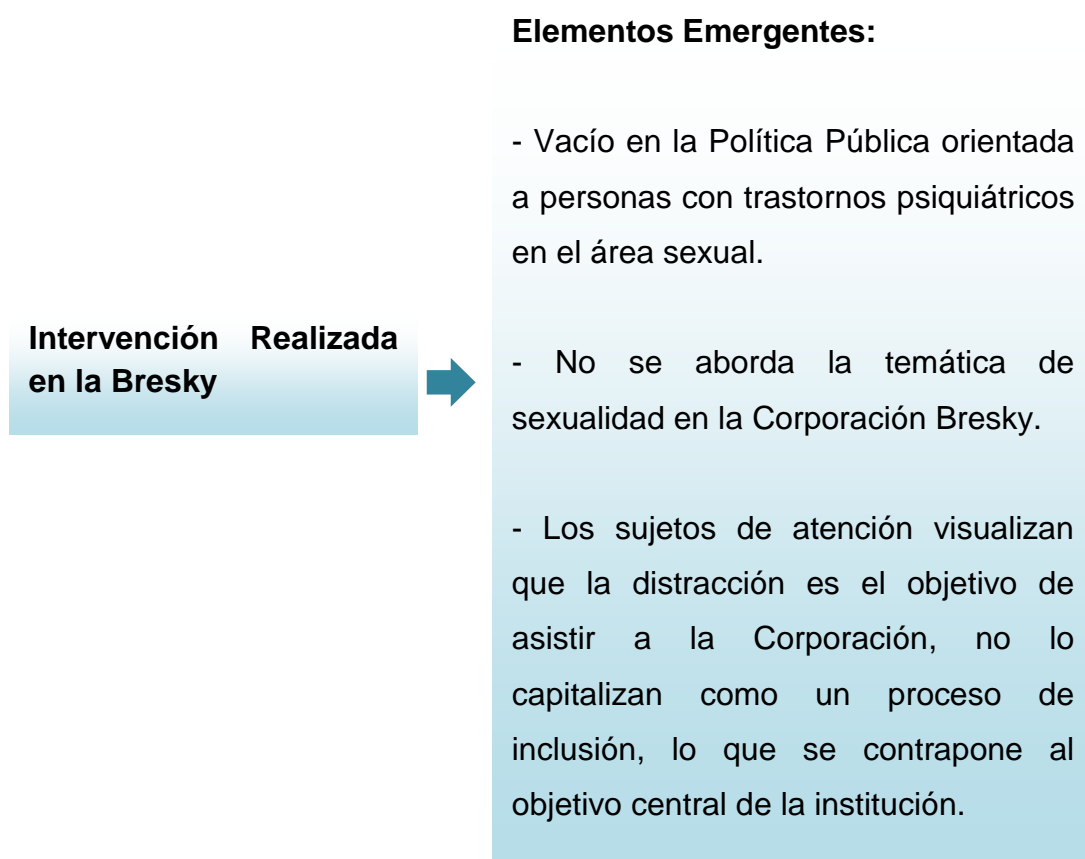
Las enfermedades psiquiátricas tratadas en la Corporación Bresky, en su mayoría se caracterizan por una sintomatología que incluye el aislamiento y la falta de habilidades sociales, las limitaciones farmacológicas y socioculturales actúan como barreras a la expresión sexual de los pacientes psiquiátricos crónicos. La propia sintomatología de la enfermedad va a condicionar la conducta sexual del paciente.

Así, por ejemplo, las alteraciones del afecto y la volición con la aparición de aplanamiento afectivo, anhedonia, apatía y la dificultad de las relaciones interpersonales, y en general el deterioro global del individuo, van

a entorpecer el desarrollo o el mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias. Es evidente, por otra parte, que la hospitalización y la institucionalización aumentan las limitaciones.

Siendo un tema tan relevante para este grupo de personas y no ser tratado en la Corporación Bresky Sede Viña del Mar, es un paso en contra a lo propuesto como Misión y Visión del centro, puesto que al no tratar esta temática tan importante, se deja de lado un foco del desarrollo integral de las personas.

### **B. Diagrama: Criterio Intervención Realizada en la Bresky**



**Fuente:** Equipo Seminarista 2012

### **1.2.2 Criterio Inclusión Social:**

Este criterio puede ser denominado como una política de identidad personal, donde la persona se adapta a un contexto y el contexto se adapta a la persona, teniendo en cuenta que todas las personas, por definición, son diferentes. Entendiéndose así como a la creación de moldes lo suficientemente flexibles para poder adaptarse a las características de personas muy diversas.

Existe un alcance entre los conceptos de inclusión e integración social, diferenciando entre estas que la integración es la adaptación de la persona en la sociedad pero sin que la sociedad ofrezca las alternativas necesarias ni que tampoco ésta se adapte a la persona, contraponiéndose a la inclusión. Por la tanto, el concepto de inclusión es denominado como una superación del concepto de integración, ya que la sociedad valora positivamente las diferencias de las personas y responde a las necesidades de todas estas.

Los ejes temáticos utilizados para apoyar el análisis de este criterio serán los siguientes: Inclusión Ámbito Familiar, Inclusión Ámbito Laboral, Inclusión Ámbito Atención en Salud, Inclusión Ámbito Educación.

#### **A. Ejes Temáticos**

##### **A.1 Inclusión Ámbito Familiar**

La Oferta Pública en esta área partió desde los mismos familiares, los cuales se agruparon en organización sociales, destacando principalmente sus objetivos de acompañamiento, entrega de información, rehabilitación desde la familia; creando proyectos dirigidos a sensibilizar a la sociedad acerca de las enfermedades y sus características. Estas iniciativas fueron presentadas durante los últimos años a los gobiernos a cargo, creando instancias de participación familiar en la política de salud mental chilena. De esta forma la familia actúa como uno de los principales ejes orientadores en la rehabilitación de sus familiares con algún tipo de trastorno psiquiátrico.

La Corporación Bresky utiliza una modalidad de trabajo alemana llamada “Profamilie”, la cual trabaja directamente con la familia de personas con trastornos psiquiátricos, esta modalidad es utilizada desde los inicios de la sede Viña del Mar, sin embargo, fue modificada el presente año, adaptándose al contexto cultural chileno.

Este taller apunta a fortalecer el acompañamiento y entrega orientación familiar acerca de la enfermedad; en él se entregan herramientas para la solución de conflictos y la disminución de los niveles de estrés en la familia, intentando lograr un aumento del bienestar en cada integrante de la familia.

Lo anterior se refleja en el siguiente fragmento:

*“...En cierto momento de mi vida me sentí solo, todo se solucionaba con médicos, pastillas, diagnósticos equivocados, compañeros que no eran compañeros y amistades falsas. Yo creo que a gran parte de las personas le pasa eso, pero ahora, ahora me siento acompañado, mi familia también es la Bresky, también está mi hermana, una gran compañía, creo que el apoyo de mi hermana se debe a los aprendizajes que le enseñan acá en la Bresky para entender la enfermedad... (SA5)”*

Desde este fragmento se puede interpretar que existe un antes y un después en el actuar y pensamiento de los familiares que asisten al taller que se realiza, esto influye directamente de manera positiva al bienestar del sujeto de atención, lo que es sustancial en el proceso de rehabilitación. Si el paciente con trastorno se siente apoyado por algún familiar significativo, esto evita episodios de crisis, falta de empatía y aumenta el grado de confianza en las relaciones que existen en el ámbito familiar.

Sin embargo, como equipo seminarista, se observa la falta de un taller que incluya a familiares en conjunto con los sujetos de atención participantes en la Corporación, esta es una de las inquietudes que más se reflejada en el levantamiento de la información.

*“...Sí, hacen talleres acá con la familia, aunque me gustaría algún taller donde estemos todos reunidos, padres e hijos... (SA2)”*

*“Podrían hacer un taller donde participe la familia y nosotros, donde se hablen las cosas entre todos... (SA9)”*

Un taller que involucre a familiares en conjunto con los sujetos de atención es significativo para mejorar la comunicación entre los diferentes integrantes de la familia, porque no existen instancias donde se solucionen los problemas familiares emergentes en la vida cotidiana.

Otro aporte significativo al realizar un taller en conjunto es incluir a otros integrantes de la familia, como lo son los padres y hermanos, puesto que quienes asisten al taller familiar son principalmente madres y hermanas, se visualiza que mayoritariamente el cuidado de personas con trastornos psiquiátricos lo ejercen mujeres.

A pesar de existir un taller que ayude al mejoramiento de las relaciones familiares y aceptación de la enfermedad, existen variadas opiniones donde el rechazo familiar está presente, generalmente desde los padres y hermanos, esto infiere que una de las causales es que culturalmente vivimos en una sociedad machista y que las emociones se transfieren al plano femenino. El padre “proveedor de recursos” desarrolla menos empatía cuando se encuentra ante una crisis no aceptando así las consecuencias que trae convivir con un hijo/a con enfermedad psiquiátrica.

*“...Ehh mi mamá es la única que me trata de entender, pero a veces es difícil. Por parte de mis hermanos, que ya no viven en la casa, siento a veces vergüenza, que ya no me quieren ver... (SA8)”*

*“A veces siento rechazo por mi padre, nunca he tenido una buena relación con él... (SA2)”*

Los fragmentos anteriores demuestran el sentimiento de rechazo que sienten los sujetos de atención de los familiares directos, hermanos y padres, que no participan en el proceso de rehabilitación de sus familiares.

Recalcamos necesario fortalecer las relaciones entre los familiares de género masculino, es importante incluir estas personas en los procesos de intervención y rehabilitación que la Corporación intenta entregar.

## A. 2 Inclusión Ámbito Laboral

En primera instancia, la Corporación Bresky no entrega la capacitación para un oficio, sino que los talleres están orientados a un mejoramiento del pensamiento crítico y la potencialización de las habilidades sociales de las personas que asisten a los talleres.

Uno de los resultados del levantamiento de la información, es que gran parte de los entrevistados comunica que para ellos es necesario aprender un oficio que les ayude a la inclusión en el mundo laboral.

*“...Me gustaría tener un taller que me enseñe como un oficio para después poder ir a buscar trabajo...Eso sería más útil para nuestro futuro (SA8)”*

A pesar de lo anterior, se refleja la falta de flexibilidad de las empresas en la generación de nuevos empleos, no se avanza sobre el tema de la responsabilidad social empresarial, si bien, se puede apreciar la integración de personas con discapacidad física, es poco común encontrar personas con trastornos mentales trabajando en oficios formales.

*“...Depende del trabajo, porque si me exigen mucho no voy a poder lograrlo, pero si es algo que me gusta mucho a mi yo creo que podría hacerlo, aunque los horarios deben ser flexibles, porque mis pastillas me hacen dormir y me cuesta más despertar... (SA4)”*

*“...La sociedad debe entender bien la forma en cómo nosotros trabajamos y darnos otro tipo de trabajo donde podamos cumplir con nuestros propios horarios... (SA3)”*

Los párrafos anteriores reflejan que existe interés en insertarse en el mundo laboral, sin embargo, se aprecia la dificultad con respecto a los horarios establecidos comúnmente en los sectores formales de trabajo.

Las personas con trastornos psiquiátricos por el efecto de sus medicamentos, deben adaptarse a un horario estructurado que en muchas ocasiones sobrepasa las horas promedio de sueño y también actúan en un

ritmo distinto, más pausado que el resto de las personas. A pesar de esto, la sociedad no genera los espacios pertinentes para la incorporación de personas con trastornos psiquiátricos en el área laboral, ni tampoco estas personas se generan una motivación personal para la búsqueda y a largo plazo una inclusión en el mundo laboral.

*“...No quiero trabajar, no me gusta... (SA2)”*

*“...No me gusta trabajar, creo que es una pérdida de tiempo, eso no es para mí, además para que trabajar si recibo pensión y vivo con mi mamá, estoy bien así... (SA5)”*

La falta de motivación con respecto a la inserción en el mundo laboral, se atribuye, por un lado, a la discriminación desde la sociedad a personas con problemas en su salud mental, y por otro lado, a la falta de incentivos personales y familiares, como también a los que debería entregar la Corporación Bresky y por último, y no menos importante, a que estas personas con trastornos no tienen un proyecto de vida a largo plazo que los condicione a trabajar.

### **A.3 Inclusión Ámbito Atención en Salud**

A través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el Estado expresa que el grupo de personas con trastornos psiquiátricos severos deben ser acogidos al sistema GES, por lo tanto, se garantiza el diagnóstico, tratamiento y posterior rehabilitación, como a la vez, se avala una atención acorde a las necesidades del paciente.

Muchos pacientes requieren de una atención y cuidados de por vida, con necesidad de apoyo para la realización de una buena parte de las actividades de su vida cotidiana y de su participación social. En la actualidad no existe cura para la enfermedad, sin embargo, el tratamiento integral puede disminuir la morbilidad, mortalidad y discapacidades asociadas con las enfermedades de carácter psiquiátrico.

El actuar de la Corporación Bresky se basa en lo propuesto anteriormente, un tratamiento integral del sujeto atendido.

A pesar de estar establecidos los lineamientos de tratamiento y posterior rehabilitación, donde se incluya una apropiada atención, en la práctica y a través de los resultados obtenidos por el estudio evaluativo realizado, al referirnos por la pregunta “atención brindada en los sistemas de salud”, los resultados más visibles son los siguientes:

*“...Yo creo que la atención es muy rápida, y a veces no se interesan por lo que uno tiene, sólo se preocupan de cosas pequeñas, siempre está como lleno, colapsado... (SA5)”*

*“...A penas entregan hora, los doctores son rápidos, a veces pesados, las señoritas que atienden están siempre enojadas, en caso de hospitalización no hay camas psiquiátricas, esas cosas... (SA8)”*

*“...La espera en que te atiendan es un tipo de discriminación, además de demorarse 2 a 3 meses en atenderte, en el momento de la consulta se demoran 10 minutos y eso, tan poco tiempo el doctor siempre me pregunta lo mismo, cero interés... (SA2)”*

Lo rescatable de los fragmentos anteriores es que se logra identificar que los sujetos de atención aprecian un tipo de discriminación al no tener una atención médica adecuada, relacionan discriminación a una atención rápida y poco fructuosa para su rehabilitación. Esto a la vez es transversal para todo tipo de personas, no solamente a un grupo de personas específico, se puede expresar por una falta de recursos en el área y por la necesidad del cumplimiento de metas que se establecen, generando en los sujetos atendidos sentimientos de rabia y frustración, poca confianza en el sistema público de atención de salud, limitando las posibilidades de rehabilitación e inclusión en la sociedad.

*“...Me frustra mucho porque a una la limitan, me enoja, porque la gente piensa que una tiene tiempo, que está dispuesta a esperar y que tienen mucha paciencia, me da rabia esperar tanto y tener una atención que dure 5 minutos con mi doctor... (SA8)”*

Lo anterior refleja el sentimiento de gran parte de los entrevistados de este estudio evaluativo, demostrando el vacío y la inadecuada atención en el sistema de salud, es importante que a este sentimiento de amargura se sumen iniciativas para transformar esta situación y no seguir generando situaciones de exclusión social.

Como evaluadores externos nos parece necesario también generar instancias dentro de la Corporación donde se hable el tema de exclusión en el área salud.

#### **A.4 Inclusión Ámbito Educación.**

Durante el levantamiento de la información, se logró pesquisar que la mayoría de los/as entrevistados lograron terminar su enseñanza secundaria, la causa de aquel hecho se relaciona principalmente a que los primeros brotes de los trastornos se generaron al término del proceso educativo secundario. Motivo por el cual no continuaron sus estudios superiores.

A pesar de que se haya generado un trastorno psiquiátrico que hubiera imposibilitado a la persona a continuar sus estudios superiores, además de obstáculos culturales, económicos y personales, el Estado no asegura la inclusión en el área educacional a dichas personas, al contrario, explicita que debe trabajar con ellos y los familiares para adecuar las expectativas y reales posibilidades de integración, interpretando de esta forma que no existen incentivos del Estado para incluir a personas con trastornos psiquiátricos en el área educativa nivel superior, ni tampoco en capacitar a personas en algún tipo de oficio.

Es importante destacar el trabajo que se realiza la Corporación Bresky sede Viña del Mar en el área educativa, el cual se orienta a fomentar incentivos en las personas para que continúen sus estudios y/o capacitaciones, todo esto a fin de generar pensamiento crítico relacionado con una orientación psicoanalista en las personas con trastornos, sin embargo, aparecen barreras externas principalmente económicas las que imposibilitan la continuación de los estudios de las personas que se motivan en realizarlos, como también aparecen barreras culturales que interfieren en la generación de recursos económicos, ya que al no tener una fuente laboral

formal, ni tampoco las habilidades para realizar un trabajo informal, es dificultoso generar nuevos recursos monetarios que cubran ésta necesidad.

*“...Si, falta motivación creo que es un obstáculo para seguir estudiando, pero eso es algo tan personal que cuesta que un taller llegue a generar más motivación, a algunos les sirve mucho lo que se hace acá y se motivan en estudiar, porque despierta el incentivo... (SA2)”*

*“...La Corporación me motiva en seguir estudiando, y se lo he dicho en las secesiones personales que tengo con el psicólogo, pero ¿con qué plata estudio? Y ¿Usted cree que me van a dar trabajo con la enfermedad que tengo?... (SA9)”*

Los talleres que se realizan en la Corporación en cierto modo logran generar en algunas personas incentivos para seguir con sus estudios, esta motivación se respalda con el seguimiento personal que realiza el psicólogo, sin embargo, las limitaciones externas (económicas principalmente) e internas (trastornos en sí) son variables más incisivas a la hora de llevar a cabo dicho proyecto.

*“...Creo que la sociedad debería aceptar que somos personas con trastornos y generar trabajos que se adecuen a nuestra enfermedad, la sociedad discrimina mucho en ese sentido, sin trabajo no tengo plata y sin plata no puedo estudiar... (SA9)”*

Logramos percatar que la gran mayoría de los entrevistados logran entregar un valor positivo a la continuidad de estudio y logran captar que la Corporación genera motivación en ellos para lograr dicha continuidad, pero, sin embargo, aparecen limitaciones externas, principalmente económicas y la falta de una política pública que se oriente a la continuidad de estudios superiores o simples capacitaciones en las personas con trastornos psiquiátricos severos, lo que imposibilita la inclusión en el ámbito educacional.

A modo de síntesis e integrando los ámbitos vistos anteriormente, al referirnos al tema de inclusión social y lo que los sujetos de atención atribuyen a dicho significado, se logra pesquisar que existe consenso sobre el concepto.

*“...Inclusión es como pertenecer a un grupo, sentirse parte de una comunidad. Yo lo relaciono a sentirse parte de algo, a estar en la sociedad inserto y que la sociedad también te entregue las herramientas a ti, como algo mutuo. Es como integración, participación social, hasta lo puedo ligar a democracia, pertenencia, igualdad... (SA3)”*

Esto nos demuestra que la Corporación a través de su modalidad de trabajo logra de forma transversal concientizar a las personas con la temática de Inclusión Social y sus efectos, esto interviene en la realidad de cada uno de los sujetos atendidos, logrando que ellos/as se reconozcan como personas Sujetos de Derechos, con las mismas posibilidades que cualquier otro tipo de persona, sin imposibilitarse o visualizarse como personas inferiores al resto. Diferenciando así entre inclusión y las consecuencias que trae la exclusión social.

*“...Cuando yo ando mal sí, porque se nota como que la gente cacha cuando ando como en crisis, entonces igual me siento observada, la gente me ha dicho que tengo como una mirada distinta. Es que la gente tiene un prejuicio contra nosotros, como malo, como que si les vamos a hacer daño, la gente en general piensa que porque uno tiene esquizofrenia está loco y va a hacer daño... (SA8)”*

*“...A veces siento que se me nota más mi enfermedad, ahí la gente te mira con cara rara o se aleja un poco de ti, creo que tienen como un concepto negativo de la enfermedad, a veces se liga al delincuencia o actos atroces que comenten las personas con un trastorno psiquiátrico y eso no es así... (SA7)”*

Lo que se destaca de los fragmentos expuestos anteriormente es que los sujetos de atención perciben prejuicios por parte de la sociedad, generando en ellos un doble desafío: lidiar con los síntomas y las incapacidades resultantes de la enfermedad, y lidiar con los estereotipos y

prejuicios generados por los conceptos errados sobre enfermedades psiquiátricas. Surgiendo de esta forma las temáticas de Discriminación y estigma por parte de la sociedad. La experiencia directa de estigma social puede llevar a que las personas con enfermedad psiquiátrica desarrollen cierto autoestigma, que se manifiesta, según el equipo seminarista, a la no asistencia a la rehabilitación, el rechazo a la enfermedad, la baja autoestima y la falta de expectativas de recuperación.

Los procesos de exclusión social deben entenderse desde una perspectiva multidimensional y en este sentido, el estigma puede influir de forma transversal en muchas de las dimensiones de exclusión (laboral, vivienda, educación, sanidad, entre otros).

*“...Dejarte solo, que no te dejen participar en las cosas que tu quieres, que no te den herramientas necesarias para que tu ejerzas en lo que te gusta. Como no ser parte de algo, sentirme discriminada, ser parte de nada po, claro, no estar en ningún lado, eso para mí es como exclusión... (SA5)”*

*“...Rechazo, que no te den los espacios necesarios para que tú te desarrolles... (SA3)”*

*“...Exclusión es como sentirse solo, no participar y que no te den las posibilidades para hacerlo, creo que es necesario que se generen lugares para que uno pueda sentirse bien y no solo, exclusión es discriminación, es dejarte de lado, no participación, esas cosas... (SA7)”*

Todo lo anterior lleva a estas personas a anticipar el rechazo por parte de los demás, lo que les conduce por un lado al ocultamiento de la enfermedad, y por otro al aislamiento respecto a los demás. Estas dos formas de comportamiento se relacionan con las dos dificultades fundamentales que encuentran estas personas: las dificultades laborales y las referentes a las relaciones sociales, especialmente con iguales.

Desde el punto de vista de las políticas de salud mental existentes en Chile, por ejemplo, se sabe que el campo de la salud mental es mucho más extenso que los recursos dotados al mismo. En muchos países las políticas

son inadecuadas o ausentes y la legislación también es inadecuada, ausente o no aplicada, manifestándose esto en nuestro país.

A su vez, es un grave problema la falta de acceso o inexistencia de servicios de tratamiento y de beneficios para los portadores de trastornos psiquiátricos. A nivel del sistema de salud, se encuentran condiciones hospitalarias deficientes, violación de Derechos Humanos, tratamiento inadecuado, falta de servicios, insuficiencia de recursos, falta de personal capacitado e insuficiente abastecimiento y distribución de medicamentos. Así, el estigma de la esquizofrenia no sólo afecta a las personas que sufren de este trastorno si no también a sus familiares. Esto se manifiesta también en los ámbitos laborales y educacionales, falta de abastecimiento y de personal capacitado es lo que se refleja con mayor auge, la participación de personas con trastornos psiquiátricos en dichas áreas es limitada por la discriminación y estigmas existentes.

## B. Diagrama: Criterio Inclusión Social

### Elementos Emergentes:

- El taller realizado por la Corporación influye directamente en el bienestar del sujeto de atención.
- Ausencia de un taller que incluya en conjunto familiares con sujetos de atención.
- Ausencia de empatía por parte de familiares de género masculino, especialmente padres y hermanos.
- La Corporación Bresky no entrega capacitación para realizar un oficio.
- Interés pero falta de motivación por parte de los sujetos de atención para la inserción laboral.
- Escaso avance en el tema de Responsabilidad Social Empresarial.
- Los sujetos de atención aprecian discriminación por la atención médica.
- Falta generar instancias en la Corporación donde se hable el tema de exclusión en el área salud.
- El Estado no asegura inclusión en el nivel superior educacional en personas con trastornos psiquiátricos.
- La motivación de los sujetos de atención se ve disminuida por la existencia de barreras externas (económicas) lo que dificulta la continuidad de estudios.
- La Corporación Bresky logra motivar a los sujetos de atención a continuar con sus estudios.
- Los sujetos de atención perciben los conceptos de inclusión y exclusión social y los efectos de ambos temas.
- Los sujetos de atención percatan la discriminación y estigmas provenientes de la sociedad.
- Los sujetos de atención se anticipan al rechazo por parte de la sociedad.
- La política de salud mental es inadecuada y poco práctica.

Inclusión Social



*Fuente: Equipo Seminarista 2012*

## 2. NIVEL DE SIGNIFICACIÓN QUE ATRIBUYEN LOS FAMILIARES DE USUARIOS A LA INTERVENCIÓN REALIZADA EN LA CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY, SEDE VIÑA DEL MAR.

La información recabada con respecto a la significación atribuida por los familiares de los sujetos de atención a la intervención realizada por la Corporación Bresky fue recogida mediante la aplicación de las Entrevistas en Profundidad a cada uno/a de los familiares seleccionados, durante el período de agosto del 2012.

El análisis que se presentará a continuación proviene de las percepciones recogidas mediante la aplicación de dichos instrumentos de recolección de datos, el cual se enmarcará dentro de un objetivo específico:

- Evaluar el nivel de significación que atribuyen los familiares de usuarios a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

Para el estudio de dicho objetivo, el equipo seminarista delimitó el siguiente criterio, con el fin de analizar los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos seleccionados:

- **Intervención Realizada en la Bresky:** Este criterio apunta al trabajo realizado por profesionales y mayoritariamente estudiante en prácticas y voluntarios, destinado a los sujetos de atención.

## ANÁLISIS DE LOS FAMILIARES DE LA CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY SEDE VIÑA DEL MAR:

### 2.1 Descripción de los familiares

Fecha de entrevista	Duración de la entrevista	Participante	Sexo	Edad	Nivel Educativo	Contexto de la Entrevista
02/08/12	45 Min.	Familiar 1 (F1)	F	59	E. Media Completa	<p>Los familiares corresponden a un grupo de personas que participan en la Corporación Bresky hace más de un año, se destaca que este grupo de personas son un porcentaje menor de familiares directos de los sujetos de atención entrevistados anteriormente. Los familiares declararon voluntariamente el deseo de participar en el proceso de entrevistas, las cuales se realizaron en las dependencias de la Corporación Bresky Sede Viña del Mar, durante el mes de Agosto del presente año. El promedio de edad es de 58 años.</p> <p>La gran mayoría de los familiares presenta un estrato socioeconómico medio bajo.</p>
06/08/12	30 Min.	Familiar 2 (F2)	F	57	E. Media Completa	
06/08/12	33 Min.	Familiar 3 (F3)	F	60	E. Media Incompleta	
08/08/12	55 Min.	Familiar 4 (F4)	F	63	E. Media Incompleta	
13/08/12	42 Min.	Familiar 5 (F5)	F	52	E. Media Incompleta	
15/08/12	28 Min.	Familiar 6 (F6)	F	55	E. Media Completa	
17/08/12	36 Min.	Familiar 7 (F7)	F	58	E. Media Incompleta	
20/08/12	58 Min.	Familiar 8 (F8)	M	67	E. Media Completa	

**Fuente:** Equipo Seminarista 2012

## **2.2 Análisis según Criterios:**

### **2.2.1 Criterio Intervención Realizada en la Bresky:**

Este criterio apunta al trabajo realizado por profesionales y mayoritariamente estudiante en prácticas y voluntarios, visto desde el enfoque de los familiares directos y los efectos que tienen en su familia, vida diaria y en los familiares con trastornos.

Para el análisis de este criterio, se utilizará como eje temático los aportes entregados de la intervención.

#### **A. Eje Temático**

##### **A.1 Aportes entregados de la intervención:**

Los familiares que participan en las actividades realizadas en la Corporación Bresky sede Viña del Mar, asisten por iniciativa propia y porque sus familiares (los sujetos de atención) asisten a los talleres que realiza la Corporación, a su vez, participan en el taller destinado a los familiares denominado “Profamilie” el cual es realizado por estudiantes en prácticas con la colaboración de la Asistente Social. En su mayoría dichos familiares no se encuentran diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico.

A pesar de ser el taller familiar la única instancia destinada al trabajo directo con un grupo de familiares, se realizan constantemente conversaciones no formales donde se educa, disminuyen los niveles de estrés, entre otras cosas.

*“...Creo yo que la Corporación ayuda mucho a que una se sienta más tranquila, siento igual que faltan mas talleres para nosotros como familiares o algo donde estemos más personas que tengan los mismos problemas, igual se dan momentos en que una si quiere conversar a solas igual te ayudan en ese sentido, entonces siempre se preocupan por tí, se reúnen contigo si estas mal... (F2)”*

El párrafo anterior demuestra que la atención brindada por la Corporación hacia los familiares, no se limita solamente a un taller en específico, sino que, se realizan y se reconocen por los familiares instancias donde los profesionales comparten en una intervención directa y personal.

Con esta intervención más directa se logran detectar específicamente las problemáticas más primordiales que ocurren en la familia de los sujetos atendidos, detectando necesidades, las características específicas de las situaciones que provoca compartir con una persona con trastorno psiquiátrico, en especial, para reducir la sintomatología que se genera al interior de la familia, evitando y disminuyendo los estresores familiares. Sin embargo, a pesar de la necesidad imperante de los familiares en que se ejecuten estas instancias de intervención más directa, la Corporación no ha sistematizado dicha práctica, ni tampoco ha incurrido a realizar protocolos de acción antes estos hechos.

A pesar de lo anterior, los familiares reconocen que el trabajo realizado en el taller familiar y en las intervenciones directas no formales (no protocolizadas) existe un real acompañamiento y orientación, hecho que se establece dentro de las líneas de acción que orientan el ejecutar de la Corporación, actuando directamente sobre los puntos críticos que se expresan a partir de la interacción que ocurre en cada familia, disminuyendo así los niveles de estrés y angustia, aumentando la tolerancia, el relajo y la unidad familiar.

*“...Sí, ayudan a unir más a la familia, a saber sobre otras cosas y a conocer lo que es una enfermedad psiquiátrica, además a sentirse más cómoda, a compartir con personas que están en la misma que tu... (F1)”*

*“...Me siento acompañada con lo que se realiza acá, creo que la Bresky ya es parte de la familia, estamos siempre en contacto, obvio, si enseñan cosas muy importante a nuestros hijos, a disfrutar de la vida, a ser más críticos, a ser más independientes y más sociables, como también creo que se le enseña a la sociedad a cómo tratar y a dar y generar espacios para la gente con trastorno o con algún diagnóstico psiquiátrico...(F4)”*

Lo anterior demuestra que el actuar de Bresky sigue una línea en base a las necesidades de las personas, sobre este aspecto resulta fundamental la intervención con las familias, por el papel principal que ésta desarrolla, como amortiguadora del impacto que la enfermedad incapacitante tiene sobre el sujeto que atiende la Corporación. Bresky destaca que existen actitudes familiares que van a facilitar el tratamiento de las personas con trastornos psiquiátricos que atiende y otras que van a dificultar la rehabilitación de éstos, en base a eso la Corporación logra identificar las fortalezas y debilidades que existe en una familia, potencializando fortalezas y mejorando debilidades. Motivo que trasciende el rol de acompañamiento familiar.

Existen a su vez aristas que se repiten en cada sistema familiar, las cuales se relacionan directamente a los temas personales emocionales de los propios sujetos de atención, estos puntos, no hablados al interior de la familia, son expresados al momento de la recolección de la información, principalmente se relacionan a los mismos expuestos por los sujetos de atención. Nos referimos al tema sexualidad e higiene personal, temas que si bien, en cierto período fueron tratados con los sujetos de atención, ahora no son expuestos ni con los sujetos de atención ni con los familiares y son de prioridad de éstos últimos.

*“...Quizás para los chiquillos que asisten a los talleres, sería necesario hacer algo más como de relación con las otras personas, de afinidad, de diferencias entre las personas, cosas de sexualidad también... (F1)”*

*“...A mí me gustaría que abordaran el tema de la sexualidad, porque ese tema falta bastante... (F6)”*

*“...Algún taller donde se aprenda sobre las cosas cotidianas, de higiene, a mi me cuesta mucho hablar de eso en mi casa... (F8)”*

En su mayoría, los familiares expresan la ausencia de un taller enfocado a la sexualidad e higiene, esto se debe a que dichos temas no se hablan en sus hogares porque se infiere que existe una problemática subyacente la cual es la falta de comunicación al interior de la familia, a su vez porque dichas temáticas son vistas como tabú en personas con trastornos psiquiátricos, limitando desde la misma familia así la vida sexual

de sus familiares con trastornos psiquiátricos. Por lo tanto, el tratamiento de dicha temática queda a cargo de la Corporación Bresky, la cual como se ha señalado anteriormente, existe un vacío sustancial acerca del abordaje de ésta temática tan relevante para la vida diaria de los sujetos de atención. Otra punto relevante que deja entre ver estas respuestas, es que ningún familiar se genera un proyecto de vida sobre el paciente con trastornos, más bien, sus respuestas sólo se orientan hacia la potencialización de las habilidades y/o cuidado personal de los sujetos atendidos y no a la generación de un oficio que sustente capacidades laborales o educacionales.

A pesar de la falta de dichas orientaciones, los familiares recalcan la importancia de la Corporación en su vida diaria, detectando que ésta actúa como alivio y ayuda a disminuir los niveles de estrés.

*“...Sí, de todas maneras, un alivio grande para ellos y para uno también porque genera más tiempo para una... (F8)”*

*“...Me quita el estrés, me ayuda a distraerme y a sentir apoyo de persona que tienen las mismas experiencias que una... (F3)”*

*“...Ahora mi hija y yo nos sentimos apoyadas, además ahora que mi hija pasa casi todo el día acá yo me siento más relajada, porque sé que está en un buen lugar, entonces sin Bresky, las cosas serían más difíciles... (F8)”*

Las personas atendidas en la Corporación, que padecen enfermedades psiquiátricas poseen un amplio y variado rango de necesidades; necesitan el máximo de control sobre sus síntomas con el mínimo discomfort, una ocupación satisfactoria que incremente su autoestima y crecimiento personal, para esto es necesario mantener lazos familiares potentes y en especial se requiere de un apoyo emocional constante por parte de su familia. Esto genera presiones y sobrecargas a nivel familiar que van limitando el accionar personal de cada uno de los integrantes, hermanos, padres, madres, hijos, entre otros, lo que condiciona una vida ligada al estrés y al conflicto familiar.

Durante el desarrollo de las entrevistas surgieron variadas respuestas al momento de preguntar sobre el manejo del estrés familiar, donde se destaca que la comunicación es la principal herramienta ocupada para la resolución de los conflictos.

*“...Cuando ocurre, muchas veces peleamos, no hablamos las cosas, esperamos un tiempo y solucionamos, creo que la mejor forma de solucionar los temas es conversándolos, y eso también hemos aprendido acá, a hablar, a tratar los temas de la manera que se debe tratar... (F5)”*

*“...Ahora he aprendido que las cosas se deben hablar, que no se tienen que dejar que pasen, creo que es la mejor solución... (F7)”*

Teóricamente los familiares han aprendido sobre la resolución de los conflictos y el manejo del estrés, tema trabajado también en la modalidad de taller familiar, sin embargo, el manejo sobre estas situaciones sólo se limita a un discurso, no es una realidad llevada a la práctica.

*“...Cuando ocurre nos alejamos, no hablamos nada, y esperamos que se cambien las cosas, por lo menos eso es lo que veo... (F7)”*

*“...Sin hablar, no se habla nada del tema, se corta el tema y no se sigue hablando, quizás al otro día se soluciona el tema... (F8)”*

Cuando una familia se encuentra en situación de crisis y sin dirección clara, existe un conflicto. En palabras simples, una situación de tensión provoca presión al interior del sistema familiar requiriendo ciertos cambios dinámicos que la estabilicen. Los roles, los valores y los objetivos se pierden y se hacen confusos en la medida que el conflicto siga permaneciendo en el sistema.

Los problemas, crisis y conflictos en la familia hacen necesario un cambio, que a su vez llevarán a redefinir el nuevo sistema de relaciones. Este nuevo sistema de relaciones es difícil de mantener y más aun de trabajar; la Corporación logra teorizar dichos temas, a pesar de eso, no se ve reflejado en la realidad práctica de la familia, quedando en manifiesto la falta motivacional de la familia en llevar a la práctica dicha teoría.

Se nos hace importante como equipo seminarista destacar una última idea, la cual refleja la discriminación presente al interior de la familia, el costo en superar los prejuicios y la dificultad en mantener un equilibrio al interior de la ésta, especialmente, con aquellos que no aceptan o les cuesta aceptar tener un integrante con algún trastorno psiquiátrico y como a su vez la Corporación Bresky entrega las herramientas necesarias para la superación de estas dificultades.

*“...No todos los miembros de mi familia están sintonizados con esto, en un principio a mi marido le costaba mucho integrarse, pero ahora está mucho más cercano, porque entiende la enfermedad de nuestra hija, y ya está mucho más asumido, no todos aceptan integrarse al proceso de rehabilitación, hay un temor, una falta de conocimientos, hay prejuicios que durante los primeros años cuesta enfrentar, la sociedad te limita, tú misma te comienzas a limitar, es difícil tener una persona que tu quieres tanto con un trastorno psiquiátrico, cuesta salir adelante. Sí, en un principio existe discriminación por parte de los mismos familiares pero todo se supera, los profesionales te ayudan bastante en resolver esos temas, aprendes a manejar las problemáticas y a superarlas...”*

La frase anterior refleja principalmente el objetivo de la Corporación y el actuar de ésta, la comunidad de profesionales ha logrado concientizar a las familias sobre la enfermedad que padecen algunos de sus integrantes, de esta forma los familiares logran entender la enfermedad.

Trabajar en la rehabilitación en conjunto con los familiares es primordial para lograr una inclusión total de los sujetos de atención. Generar habilidades de autocuidado y capacidad de tolerancia, cambiar la forma de resolver conflictos, reestructurar roles en la familia, es un trabajo reconocido por los familiares que asisten a la Corporación por los profesionales. Llevar a la práctica estos hechos debe ser lo esencial en el actuar de la Corporación Bresky.

## B. Diagrama: Intervención Realizada en la Bresky

**Intervención Realizada en la Bresky**



### Elementos Emergentes:

- La intervención que realiza la Corporación Bresky hacia los familiares no se limita a un solo taller. Se realizan instancias personales con familiares.
- La Corporación identifica fortalezas y debilidades de las familias.
- Los familiares expresan falta de un taller enfocado a la sexualidad e higiene.
- Ningún familiar se genera un proyecto de vida de sus familiares con trastornos psiquiátricos.
- Los familiares detectan que la Corporación actúa como alivio y ayuda a disminuir el estrés familiar.
- Teóricamente los familiares han aprendido sobre la resolución de conflictos y manejo de estrés, sin embargo, les cuesta llevarlo a la práctica.
- Los profesionales han logrado concientizar a las familias sobre la enfermedad que padecen algunos de sus integrantes.
- Los familiares reconocen que los profesionales están capacitados en el área Salud Mental.

**Fuente:** Equipo Seminarista 2012

### 3. VISIÓN QUE TIENE EL EQUIPO DE PROFESIONALES SOBRE LA INTERVENCIÓN REALIZADA EN LA CORPORACIÓN DR. CARLOS BRESKY, SEDE VIÑA DEL MAR.

La información que se recabó para reconocer la visión de los profesionales a la intervención realizada por la Corporación, la que aporta al proceso de inclusión de los sujetos de atención, se obtuvo a través de entrevistas en profundidad, las cuales se realizaron en el mes de septiembre del presente año.

El análisis que se expone en los siguientes apartados proviene de las percepciones recogidas mediante la aplicación de dicho instrumento de recolección de datos, el cual se enmarcará dentro de un objetivo específico:

- Conocer la visión que tiene el equipo de profesionales sobre la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky, sede Viña del Mar, en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

Para el estudio de dicho objetivo, el equipo seminarista delimitó el siguiente criterio, con el fin de analizar los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento seleccionado:

- **Intervención Realizada en la Bresky:** Este criterio apunta al trabajo realizado por profesionales y mayoritariamente estudiantes en prácticas y voluntarios, destinados a los sujetos de atención.

## ANALISIS DE LOS PROFESIONALES DE LA CORPORACION DR. CARLOS BRESKY SEDE VIÑA DEL MAR:

### 3.1 Descripción de los profesionales

Fecha de entrevista	Duración de la entrevista	Participante	Sexo	Edad	Nivel Educacional	Contexto de la Entrevista
03/09/12	43 Min.	Profesional 1 (P1)	F	26	E. Superior Completa	Los profesionales se desempeñan hace más de un año en la Corporación Bresky Sede Viña del Mar, entre ambos conforman la dupla psicosocial la cual se dedica al trabajo grupal y de casos, como también, propiamente tal al trabajo administrativo. Los profesionales declararon voluntariamente el deseo de participar en el proceso de entrevistas, las cuales se realizaron en las dependencias de la Corporación Bresky Sede Viña del Mar, durante el mes de Septiembre del presente año. El promedio de edad es de 30 años.
04/09/12	34 Min.	Profesional 2 (P2)	M	33	E. Superior Completa	

**Fuente:** Equipo Seminarista 2012

## **3.2 Análisis según Criterios:**

### **3.2.1 Criterio Intervención Realizada en la Bresky:**

Este criterio apunta al trabajo realizado por profesionales y mayoritariamente estudiantes en prácticas y voluntarios, visto desde el enfoque de los profesionales y la intervención que éstos realizan y/o supervisan.

Para el análisis de este criterio, se utilizará como eje temático los aportes entregados de la intervención.

#### **A. Eje Temático**

##### **A.1 Aportes entregados de la intervención:**

El trabajo que realizan los profesionales de la Corporación Bresky, sede Viña del Mar, está orientada por la Norma Técnica N° 90 de Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad, editada en septiembre del año 2006 por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud. Dicha norma tiene como objetivo proveer a los prestadores de salud un marco técnico que regule el desarrollo de las actividades de rehabilitación psicosocial que se ejecutan en beneficio de las personas con trastornos psiquiátricos severos o con discapacidad, y definir claramente los ámbitos en los cuales éstas acciones se realizan, sus objetivos, sus orientaciones ya sea teóricas/prácticas y los patrones de calidad requeridos para llevarlas a cabo. Bajo este alero se plantea la realización del trabajo que realiza la Corporación, complementado a esto el fuerte arraigo en las intervenciones a potenciar el pensamiento crítico en los participantes.

La Corporación Bresky proyecta una imagen alternativa del tratamiento en salud mental, el cual es reconocido por la comunidad externa y además, por los profesionales que trabajan en el área. La concepción de integridad del sujeto atendido es primordial para el proceso de inclusión social de éstos.

*“...Lo que rescato mucho de la Bresky tiene que ver con una forma alternativa respecto de cómo se trabaja la salud mental, porque en realidad no se aboca necesariamente a la salud mental, sino que, es como el tema de la salud vista desde un ámbito más integral, de ver al sujeto íntegramente, eso también de alguna manera te influye en la visión que tú tienes como profesional y como persona... (P1)”*

Esta visión es coherente con los objetivos planteados por parte de la Directiva de Corporación Bresky. Este modelo creativo y pionero ha sido replicado a lo largo de todo el país por diferentes asociaciones de familiares y equipos profesionales estatales y privados, el cual trata de optimizar el desempeño de roles sociales, vocacionales educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible.

*“...Yo creo que la fortaleza está asociado a la concepción de sujeto de derecho, de sacar ese rotulo de sujeto psiquiátrico y dar la posibilidad de junto con la persona ir trabajando una especie de proyecto de vida y que la persona pueda ir explorando otros roles que el o ella pueda generar. El tema del trabajo colectivo, de la horizontalidad, es fundamental para que la persona se sienta capaz de hacer cosas... (P1)”*

Si bien, lo que se plantea la Corporación causa revuelo en el área por su visión integral y capacidad de considerar al sujeto atendido como sujeto de derecho, en el actuar este trabajo no se lleva a la práctica, quedando vacíos con respecto a la generación de un proyecto de vida de los sujetos de atención en conjunto con los familiares. Punto esencial para estimular y reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales consideradas relevantes para alcanzar una adaptación en la comunidad, el mayor grado de independencia posible y relaciones sociales satisfactorias.

Sin embargo, parece importante en este punto dar lugar a la política actual de salud mental que debiera apoyar este apartado, ya que la misma deja un vacío en el surgimiento de un espacio comunitario que incluya la posibilidad de la reconsideración de los Derechos de las personas con trastornos psiquiátricos.

Con respecto al apartado anterior, se logra considerar que existen, además de la política actual de salud mental de Chile, barreras que limitan el actuar de la Corporación Bresky y la pronta inclusión de las personas diagnosticadas con alguna patología psiquiátrica.

*“...Varias barreras externas. La protección legal, un soporte legal en términos que tiene que ver con lo laboral, no necesariamente la responsabilidad social empresarial, porque eso queda como al libre albedrío, eso creo que nos dificulto un poco, se tiene que negociar más el tema de que la persona se puede insertar a un trabajo, a menos que la persona sola lo pueda generar y uno lo va acompañando. Esta idea de inclusión laboral a través de un programa que se llama empleo con apoyo, que es lo que se está pensando hacer, se necesita un soporte legal, ahí hay una barrera... (P2)”*

A diferencia de lo que sucede en Chile, en otros países las empresas han desarrollado un sistema de cuotas reservadas para personas con discapacidad, como es el caso de Suecia, Dinamarca y Noruega. A nivel empresarial, la ley en Chile sugiere que las empresas contraten a personas discapacitadas de manera preferente siempre que tengan igualdad de mérito con otros/as candidatos/as al empleo, lo mismo que para la administración pública. Junto con esto, la ley establece el derecho de las personas con discapacidad a celebrar con las empresas contratos de aprendizaje sin límite de edad, así como obligaciones para el empleador en cuanto a ajustes necesarios y a servicios de apoyo con que debe contar para un adecuado desempeño del trabajador con discapacidad, pero no obliga a tener un porcentaje de personas discapacitadas contratadas.

El Equipo Seminarista apoya el planteamiento anterior, a pesar de eso se logran tipificar tres tipos de obstáculos que limitan la inclusión en el ámbito laboral en personas con trastornos psiquiátricos; obstáculos sociales, personales y domésticos/familiares. En el plano social, la falta de interés por parte de empresas privadas y/o públicas, la prevalencia de estereotipos y la creencia común que las personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos son menos productivas. En el plano interno/nivel de familia, los padres y madres se reconocen temerosos/as ante el proceso de inclusión, lo que asocia a que las personas diagnosticadas con dichos trastornos, son más

vulnerables y se encuentran expuestas a sufrir abusos o perjuicios, por lo que toman una postura selectiva ante posibles ofertas de empleo. En lo que respecta al nivel personal, se identifica una baja autoestima, inseguridad, falta de autonomía comunicativa que influyen en la capacidad de búsqueda y la adecuación personal al puesto de trabajo.

Se nos hace relevante destacar que existe en Chile la ley 20.422 promulgada en el año 2010, que establece normas dirigidas a la igualdad de oportunidades y a la inclusión social de las personas con discapacidad, en este caso discapacidad producida por causa psíquica. Ley a la que subyace un enfoque centrado en las barreras sociales. En dicho estatuto, se revela un cambio en la visión hacia las personas con discapacidad, pasando de un enfoque biomédico centrado en las deficiencia personal, a un enfoque social enfocado en el desarrollo de oportunidades y en la eliminación de las diferentes barreras hacia la inclusión de personas con discapacidad.

Lo que vuelve a plantear la necesidad de reflexionar qué sucede entre los lineamientos de política que defienden la inclusión social de las personas con trastorno psiquiátrico y la situación real de las personas en nuestro país. En Chile, los programas existentes para incorporar laboralmente a personas con trastornos son insuficientes para cubrir la demanda nacional, junto con esto, el equipo seminarista critica el que se centren principalmente en formar y capacitar a estas personas para el empleo pero no se encarguen de la colocación y el seguimiento laboral de las mismas.

*“...Y las otras barreras que tienen que ver con el entorno, tienen que ver con prácticas culturales, relacionadas al estigma y discriminación... (P2)”*

En la mayoría de las sociedades existe una falta de aceptación a las personas con trastornos psiquiátricos, basadas en impresiones erróneas hacia éstas. La desventaja social es sin duda el mayor precio que se paga por la estigmatización y la discriminación por parte de la sociedad hacia personas con trastornos psiquiátricos, limitando el desarrollo personal y la inclusión de este grupo de personas.

A pesar del trabajo alternativo de intervención y de las estrategias utilizadas en la Corporación, un punto importante hace relación con el autocuidado que debiera existir en los profesionales de la Corporación.

*“...En la Corporación Bresky no existen protocolos de autocuidado en los profesionales, son necesarios. No está oficializado el protocolo, pero si esta la necesidad de generar espacios de autocuidado, se ha intentado pero ha quedado un poco diluido el tema, si es necesario y es necesario aquí y en cualquier institución donde tu trabajes. Por el tema de que hay temas de que sobresalen de lo que uno puede hacer, entonces tener esos espacios, donde se comparten experiencias, vivencias, para eso si se necesitan jornadas de reflexión, actividades que apoyen la convivencia en el equipo... (P1)”*

El objetivo de realizar jornadas de autocuidado hace relación con capacitar a los profesionales para prevenir déficit, propiciar y fortalecer su bienestar integral, todo lo cual, para evitar caer en un estado de desaliento profesional o burnout.

El equipo profesional insertos en la Corporación Bresky, ha percibido que el tema autocuidado no se habla o es subvalorado, no existe una continuidad en su promoción, siendo una problemática que se percibe, que no ha sido medida ni cuantificada en su ambiente de trabajo. Considerando que el equipo profesional está conformado por distintas personas, si surgen una serie de factores que atentan e interfieren en el autocuidado; el trato con los sujetos de atención y sus familiares plantea grandes demandas emocionales. El volumen de trabajo y las presiones para realizarlo. La multiplicidad de roles que deben cumplir a diaria en sus labores.

Por lo tanto, es imprescindible que los profesionales asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida, para lo que es necesario incluir distintas estrategias: desarrollar autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido del control personal y desarrollo de habilidades de movilización interna y colectivas para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud, para hacer un abordaje integral de esta problemática es necesario generar una adecuada comunicación.

## B. Diagrama: Intervención Realizada en la Bresky

**Intervención Realizada  
en la Bresky**



### **Elementos Emergentes:**

- La Corporación Bresky proyecta una imagen alternativa de intervención en el área de salud mental.
- Escaso apoyo de los profesionales de la Corporación en la elaboración de un proyecto de vida de los sujetos de atención.
- Existen barreras externas que limitan el actuar de la Corporación Bresky.
- En la mayoría de las sociedades existen una falta de aceptación a las personas con trastornos psiquiátricos.
- Se deben realizar jornadas de autocuidado dirigidos a los profesionales de la Corporación.

*Fuente: Equipo Seminarista 2012*

#### 4. TRIANGULACION DE FUENTES

Finalizando el capítulo de análisis e interpretación de datos y en base al último paso descrito por el Modelo Iluminativo utilizado, se procederá a triangular fuentes, integrando la visión del equipo profesional, sujetos de atención y familiares, y equipo seminaristas.

Además, esta triangulación se realizará con el fin de responder una de las preguntas del actual Seminario de Título: *¿Las estrategias de intervención de la Corporación Dr. Carlos Bresky, son determinantes para la inclusión social de sus sujetos de atención?*

FUENTES	DATOS
Sujetos de Atención y Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sujetos de atención</b> <p>“...Yo no sé si al fin y al cabo existe una real inclusión de las personas que asisten acá, lo que yo sé, es que la Corporación Bresky es la única parte donde nos prestan atención, es un lugar seguro para asistir por lo menos siento que tengo una rutina, pero inclusión no creo, porque no me enseñan capacitaciones ni tampoco cambian la manera de mirar a las otras personas... (SA2)”</p> <p>“..Inclusión yo creo que es difícil, porque a uno no le enseñan como un oficio o algo que te pueda insertar al mundo laboral, si he visto que algunas personas están volviendo a estudiar. Lo que pasa es que la sociedad es tan prejuiciosa que siempre andan mirando a uno como distinto... (SA3)”</p> <p>“...Yo creo que la inclusión se va a lograr cuando se cambie la mentalidad de la sociedad, yo creo que la Corporación tiene muchas buenas intenciones, pero no creo que eso se logre con talleres que a uno los distraen, eso a mi parecer se logra con temáticas más profundas, que logren insertar realmente a las personas que asisten a la Corporación en la sociedad... (SA5)”</p> </li> <li><b>Familiares</b> <p>“...Si, porque yo veo que mi hijo esta mas sociable porque antes pasaba encerrado en su pieza, y creo que en eso la Corporación ayuda bastante porque entrega herramientas en las personas para</p> </li> </ul>

que puedan insertarse en la sociedad, pero esas herramientas están ligadas como a las habilidades de uno, entonces a ellos sólo le sirven para insertarse en la sociedad, es difícil generar una inclusión porque la sociedad también los limita a ellos, los discrimina, pero Bresky a través de sus talleres genera como esas habilidades, aunque un trabajo, algo formal no lo entrega... (F6)”

“...pensando fríamente, las estrategias que utiliza la Bresky, no sé, los talleres de pintura, de teatro, etc., les sirven para compartir con personas que están en igualdad de condiciones y entregan herramientas a los chiquillos, pero, de aquí a encontrar trabajo o ser autónomos, no creo, que quede claro que yo valoro mucho la Bresky porque es el único lugar que acoge a personas con estos trastornos, logra insertar a los chiquillos a su grupo más cercano, pero en la sociedad en las distintas áreas de la sociedad no creo... (F8)”

“...Yo creo que a la Bresky le falta ser exigentes en los talleres porque los chiquillos se toman a la chacota muchas veces las cosas que se realizan acá, falta como coordinar bien esas cosas como del horario para que ellos aprendan una rutina, porque si bien los talleres que realizan acá son buenos, les ayuda a aprender y comprenderse entre ellos, no les ayuda a insertarse en la sociedad, no creo que con un taller de arte ellos puedan encontrar trabajo e incluirse en la sociedad. Les sirven para hacerse una rutina, tener un orden en su vida diaria... (F2)”

### Profesionales

“...Yo encuentro que todavía nos falta. No, no estoy conforme, por un tema que tenemos como desafío como organización que estamos trabajando igual en ello, debemos abrir camino con otras instituciones que nos ayuden a generar inclusión en las personas que participan acá, si bien, la Corporación genera la posibilidad de un espacio de sociabilización entre pares, una posibilidad de generar una apertura de la subjetividad, de abrir algunos procesos de los chiquillos, proyectar algunas líneas de sus vidas. No genera un real proceso de inclusión, porque es un tema difícil de trabajar, ya que para dicho proceso, se incluye también a la sociedad y lo que ésta ofrece... (P1)”

<b>Equipo Seminarista</b>	Según la visión del Equipo Seminarista, las estrategias utilizadas en la Corporación Bresky, sede Viña del Mar, son valoradas al ser una alternativa de intervención en el área salud mental, ya que pretende generar la apertura de un pensamiento crítico en las personas que asisten a los talleres, a su vez, dicha intervención contribuye a una sociabilización entre las personas que asisten a los talleres, entre pares, sin embargo, ésta socialización se limita a eso, no existe este proceso al exterior, en la comunidad. Para llevar cabo una real inclusión en las aristas que se analizaron (ya sea área salud, educación, laboral, familiar) es necesario que la Corporación oriente sus estrategias de intervención a dichas áreas, con el fin de cumplir el objetivo central de la institución.
---------------------------	---

## 5. SINTESIS DE RESULTADOS

A continuación se presentará una síntesis de los resultados obtenidos en el Seminario de Título “Estudio Evaluativo de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar desde la perspectiva de sus sujetos de atención, familiares directos y equipo de profesionales, identificando factores incidentes en los procesos de inclusión social. Con el propósito de exteriorizar los resultados, se derivará a responder las preguntas que guiaron el proceso de evaluación.

- *¿Cuáles son los significados que le atribuyen los sujetos de atención a la intervención realizada en la Corporación Dr. Carlos Bresky?*

En virtud de los antecedentes recabados, los sujetos de atención atribuyen un significado positivo respecto a la intervención realizada por la Corporación, puesto que, visualizan un avance respecto las habilidades cotidianas, principalmente potencian la sociabilización entre pares. Otro punto esencial expresado, es que la Corporación actúa como rol distractor en la vida diaria de los sujetos facilitando la elaboración de una rutina diaria, a pesar de esto, critican la falta de innovación en la intervención que realiza la Corporación, expresando motivación en la instauración de talleres relacionados con sexualidad e higiene, capacitaciones en el área laboral y educacional.

Los sujetos de atención valoran positivamente el actuar de la Corporación y del personal de trabajo, recalcando que los profesionales y monitores se encuentran capacitados para la realización de los talleres.

A pesar de lo anterior, los sujetos de atención no visualizan el real objetivo de la Corporación Bresky, su asistencia está influenciada por el alivio que les trae en sus vidas la participación en los talleres y el sentido de pertenencia que éstos le atribuyen al grupo. No logran interiorizar realmente el objetivo inclusivo de la Corporación.

- *¿El rol familiar es relevante para el proceso de inclusión social de los sujetos de atención de la Corporación Dr. Carlos Bresky?*

La familia soporta una carga excesiva que condiciona la dinámica familiar y su relación con el entorno, disminuyendo su calidad de vida y el funcionamiento de ésta; el contexto familiar juega un rol importante en el ajuste psicológico de sus integrantes. Principalmente sus funciones están dirigidas al afecto, manifestación de sentimientos, de seguridad, educadora y socializadora, transmisora de normas y valores, sin embargo, la distribución de roles para ejercer dichas funciones sigue marcada por las condición de género. Siguiendo este punto, el rol fundamental de las familias, principalmente madres y hermanas con algún integrante con trastorno psiquiátrico, es mejorar la calidad de vida de éstos, proporcionar apoyo y fomentar en el sujeto de atención una recuperación de sus capacidades, lo cual influye directamente en una pronta inclusión social.

A pesar de lo anterior, dicho proceso de inclusión social no se logra sólo con el apoyo familiar, va de la mano con el actuar de Instituciones en general y del actuar administrativo, del Estado, el cual en la actualidad no ha gestionado Políticas Públicas que fomenten el rol rehabilitador de la familia en donde alguno de sus integrantes padezca algún trastorno psiquiátrico.

- *¿Existe alguna brecha respecto de los lineamientos de intervención y la gestión realizada por los/as profesionales de la Corporación Dr. Carlos Bresky?*

No existen lineamientos de intervención sistematizados en la Corporación Bresky Viña del Mar, la intervención de ésta se fundamenta por motivaciones de los monitores y de los estudiantes en prácticas, con la supervisión de los profesionales. La intervención se traduce en talleres realizados a los sujetos de atención, los cuales no se encuentran oficializados en documentos. Sí, existen brechas entre los lineamientos de intervención y la gestión realizada por los profesionales, principalmente estos lineamientos se basan en la potencialización del pensamiento crítico en los sujetos de atención, realidad que no se logra visualizar en los atendidos, debido a que no han alcanzado resultados como analizar y evaluar la estructura y consistencia de la manera en la que se articulan los hechos.

## CONCLUSIONES FINALES



## **PRESENTACION**

En el siguiente capítulo se presentarán las conclusiones generales del proceso de Seminario de Título, considerando los aspectos más relevantes que se visualizaron a lo largo de la experiencia.

El Seminario de Título denominado “Estudio Evaluativo de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar desde la perspectiva de sus sujetos de atención, familiares directos y equipo de profesionales, identificando factores incidentes en los procesos de inclusión social” fue realizado con el patrocinio de la Corporación de rehabilitación Dr. Carlos Bresky. En él se expuso el objetivo de evaluar el resultado de la Atención Brindada por la Corporación Dr. Carlos Bresky sede Viña del Mar en el período de Abril del 2011 a Septiembre del 2012.

Las diferentes acciones realizadas en el proceso de evaluación se implementaron con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, por lo tanto, en este capítulo se concluirá el proceso llevado a cabo y cómo aborda el Trabajo Social la problemática identificada.

## **PROCESO METODOLOGICO**

En virtud del contexto donde se desarrolló el presente seminario, se utilizó un enfoque cualitativo, el cual permitió rescatar todos los significados y valoraciones asignadas por los sujetos de atención, familiares directos y los profesionales, enriqueciendo de ésta forma la información para la obtención de los resultados, abarcando las deficiencias señaladas por la muestra obtenida, para así generar críticas constructivas a las estrategias de intervención que implementa la Corporación Bresky sede Viña del Mar.

A su vez, se destaca que la aplicación del modelo de evaluación Iluminativo fue pertinente, considerando el contexto en que se realizaba el Seminario de Título, ya que a través de éste se logra conocer los rasgos más significativos de la realidad en que se trabajó, logrando evaluar el actuar de la Corporación desde una visión integradora, reflejando todas sus aristas.

En relación a la evaluación que se aplicó, es preciso señalar que las diferentes tipologías de evaluación que se adoptaron (según el momento, según la función, según la procedencia de los evaluadores, la escala del proyecto y a quien está dirigido), fueron oportunas para alcanzar el objetivo que propuso el equipo seminarista. En lo referido al análisis de datos obtenidos, cabe señalar que éste proceso se calificó como positivo, ya que, al describir y vincular los descubrimientos obtenidos a los referentes teóricos, se facilitó la expresión de los resultados y enriqueció el proceso de análisis de éstos, con el fin de describir desde la forma más fiel la realidad de los sujetos seleccionados.

Concluyendo este punto, es posible señalar que el proceso metodológico que conllevó al cumplimiento de los objetivos planteados por el presente Seminario de Título se ajustó a las necesidades del estudio evaluativo, permitiendo al Equipo Seminarista acercarse al estudio del fenómeno, analizarlo y generar los resultados de la atención brindada a través de las estrategias de intervención utilizadas por la Corporación Dr. Carlos Bresky.

## **CONCLUSIONES RESPECTO A LA POLITICA DE SALUD MENTAL DE CHILE**

Se debe hacer un análisis serio, estudiando y considerando las estadísticas actuales, el aumento en forma sustantiva de atención especializada con referencia a la Salud Mental.

Habitualmente, una parte de las atenciones que se requieren, no son ambulatorias. Para lo cual, es necesaria la instalación de más camas psiquiátricas. Se debe entender que muchos usuarios no tienen el perfil de vivir y ser atendidos en un hogar protegido, como también se sabe que existe una población de personas con discapacidad psiquiátrica que tienen necesidades especiales y que actualmente no reciben atención o la reciben en forma esporádica y de mala calidad. Como Equipo Seminarista suscribimos totalmente la necesidad de tratamientos y atención con base comunitaria, es por ello que consideramos primordial, financiar la instalación de más dispositivos de atención como Hospitales de Día, aumentar el

funcionamiento de más COSAM con los profesionales necesarios, Centros de acogida, la instalación de Talleres de Rehabilitación, Centros Diurnos y en el aspecto residencial, la instalación de más Hogares y Residencias Protegidas.

El actual modelo económico que rige nuestro país, de alguna manera es antagónico a las políticas sociales. Así el presupuesto de Salud es materia de la Hacienda Pública. Los recursos en salud se distribuyen de acuerdo a metas de producción (al igual que el resto del sistema productivo del país) y no a las necesidades epidemiológicas de la población. De allí que se debe prestar especial cuidado para hacer realidad y efectivo el modelo comunitario de salud mental, haciendo posible un marco sólido de salud pública para sostener los principios de solidaridad que impone este modelo comunitario de atención.

El Cambio Cultural se debe enfrentar en todos los sectores de nuestra sociedad. La tolerancia y la no discriminación con las personas diferentes, debe llevar a emprender una y mil iniciativas. En la ley acerca de la Integración de las Personas con Discapacidad, como también la Ley en contra de la Discriminación, deben incorporarse iniciativas legales que fomenten la inclusión social.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, siendo una iniciativa importante de acuerdo a la realidad de Chile, tiene que ser perfeccionado y potenciado, además, contar con un financiamiento adecuado a sus exigencias. Se debe considerar la necesidad de provocar una discusión nacional sobre el tema, a modo de corregir las dificultades que en su implementación se han hecho evidentes, tales como, la falta de recursos, la necesidad de más dispositivos de atención y residenciales, mejor infraestructura y más profesionales, entre otros.

## **CONCLUSIONES DE LA INTERVENCION REALIZADA POR LA CORPORACION BRESKY**

En base a lo expuesto en este estudio evaluativo, es preciso recalcar que las intervenciones que realiza la Corporación Bresky, sede Viña del Mar, están orientadas por un objetivo que realiza la inclusión en personas con trastornos psiquiátricos. Dicho objetivo se contradice con el actuar de la Corporación, donde sus intervenciones se limitan solamente a generar un cambio parcial en los sujetos intervenidos y en sus familiares.

Criticamos el lineamiento utilizado por esta sede, el cual se basa principalmente en la apertura del pensamiento crítico de los sujetos atendidos a través de una mirada psicoanalista, puesto que a través de esto no se visualizan resultados concretos acerca de la inclusión social, más bien, genera un retraso en este proceso. Sus intervenciones no generan un oficio ni tampoco herramientas educativas que aporten a la inclusión respecto al área laboral y educacional, tampoco generan habilidades en relación al cuidado personal de las personas. Los atendidos sólo asisten a la Corporación por comodidad familiar, porque crea espacios recreativos tanto para la familia como para los sujetos de atención, porque encuentran en la Corporación una instancia de sociabilización entre pares, por seguridad y sentido de pertenencia, por alivio, para disminuir el estrés familiar, entre otros factores. Pero su asistencia no es motivada con el fin de cumplir el objetivo central orientado a la Inclusión Social.

A través de los resultados recabados del presente estudio evaluativo, se debe recalcar la visión que tienen los familiares respecto a la intervención que realiza la Corporación Bresky, quienes destacan que los talleres ayudan a generar un alivio y disminuye los niveles de estrés en la familia, sin embargo, no se habla sobre el proceso de inclusión social de sus familiares con trastornos psiquiátricos, ni tampoco se evidencia la generación de un proyecto de vida de éstos. Razón que es ligada al bajo porcentaje de expectativas de inclusión que los familiares tienen acerca de los sujetos de atención y al alto nivel de estigma y discriminación que la propia familia va evidenciando por parte de la sociedad.

Como Equipo Seminarista observamos que a partir de los discursos de los familiares, se encuentran presentes dos tipos de estigmas; el estigma público y el autoestigma. El primero es comprendido como la reacción de la sociedad ante las enfermedades psiquiátricas. El segundo es entendido como el preconceito de las personas con trastornos psiquiátricos y sus familiares tienen contra la enfermedad. Los familiares creen que los sujetos de atención se ven a sí mismos como inferiores y fracasados, esto provoca, a su vez, que las personas con trastornos psiquiátricos mantengan o agraven algunos de sus principales problemas dificultando así el proceso de inclusión social.

Ante dichos procesos, no se generan instancias dentro de la Corporación donde se abarque el tema de estigma y discriminación desde los mismos familiares y los sujetos atendidos.

Con respecto a la opinión que los sujetos de atención tienen sobre la intervención que realiza la Corporación, ésta se relaciona con la ausencia en relación a talleres que aborden temáticas de sexualidad y la generación de un oficio. Sin embargo, lo más importante que rescata el Equipo Seminarista respecto a la visión de la intervención que tienen los sujetos atendidos es que éstos solamente asisten a la Corporación con el fin de distracción y no por motivos querer lograr una inclusión. Cabe destacar la simpleza del discurso de los sujetos entrevistados, quienes relatan las ganas de superarse, a pesar de esto no trabajan en ello.

No todo el proceso de inclusión se limita al propio discurso y actuar de los sujetos atendidos, existen, a su vez, barreras externas que dificultan la propia inclusión de éstos.

Los sujetos de atención consideran que existe un gran desconocimiento acerca de las enfermedades psiquiátricas y fuerte estigma centrado en los estereotipos de peligrosidad e incompetencia. Es más, se han llegado a sentir discriminados por el hecho de sufrir una enfermedad psiquiátrica en distintas áreas de funcionamiento. Ello lleva a estas personas a anticipar el rechazo por parte de los demás, lo que les lleva por un lado al ocultamiento de la enfermedad, y por otro, al aislamiento respecto a los demás. Estas dos formas de comportamiento se relacionan con las dos

dificultades fundamentales que se encuentran estas personas: las dificultades laborales y las referentes a las relaciones sociales, especialmente con pares.

Hay que tener en cuenta que los sujetos de atención participantes en este estudio, tenían altos niveles de funcionamiento, un seguimiento de los tratamientos, y una percepción positiva de sus propias capacidades y posibilidades de autonomía personal.

Con respecto a los profesionales se hace necesario, como en toda área, que éstos tengan una especialización adecuada para el trabajo, si no es el caso, como mínimo es necesario motivación para trabajar, es lo que como Equipo Seminarista recalcamos con respecto al desempeño que debe ejercer un profesional que trabaja en pro de mejorar la calidad de vida de las personas.

Hay que tener en cuenta que los profesionales que participaron en este estudio evaluativo, no se encontraban altamente satisfechos con su trabajo, sin embargo, califican como positivo su relación profesional y dedicación destinada a los sujetos de atención y familiares.

Como Equipo Seminarista realizamos recomendaciones para favorecer una mayor y mejor inclusión social de las personas con trastornos psiquiátricos y de sus familiares participantes de la Corporación Bresky:

- Se deben ampliar las medidas de apoyo de inclusión social y laboral, ya que éstos son los ejes principales de la exclusión social a la que se exponen estas personas. Medidas que favorezcan distintas alternativas de empleo y de inserción laboral más flexibles y eficaces.

- Es necesario potenciar las estrategias personales y grupales de afrontamiento de la discriminación, autoafirmación y defensa de los Derechos de los sujetos de atención y de sus familiares.

- De forma simultánea, los recursos, la administración pública y las entidades que se asocian, a su vez, la misma Corporación Bresky, deben optimizar los canales informativos para los familiares acerca de la

enfermedad psiquiátrica, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación, tratamientos existentes y disponibles en la comunidad. No se trata solamente de emitir mensajes en forma de folletos, se trata de asegurarse de que los mensajes lleguen a sus destinatarios, son correctamente entendidos y provoquen un efecto beneficioso en las vidas de los sujetos de atención.

## **TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL**

La complejidad de situaciones que se presentan en el quehacer profesional, requieren técnicas y una metodología adecuada. Para intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que abarque el conocimiento y manejo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos.

Por tanto, se deben integrar en el quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que se interviene, según la psicopatología del sujeto atendido, y el problema objeto de intervención. Se deben formular planteamientos más rigurosos de los criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de trastornos psiquiátricos. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación. El conocimiento de los modelos y sus técnicas permitirán abordar mejor las estrategias de intervención en cada caso concreto, de forma que técnicamente la intervención sea más eficaz.

En relación a la atención en Salud Mental se considera que la misma debe ser abordada teniendo en cuenta la singularidad de cada persona, sus necesidades, su contexto, lo que la persona entiende de la situación que vivencia, las posibilidades de construcción de nuevas intervenciones, para lo cual es necesario entender la importancia de fortalecer los vínculos fuera del ámbito institucional, recuperando los lazos socio-familiares del sujeto de atención.

En el caso de la Corporación Bresky, el rol que cumple el cargo de Trabajador/a Social, debe estar destinado a orientar y revincular e incluir al sujeto de atención al medio Socio-Familiar, esto se ve reflejado en el taller realizado con los familiares, a pesar de esto, no existe una evaluación respecto al impacto de este taller ni tampoco a la cantidad de familiares que asiste a tal, por lo cual, dicha inclusión no es evidente. Como Equipo Seminarista se propone que el Trabajador Social dentro del equipo profesional de la Corporación Bresky debe realizar intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de inclusión social, con el objetivo de:

- Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del sujeto de atención y sus familiares: personal (recursos propios y habilidades), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (visualizar la existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales, entre otros) y diseñar una propuesta de intervención para mejorarla y sistematizarla a través de un Plan Individualizado de Rehabilitación.

- Disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su inclusión en la comunidad.

- Promover valores relacionados con la adquisición de hábitos sociales saludables, tolerantes, que disminuyan el impacto y los fenómenos de exclusión del colectivo en situación de riesgo.

- Favorecer la adquisición de hábitos saludables y conductas socialmente competentes, como prevención de los efectos adversos de la discapacidad.

Desde el Trabajo Social se aporta en base a una mirada integral, considerando aspectos sociales, económicos, políticos, educacionales, laborales, entre otros, estableciendo diversas estrategias de intervención profesional, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de aquellas personas en este caso los sujetos de atención y sus familiares, en proceso de inclusión social.

## BIBLIOGRAFIA



## LIBROS:

1. Bouquet B, B. J. (2006). *Nouveau dictionnaire critique d'action sociales*. París: Bayard.
2. Briones, G. (2002). *Evaluación de Programas Sociales*. Ciudad de México: Trillas.
3. Britton L, C. J. (2002). Definition Social Inclusion. *Working Brief* , 10-14.
4. Cepal. (2010). *La Hora de la Igualdad Brechas por Cerrar, Caminos por Abrir*. Brasilia: Naciones Unidas.
5. Chuaqui, J. (2002). *Sociedad, psiquiatría y Esquizofrenia (Interrelaciones)*. Valparaíso: Alba.
6. De Asís Roig, R. (2007). *Derechos Humanos y Discapacidad. Algunas Reflexiones derivadas del análisis de la discapacidad desde la teoría de los Derechos*. Madrid: Universidad Carlos III.
7. Dyson, A. (2001). Dilemas, contradicciones y variedades en la inclusión. *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* , 145- 160.
8. Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
9. Florenzano, R. (1999). *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterraneo .
10. Foucault, M. (2007). *Historia de la locura en la Época Clásica I*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
11. Foucault, M. (1960). *Locura y civilización*. Suecia.
12. Galeron de Miguel, A. (2002). El reto de la exclusión en el estado de bienestar. *I Congreso Internacional de discapacidad de Euskadi*, (págs. 194-200). Bilbao.
13. Hamilton, P. y. (2002). Especialización en Teoría y Técnicas de Investigación Social. En S. Correa, A. Puerta, & B. Restrepo, *Especialización en Teoría y Técnicas de Investigación Social* (pág. 323). Bogotá: Arfo Editores.
14. Levitas, R. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Londres: Department for Communities and Local Government.
15. Madariaga, C. (2005). Visión desde los equipos de Salud Mental y Psiquiatría. En H. d. Universidad Central, *Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social* (págs. 38-67). Santiago: Publicaciones Facultad de Cs.

16. Maidagán Ugarte, V. (1966). *Manuel de Servicio Social*. Santiago de Chile: Jurídica.
17. MINSAL. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud.
18. Moya, A. (2005). Visión del Plan Nacional desde la perspectiva de los usuarios. En H. d. Universidad Central, *Enfermedad Mental, Derechos humanos y Exclusión Social* (págs. 67-72). Santiago: Publicaciones Facultad de Cs.
19. Pérez, B., & Laparra, M. (2011). *Primer impacto de la crisis en la cohesión social*. Madrid: Caritas Españolas.
20. Platón. (1957). *Fredos*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
21. Quesada, F., & García, D. I. (2005). Aplicación de la técnica del Focus Group en la detección de áreas de investigación dentro del nuevo campo de la logística inversa. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*.
22. Rousseau, J.-J. (2008). *El Contrato social*. Madrid: Maxtor.
23. Salinas, D. (2010). *¿A cuantos y quienes preguntar?* Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
24. Sampieri, R., Fernández, C., & Batptista, P. (2000). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: MrGraw-Hill.
25. Sarasa, S., & Sales, A. (2009). *Itineraris i factors d'exclusió social*. Barcelona: Síndic de Greuges.
26. Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales: Estudios de psicología social*. Barcelona: Herder.
27. Valles Martínez, M. (2003). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.
28. Vidal, G., & Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Panamericana.
29. World Health Organization. (2005). *Who Resource book on mental health human right and legislation*. Ginebra: Committee.
30. Zribi, & Fontaine, P. (2000). *Diccionario Du Handicap*. Rennes: École Nationale de la Santé Publique.

## ARTICULOS:

1. Behar, R. (2006). Actualización en Psiquiatría y Psicología Clínica. XVI Jornada. Últimos Avances Clínicos y Psicológicos. *Homenaje al Doctor Carlos Bresky* (pág. 12). Valparaíso: Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Departamento de Psiquiatría.
2. Laparra, M. (2009). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión Social. Implicaciones Metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 15-27.
3. Medina, F., & Galván, M. (2008). Empleo, Pobreza y la Nueva meta del primer objetivo de desarrollo del milenio. En CEPAL, *Panorama Social de América Latina*. CEPAL.
4. Rojas Varela, M. (2005). Una visión desde las organizaciones de familiares y usuarios: Propuestas concretas. En H. d. Universidad Central, *Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social* (págs. 139-149). Santiago: Publicaciones Facultad de CS.
5. OMS. (2012). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra: OMS.
6. Palacios, & Barriffi. (2007). *Derechos Humanos de las personas con discapacidad: La Convención Internacional de las Naciones Unidas*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
7. Universidad Central, Hogar de Cristo, Minsal. (2005). *Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social*. Santiago: Publicaciones Facultad de Ciencias Social, Universidad Central.

## PAGINAS WEB:

1. Desviat, M. (Marzo de 2007). *Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Año 3, Volumen 3, N° 1: <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/vol3n1marzo2007.pdf>
2. Guerrero, L. M. (2011). *Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile*. Recuperado el 15 de Abril de 2012, de <http://www.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg04.htm>

3. Instituto de Asuntos Públicos y Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza. (2003). *Ampliando la ciudadanía, promoviendo la Participación: 30 innovaciones locales*. Recuperado el 3 de Abril de 2012, de <http://www.ciudadania.uchile.cl/pdf/30experiencias.pdf>.

## ANEXOS



## TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

### I. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD: SUJETOS DE ATENCION

<b>Nombre:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Años en Corporación Bresky:</b>	

#### **Intervención realizada en la Corporación Bresky:**

1. Desde su participación en la Corporación Bresky, ¿Siente que los talleres son beneficiosos?
2. ¿Cree que las temáticas tratadas en los talleres son acordes a sus necesidades?
3. ¿Cree que los/as monitores/as que realizan la intervención están capacitados para llevar a cabo los talleres?
4. ¿Qué otras temáticas le gustaría abordar?, ¿Qué modalidad utilizarías?
5. ¿En qué le ayuda la Corporación Bresky en su vida diaria?

#### **Inclusión Social:**

6. ¿Ha escuchado hablar de inclusión social?
7. Desde su perspectiva, ¿Cómo definiría usted el concepto de Inclusión Social?, ¿Qué conceptos asocia a esta palabra?, ¿Podría referir un sinónimo para la palabra Inclusión Social?, ¿Puede dar algún ejemplo sobre que es Inclusión Social?
8. ¿Usted siente rechazo por parte de la sociedad? ¿Puede nombrar alguna situación?
9. ¿Qué significados asocia usted a la exclusión social?

### **Ámbito familiar**

10. ¿Usted se siente incluido al interior de su familia y/o por sus seres cercanos?
11. En el marco de su experiencia ¿Usted siente rechazo por parte de algún familiar y/o con seres cercanos a usted? Coméntelas
12. Desde su relato reciente ¿Qué consecuencias trae el rechazo?
13. ¿La intervención que realiza la Corporación Bresky ayuda en su relación familiar?

### **Ámbito Social: Laboral**

14. Durante su vida ¿Usted ha sido parte del mundo laboral?, ¿Qué trabajo ha realizado?, ¿Desde cuándo que dejó de trabajar? ¿Por qué dejó de trabajar?
15. ¿Cree que es compatible estar diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica y realizar un trabajo?
16. ¿Se siente apto para la búsqueda y posterior realización de un trabajo?
17. ¿Ha sido testigo, ha participado de alguna forma o se ha visto involucrado/a en algún hecho de exclusión en el ámbito laboral? ¿Qué consecuencias le trajo?
18. Según su participación en los talleres realizados en la Corporación, ¿Cree usted que contribuyen a la inclusión en el ámbito laboral?

### **Ámbito Social: Atención en Salud**

19. ¿Ha sido testigo, ha participado de alguna forma o se ha visto involucrado/a en algún hecho de exclusión como usuario/a en los servicios de salud en relación a la atención que le brindan?
20. Desde su vivencia, ¿Ha tenido algún tipo de experiencias relacionada con la exclusión en la atención en los servicios de salud? ¿Qué significados asocia usted a estos hechos de exclusión?
21. ¿Qué consecuencias le trajo estos hechos de exclusión?
22. Según su participación en los talleres realizados en la Corporación, ¿Cree usted que contribuyen a la inclusión en el sistema de salud?

**Ámbito Social:** Educación

23. ¿Fue al colegio? ¿Hasta que cursó llegó? ¿Realizó otros cursos?  
¿Cuáles?
24. ¿Cree que es compatible estar diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica y realizar algún estudio?
25. ¿Se siente apto para estudiar?
26. ¿Ha sido testigo, ha participado de alguna forma o se ha visto involucrado/a en algún hecho de exclusión en el sistema educacional?
27. Desde su vivencia, ¿Ha tenido algún tipo de experiencias relacionada con la exclusión en el sistema educacional?, ¿Qué significados asocia usted a estos hechos de exclusión?
28. ¿Qué consecuencias le trajo estos hechos de exclusión?
29. Según su participación en los talleres realizados en la Corporación, ¿Cree usted que contribuyen a la inclusión en el sistema de educación?

## **II. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD: FAMILIARES**

<b>Nombre:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Parentesco:</b>	
<b>Años en Corporación Bresky:</b>	

### **Intervención realizada en la Corporación Bresky:**

1. Desde su participación en la Corporación Bresky, ¿Siente que los talleres son beneficiosos?
2. ¿Cree que las temáticas tratadas en los talleres son acordes a sus necesidades?
3. ¿Cree que los/as monitores/as que realizan la intervención están capacitados para llevar a cabo los talleres?
4. ¿Qué otras temáticas le gustaría abordar?, ¿Qué modalidad utilizarías?
5. ¿En qué le ayuda la Corporación Bresky en su vida diaria?
6. ¿Qué importancia le da usted a la Corporación Bresky?
7. La intervención que realiza la Corporación, ¿en qué medida ha influenciado en el comportamiento de su familiar?
8. ¿Qué cambios ha notado a nivel familiar participar en la Corporación?
9. De acuerdo a su experiencia ¿Cómo define usted el estrés familiar?
10. ¿Cómo maneja el estrés familiar en situaciones de crisis?
11. ¿Cómo resuelve las situaciones de crisis familiares?
12. ¿Qué entiende usted por rol familiar? ¿Cuáles roles existen en su familia?

### **III. ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD: PROFESIONALES**

<b>Nombre:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Profesión:</b>	
<b>Años de trabajo en la Corporación Bresky:</b>	

#### **Intervención realizada en la Corporación Bresky:**

1. ¿Cuál ha sido su experiencia profesional en la Corporación Bresky?
2. ¿Usted está conforme con la intervención realizada en la Corporación? ¿Por qué?
3. ¿Usted se siente capacitado para trabajar en la Corporación?  
Fundamente
4. ¿La Corporación Bresky tiene instaurado protocolos de autocuidado en sus profesionales?, ¿Cree que es necesario?, ¿Por qué?
5. ¿La Corporación Bresky posee protocolos de intervención ejecutables?
6. ¿Cuáles son las fortalezas de la intervención que se realiza en la Corporación?
7. ¿Cuáles son las debilidades de la intervención que se realiza en la Corporación?
8. ¿Qué aspectos podrán mejorar la intervención que realiza la Corporación?
9. ¿Qué oportunidades genera en los sujetos de atención la intervención realizada en la Corporación?
10. ¿Qué elementos externos podrían limitar la intervención que se realiza en la Corporación?

#### **IV. FOCUS GROUP: SUJETOS DE ATENCION**

<b>Tema a tratar:</b>	Inclusión/Exclusión Social y estrategias de intervención utilizadas en la Corporación.
<b>Tiempo de la sesión:</b>	1:30 a 2 horas.
<b>Lugar:</b>	Corporación Bresky Viña del Mar
<b>Número de participantes:</b>	8

1. En primera instancia, se reúnen los participantes en un espacio cómodo, donde se realizara la sesión. Estos participantes tienen el siguiente Perfil:
  - Personas con diagnóstico psiquiátrico severo que se encuentran participando regularmente en los talleres que se realizan en la Corporación Bresky y se encuentren en estado de compensación.
2. Los moderadores se presenta e invita a los/as participantes a presentarse.
3. Los moderadores presenta el tema a tratar, en este caso **Inclusión/Exclusión Social y estrategias de intervención utilizadas en la Corporación**. Dando inicio al comienzo de la discusión.
4. Para captar las reacciones de los participantes se utilizará una cámara de video y una grabadora.

## V. PAUTA DE OBSERVACION PARTICIPANTE

<b>Fecha:</b>	
<b>Hora de inicio observación:</b>	
<b>Lugar:</b>	
<b>Número de participantes:</b>	
<b>Notas de campo:</b>	
<b>Hechos:</b>	
<b>Fragmentos o citas:</b>	

## VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Julio 2012**

Yo, .....,  
participante de la Corporación Bresky, sede Viña del Mar, acepto en forma libre y voluntaria y con debido conocimiento de causa, participar en el estudio denominado: *“Evaluación de la atención brindada por la Corporación Bresky”*. Conozco la condición de confidencialidad, privacidad y anonimato del presente estudio. De igual forma, estoy al tanto que esta investigación no implicará gastos para mí.

Me comprometo a disponer del tiempo que se requiera para la aplicación de los instrumentos de este estudio (entrevistas, focus group, etc). Serán de responsabilidad del equipo investigador y de la Universidad de Valparaíso, los procedimientos y salvaguardas de la presente investigación.

**Nombre y Firma:** \_\_\_\_\_